



HÖGSKOLAN  
I HALMSTAD

Omvårdnad 15hp

# KANDIDATUPPSATS



Faktorer av betydelse för att sjuksköterskans överrapportering på en akutmottagning ska ske patientsäkert

Eva Lena Bengtsson, Karolina Biondic Rosander och Bibbi Storn

Omvårdnad 15hp

Halmstad 17-05-23

**Faktorer av betydelse för att  
sjuksköterskans  
överslag på en  
akutmottagning ska ske  
patientsäkert**

Författare: Eva Lena Bengtsson  
Karolina Biondic  
Rosander  
Bibbi Storn

Ämne Omvårdnad  
Högskolepoäng 15hp  
Stad och datum Halmstad 2017-05-23

<b>Titel</b>	Faktorer av betydelse för att sjuksköterskans överrapportering på en akutmottagning ska ske patientsäkert
<b>Författare</b>	Eva Lena Bengtsson, Karolina Biondic Rosander och Bibbi Storn
<b>Sektion</b>	Akademin för Hälsa och Välfärd
<b>Handledare</b>	Charlott Rajkovic, universitetsadjunkt, fil.mag.
<b>Examinator</b>	Åsa Roxberg, universitetslektor, fil.dr.
<b>Tid</b>	Vårtermin 2017
<b>Sidantal</b>	22
<b>Nyckelord</b>	Akutmottagning, kommunikation, patientsäkerhet, sjuksköterska och överrapportering

## Sammanfattning

Akutmottagningens arbetsmiljö är stressfylld och dynamisk. Den genomströmmas av ett högt patientflöde, som kräver snabb medicinsk vård och omvårdnad. Den vanligaste informationsöverföringen mellan sjuksköterskor är överrapporteringen av patienter, där informationen används för den medicinska vården och omvårdnaden. Patientsäkerheten äventyras vid bristande kommunikation, där väsentlig information uteblir vid överrapportering, både inom och mellan olika professioner i vården. Bristande kommunikation är en vanlig orsak till vårdskador, och akutmottagningen är den avdelning på sjukhuset där rapporter är mest förekommande. Syftet var att undersöka vilka faktorer som har betydelse för att sjuksköterskans överrapportering på en akutmottagning ska ske på ett patientsäkert sätt. En litteraturstudie genomfördes vilken baserades på 10 artiklar av kvantitativ och kvalitativ metod. I resultatet framkom två huvudkategorier med tillhörande fem underkategorier: Överrapportering inom akutmottagningen; *Betydelsen av en struktur*, *Arbetsmiljöns betydelse* och *Teamarbetets betydelse*. Överrapportering till eller från akutmottagningen; *Betydelsen av att skapa en helhetsbild* och *Betydelsen av samarbete mellan verksamheter*. Faktorer som påverkade överrapporteringen och därmed patientsäkerheten var ostrukturerad överrapporteringsmall, skiftbyten, miljön för överrapportering, avbrott, tydlighet, samarbete i team och mellan verksamheter, arbetslivserfarenhet, arbetsrelationer, vårdkulturer och etiskt dilemma. Ytterligare forskning behövs för att belysa faktorer som påverkar överrapporteringen för sjuksköterskan på akutmottagningar.

<b>Title</b>	Factors of importance for the nurse's handover at the emergency department to occur safe for the patient
<b>Author</b>	Eva Lena Bengtsson, Karolina Biondic Rosander and Bibbi Storn
<b>Department</b>	The Academy for Health and Welfare
<b>Supervisor</b>	Charlott Rajkovic, Lecturer, MNSc.
<b>Examiner</b>	Åsa Roxberg, Senior Lecturer, PhD.
<b>Period</b>	Spring 2017
<b>Pages</b>	22
<b>Keywords</b>	Communication, emergency department, handover, nurse, and patient safety

## **Abstract**

The work environment of the emergency department is stressful and dynamic. It had a constant high flow of patient, who need an urgent multiple care and nurse care. The most common transition of information between nurse's is the patient handover, where the information is used for the care and the nursing care. Patient safety is jeopardized in case of lack of communication, where essential information is unfulfilled in the case of handover, both within and between different professions in health care. Lack of communication causes frequently health injuries and the emergency department is the section at the hospital where handover is most common. The purpose was to investigate which factors are important for the nurse's handover at the emergency department to occur safe for the patient. A literature study was conducted which was based on 10 articles of quantitative and qualitative methods. The results revealed two main categories with five associated subcategories: Handover within the emergency department; *The importance of a structure*, *The work environment's importance* and *The teamwork's importance*. Handover to and from the emergency department; *The importance of creating an overall picture* and *The importance of cooperation between units within health organizations*. Factors which affected the handover and accordingly the patient safety was unstructured clinical handover model, shift changes, interruptions, the environment for handoffs, interruptions, clarity, collaboration in team and between organizations, working experience, working relationships, health cultures, and

ethical issues. Further research needs to highlight the factors of importance in the handover for the nurse on emergency departments.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>Akutmottagningen</b> .....	<b>1</b>
<b>Kommunikation</b> .....	<b>2</b>
Omvårdnadsteoriskt ramverk.....	3
Överrapportering.....	3
Samverkan i team.....	5
<b>Patientsäkerhet</b> .....	<b>6</b>
<b>Problemformulering</b> .....	<b>7</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>7</b>
<b>Metod</b> .....	<b>7</b>
<b>Datainsamling</b> .....	<b>7</b>
CINAHL.....	8
PubMed.....	8
<b>Databearbetning</b> .....	<b>9</b>
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	<b>10</b>
<b>Resultat</b> .....	<b>11</b>
<b>Överrapportering inom akutmottagningen</b> .....	<b>11</b>
Betydelsen av en struktur.....	11
Arbetsmiljöns betydelse.....	12
Teamarbets betydelse.....	13
<b>Överrapportering till eller från akutmottagningen</b> .....	<b>13</b>
Betydelsen av att skapa en helhetsbild.....	13
Betydelsen av samarbete mellan verksamheter.....	14
<b>Diskussion</b> .....	<b>15</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>15</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>18</b>
<b>Konklusion och implikation</b> .....	<b>22</b>

## Referenser

### Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

## **Inledning**

Varje år drabbas omkring 105 000 patienter i Sverige av vårdskador på sjukhus, av vilka 3000 sådana skador kan ha bidragit till dödsfall (Källberg, 2015). Vårdskador orsakas till stor del av bristande kommunikation i och mellan de olika personalgrupperna i vården (Källberg, 2015; Inspektionen för Vård och Omsorg [IVO], 2014; Socialstyrelsen, 2016; The Joint Commission [TJO], 2015; Wallin & Thor, 2008; World Health Organization [WHO], 2007), vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för patienten (IVO, 2014; Socialstyrelsen, 2016). Det är ofta vid övergången mellan olika vårdteam eller vårdinstanser som informationsöverföringen brister men dessa kan uppkomma var som helst i vårdkedjan (Inspektion för Vård och Omsorg [IVO], 2014; The Joint Commission [TJO], 2015; Wallin & Thor, 2008; World Health Organization [WHO], 2007; World Health Organization [WHO], 2014). Tydlig kommunikation är en kvalitetssäkring av omvårdnaden (Eide & Eide, 2014). När kommunikationen är bristfällig ges inte omvårdnadspersonalen förutsättningar till att skapa en helhetsbild, eller få en förståelse för patientens situation, med risk att fel och misstag kan uppstå (Eide & Eide, 2014; Wallin & Thor, 2008).

Vården på en akutmottagning syftar till att ombesörja säker akutsjukvård till patienter med tillstånd som varierar mellan att vara akuta och icke-akuta. Akutmottagningen har en central roll i hälso- och sjukvården eftersom de flesta patienterna besöker denna enhet vid sin första kontakt med sjukhusvården (Andersson, Jakobsson, Furåker & Nilsson, 2012; Göransson, Eldh & Jansson, 2008; Källberg, 2015). Arbetsmiljön är ofta stressfylld vilket innebär en risk för brister och avvikelser som hotar patientsäkerheten (Källberg, 2015).

Författarna till denna litteraturstudie är verksamma som sjuksköterskor på en akutmottagning. Det finns därför en förförståelse av att det ibland sker kommunikationsbrister på en akutmottagning. Det väckte också intresse och nyfikenhet för att undersöka vad det är som påverkar patientsäkerheten vid överrapportering av patienter på en akutmottagning.

## **Bakgrund**

### **Akutmottagning**

En akutmottagning definieras med att den har två eller flera somatiska specialiteter som är samlokaliserade inom akutsjukvården, vilket innefattar obegränsat besök av patienter (Socialstyrelsen, 2017c). Patienter med olika sjukdomstillstånd söker vård på akutmottagningar och de söker sig antingen via receptionen eller inkommer med ambulans (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh,

2012; Göransson et al., 2008; Källberg, 2015). Den nyanlända patienten blir initialt bedömd av sjuksköterskor som arbetar utefter ett strukturerat triagesystem. Genom detta arbetssätt prioriteras patienterna utifrån deras anamnes, symtom och vitalparametrar för att fastställa i vilken ordningsföljd de ska omhändertas. Triagesystemet främjar patientsäkerheten genom att kritiska tillstånd upptäcks tidigt, vilket innebär att högprioriterade patienter snabbt får vård medan mindre akuta sjuka patienter omhändertas senare (Andersson et al., 2012; Elmqvist et al., 2012; Göransson et al., 2008; Källberg, 2015; Socialstyrelsen, 2017c). Patienten förflyttas därefter vidare inom akutmottagningen, och kommer beröras av flera enheter inom verksamheten (Andersson et al., 2012; Göransson et al., 2008; Källberg, 2015; Socialstyrelsen, 2017c).

Till skillnad från vårdavdelningar, som har ett bestämt antal vårdplatser, tar akutmottagningen dagligen emot ett obestämt antal patienter med stora skiftningar av vårdbehov och vårdnivåer (Källberg, 2015; Socialstyrelsen, 2017c). Sjuksköterskorna både innehar och behöver information om ett stort antal patienter, både icke-akuta och akuta. Patientflödet varierar och går inte att styra, vilket innebär att vårdpersonalen på en akutmottagning ofta träffar många patienter under ett arbetspass (Andersson et al., 2012; Göransson et al., 2008; Källberg, 2015). Akutmottagningen är komplex och dynamisk, som interagerar och är beroende av akutmottagningens interna specialistenheter. Dessa är exempelvis medicin, kirurgi och ortopedi (Källberg, 2015; Socialstyrelsen, 2017c) med tillhörande externa enheter såsom intensivvårdsavdelningar, röntgen, akutavdelningar och samarbetet mellan dem. En av de vanligaste aktiviteterna på akutmottagningen är att kommunicera inom och mellan de olika vårdenheter (Andersson et al., 2012; Källberg, 2015). En förutsättning för att en säker vård och omsorg kan bedrivas är att all tillgänglig information om patienten överförs på ett effektivt och korrekt sätt, och att mottagaren uppfattar informationen regelrätt så att inga missförstånd uppstår (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2011; Wallin & Thor, 2008).

## **Kommunikation**

Begreppet kommunikation kommer från latinets *communicare* som betyder gemensamt och kan kopplas till latinets *communicato*, vilket betyder ömsesidigt utbyte (Eide & Eide, 2014; Sharp, 2012). Den mest grundläggande nivån i all kommunikation är informationsutbytet mellan två personer, grupper eller enheter. Ordet kommunikation omfattar olika typer av utbyten, såsom muntlig och skriftlig kommunikation, eller den mer subtila kommunikation som kroppsspråk, attityd och ton. Kommunikation handlar inte bara om vad en person säger, utan hur han eller hon säger det (Eide & Eide, 2014; Nadzam, 2009). Kommunikationens verbala och icke verbala del måste fungera för att ge



en effektiv och säker vård (SKL, 2011). Det finns två perspektiv av kommunikation. Den första är en dialogisk modell där kommunikationen är en flervägsprocess mellan två eller flera sändare och mottagare. De kan bilda en dialog och kommunikation kan skapas. Det andra perspektivet är en överföringsmodell där informationen är en envägsprocess från en sändare till en mottagare. Dessa kan inte skapa en dialog då ingen kommunikation kan bildas. Fungerande kommunikation bidrar till att bygga relationer mellan människor och till att överföra och ta emot information (Eide & Eide, 2014; Wallin & Thor, 2008).

## Omvårdnadsteoretiskt ramverk

Joyce Travelbee's interaktionsteori handlar om vårdrelationen mellan sjuksköterskan och patienten. Travelbee beskriver människan som en "unik, en oersättlig individ - en varelse som bara existerar en enda gång i denna värld; lik men också olik varje annan person som någon gång har levat eller kommer att leva". De centrala begreppen i hennes teori är människan som individ och dennes lidande och mening, mänskliga relationer samt kommunikation. Kommunikation är ett verktyg som sjuksköterskan bör använda sig av för att bli bekant med och lära känna patienten. Via kommunikation kan sjuksköterskan förstå patienten och bemöta behoven för att bemästra sjukdom, lidande och ensamhet (Kirkevold, 2000).

Den centrala vårdrelationen bygger på ett samarbete mellan personal och patient. För att förstå vad god omvårdnad är och bör vara krävs en förståelse för vad som sker mellan patienten och sjuksköterskan, hur deras interaktion kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan ha för patienten och dennes tillstånd. Relationen är en process och sjuksköterskan är ansvarig för att den upprätthålls men det krävs även ett ömsesidigt samspel mellan sjuksköterskan och den andra personen (Kirkevold, 2000). Ett av sjuksköterskans viktigaste redskap är kommunikationen vilken är en förutsättning för att tillhandahålla god omvårdnad (Eide & Eide, 2014; Kirkevold, 2000). Sjuksköterskan måste därför i sin kommunikation vid möte med annan personal förstå hela patienten och kunna förmedla dennes fysiska, psykiska, sociala, existentiella och andliga behov för att kunna planera och vidta adekvata omvårdnadsåtgärder (Kirkevold, 2000).

## Överrapportering

Överrapportering, på engelska *handoff*, *handover* eller *patient care transfer*, definieras av Patton (2007) som en interaktiv process med överföring av specifik patientinformation från en vårdgivare till en annan eller från ett team av

vårdgivare till andra i syfte att säkra kontinuiteten och säkerheten av patientens vård (Patton, 2007). En fungerande överrapportering gällande patienten sker med en interaktiv kommunikation som tillåter möjligheten till frågor mellan sändaren och mottagaren. Avbrott och distraktioner är då minimala, vilket begränsar risken att information fallerar eller glöms bort. Mottagaren ges då även möjlighet att verifiera informationen, exempelvis genom att upprepa den och patientinformationen blir därmed översiktlig och relevant (Patton, 2007; Welsh, Flanagan & Ebright, 2010; WHO, 2007).

I samband med överrapporteringen skiftar även ansvaret för patienten från en vårdpersonal till en annan, med intentionen att säkerställa kontinuitet och säkerhet av patientens medicinska vård och omvårdnadsbehov (Holly & Poletrick, 2014; Patton, 2007; Smeulers, Lucas & Vermeluen, 2015). Därmed införskaffas information om en patients medicinska vård och omvårdnadsbehov såsom behandling, nuvarande tillstånd och förväntade förändringar (Patton, 2007). Överrapportering sker på varierande sätt där ett tillvägagångssätt är muntlig kommunikation. Sjuksköterskans överrapportering av information till en annan sjuksköterska är en sårbar process med potentiell risk för avvikelser, onödiga duplikationer av arbete med suboptimal medicinsk vård och omvårdnad som följd. Skiftet av ansvar gör att överrapporteringen skiljer sig från annan formell kommunikation som sker angående patienten (Smeulers et al., 2015). Det finns tre faser i överrapporteringen: utbyte av information, överlåtelse av ansvaret för medicinsk vård och omvårdnadsbehov (Patton, 2007) samt behållande av kontinuiteten av medicinsk vård och omvårdnadsbehov (Holly & Poletrick, 2014; Patton, 2007; Smeulers et al., 2015). Överrapporteringens primära funktion är att säkerställa patientsäkerheten (Smeulers et al., 2015), och vid de tillfällen när kommunikationen brister eller helt uteblir äventyras patientsäkerheten (Källberg, 2015; Sharp, 2012).

Akutmottagningen är den avdelning på sjukhuset där rapporter är mest frekvent förekommande (Källberg, 2015; Maughan, Lei & Cydulka, 2011; WHO, 2007). Det sker kommunikationsbrister vid överrapporteringar bland annat på grund av hög arbetsbelastning och de många överrapporteringar som sker mellan vårdpersonalen (Källberg, 2015; WHO, 2007). Vid varje skiftbyte av personal sker överrapporteringar mellan läkare, sjuksköterskor och övrig vårdpersonal inom akutmottagningen. Det sker även när patienten flyttas vidare i vårdkedjan till de övriga avdelningarna på sjukhuset (Maughan et al., 2011; Wallin & Thor, 2008; WHO, 2007). Patienter kan träffa personal från tre skiftbyten per dygn och vid varje skiftbyte riskeras patientsäkerheten (WHO, 2007).

Komplexiteten vid akutsjukvård innebär att det är svårt för personal att återge vårdförloppet och det finns inkongruens mellan beskrivningen av patientens tillstånd i rapporten och det faktiska tillståndet (Holly & Poletrick, 2014). Vid

akuta situationer är tydlig kommunikation speciellt viktig, eftersom situationen ofta är pressad och kommunikationen sker under tidspress (SKL, 2011). Avbrott, som betyder att bli avbruten under en arbetsuppgift, är mer frekventa på akutmottagningar än inom andra verksamheter och är vanligast vid överrapportering. Det finns en risk att information kan förloras då uppmärksamheten lätt brister vid avbrott (Källberg, 2015).

## Samverkan i team

På akutmottagningar i Sverige arbetar sjuksköterskor i team med undersköterskor och läkare vilka tillsammans ombesörjer medicinsk vård och omvårdnadsbehov hos patienterna (Andersson et al., 2012). Genom att förbereda teamet med information ges de förutsättningar att förutse behov och fatta adekvata beslut för patientens fortsatta vård (Patton, 2007). Team definieras av WHO (2009) som en distingerad grupp av två eller flera individer som samspelar, tar gemensamma beslut, är ömsesidigt beroende av varandra och adaptiva mot ett väl definierat mål eller syfte som ska uppnås. I teamet är respektive individ tilldelad en tydlig roll eller funktion (WHO, 2009). Samverkan i team, kommunikation och otydligt ledarskap kan ge brister av patientsäkerheten. Bristerna i hälso- och sjukvården beror till 70 – 80 % på mänskliga faktorer som grundar sig på bristande kommunikation i teamet (TJO, 2015; WHO, 2009). Trots att en tydlig kommunikation mellan sjuksköterskor och andra vårdgivare är avgörande för patientsäkerheten, finns det omständigheter som bidrar till bristfällig kommunikation. Sjuksköterskor är utbildade till att vara berättande och beskrivande i sitt budskap medan läkare är mera konkret inriktade på diagnoser och undersökningar (Sharp, 2012).

Personalen som ingår i vårdteamet måste kunna samarbeta och veta hur kommunikationen sker på ett effektivt sätt, så att lämplig information delas i tid (Sharp, 2012). Den fysiska miljön, personal och informationskoordinering är faktorer som kan påverka patientsäkerheten (Magid et al., 2009). En av de mest förekommande faktorerna som bidrar till avvikelser är kommunikationsbrister. Brister i kommunikation kan vara till exempel informationsklyftor, där viktig patientinformation inte överförs mellan personalen. Det kan också vara avbruten kommunikation. Dessa brister uppkommer vid kommunikation mellan personal i teamet, mellan akutmottagning och annan verksamhet såsom vårdavdelning samt mellan olika specialiteter inom akutmottagningen (Källberg, 2015; WHO, 2007).

## Patientsäkerhet

Begreppet patientsäkerhet är ett vedertaget begrepp, såväl internationellt som i Sverige (SKL, 2011) och inom EU är patientsäkerhet ett prioriterat område (Socialstyrelsen, 2016). World Health Organization [WHO] definierar patientsäkerhet som "frånvaro av förekommande skada av patienten under sjukvårdssystemets process" (WHO, 2017). Patientsäkerhet är ett koncept vilken inkluderar säkerhet i alla processer i hela sjukvårdssystemet och är en viktig del av kvaliteten av sjukvården (Källberg, 2015). Kraven på kvalitet och säkerhet i vård och omsorg samt krav på hög patientsäkerhet formuleras i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada (SFS 2010:659 kapitel 1, 6§; Socialstyrelsen, 2017a) och en vårdskada är en skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvård (SFS 2010:659 kapitel 1, 5§; Socialstyrelsen, 2017b). All personal som arbetar inom hälso- och sjukvården har en skyldighet att upprätthålla en hög patientsäkerhet (SFS 2010:659 kapitel 6, 4§) och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (SFS 2017:30).

Kommunikationen av patientens status vid överrapportering är en kritisk länk i vårdkedjan för att upprätthålla säker vård (Holly & Poletrick, 2014). För att kunna möta patientsäkerhetsmål måste informationen som kommuniceras vid överlämningen av patienten vara optimal (Holly & Poletrick, 2014; Patton, 2007; Smeulers et al., 2015). När rapporten är felaktig, missuppfattad, utelämnad, inkomplett, glömd eller partisk kan den leda till bristande patientsäkerhet och därmed ökar risken för vårdskada (Holly & Poletrick, 2014).

Forskning på patientsäkerhet på akutmottagningar visar på att frekventa avbrott och att personalen ofta hanterar flera arbetsuppgifter samtidigt är bidragande faktorer till avvikelser (Källberg, 2015; SKL, 2015; Socialstyrelsen, 2016). Information ska kommuniceras patientsäkert sätt. En av sjuksköterskans kärnkompetenser är informatik vilken innebär att sjuksköterskan ska kunna hantera information på ett säkert sätt (Institute of Medicine [IOM], 2003; Quality and Safety Education for Nurses [QSEN], 2014; Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Kärnkompetenserna tydliggör riskområden i omvårdnad och är internationellt framtagna (IOM, 2003; QSEN, 2014), och Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2016) förespråkar att de används av sjuksköterskan i syfte att öka säkerheten och kvaliteten i vården (IOM, 2003; QSEN, 2014).

## Problemformulering

Akutmottagningar genomströmmas av ett högt patientflöde, där patienter med mindre akuta sjukdomar varvas med akut sjuka patienter som kräver snabb målinriktad medicinsk vård och omvårdnad. Patientsäkerheten äventyras vid bristande kommunikation där väsentlig information uteblir vid överrapportering inom och mellan de olika professionerna eller vårdinstanserna. Frågan är vilka faktorer som har betydelse för att sjuksköterskans överrapportering ska ske på ett patientsäkert sätt.

## Syfte

Syftet var att undersöka vilka faktorer som har betydelse för att sjuksköterskans överrapportering på akutmottagningen ska ske på ett patientsäkert sätt.

## Metod

En allmän litteraturstudie genomfördes vilket innebar systematisk sökning, granskning samt sammanställning av kvalitativa och kvantitativa artiklar (Forsberg & Wengström, 2016).

## Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes under januari till mars månad 2017. Studien inleddes med fritextsökningar i databaserna CINAHL och PubMed, för att få en överblick över vad som finns publicerat inom området. Databaserna valdes eftersom de inriktar sig mot omvårdnadsforskning. Sökningen gjordes också för att identifiera passande ämnesord i förhållande till syftet. Det finns ingen direktöversättning till engelska eller som ett närbesläktat engelsk ord av begreppet överrapportering. Med hjälp av Pattons (2007) engelska definition av ordet överrapportering samt ämnesorden handoff och handover, Major Headings [MH] i CINAHL och Medical Subject Headings [MeSH] i PubMed, kunde dessa sökord anses relevanta som en översättning för överrapportering. Därefter diskuterades vilka sökord som var adekvata för att hitta artiklar som besvarade studiens syfte (Friberg, 2016). Sökorden som användes var *communication*, *patient safety*, *emergency department*, *nurse*, *shift change*, *shift report*, *interruption*, *handover* och *handoff* och presenteras i sökordsöversikten (bilaga A). För att få en systematik i sökningarna gjordes ämneslistor i databaserna och sökorden användes i olika kombinationer i de båda databaserna. Sökorden kombinerades sedan med de booleska operatorerna AND eller OR vilket innebär att sökningarna avgränsades eller vidgades (Forsberg & Wengström, 2016; Henricson, 2015).

Inklusionskriterierna i sökningarna var att artiklarna skulle vara originalartiklar skrivna på engelska, vetenskapligt granskade (peer reviewed) (Forsberg & Wengström, 2016; Henricson, 2015), och publicerade mellan 2011 och 2017. Avsikten var att enbart inkludera vuxna patienter men på grund av ett sparsamt sökresultat inkluderades även artiklar som handlade om barn och publiceringsår utvidgades till 10 år det vill säga från 2007 till 2017. Artiklar som enbart handlade om läkarnas överrapporteringssituation och överrapporteringar på vårdavdelningar exkluderades.

Sökningarna gav ett hanterbart antal träffar, och titlarna lästes först. När titlarna motsvarade syftet lästes abstrakten och när även de bedömdes relevanta lästes hela artikeln. När artiklarna ansågs kunna svara på syftet lästes samtliga av oss, både individuellt och som grupp. Sedan togs ett gemensamt beslut om de skulle inkluderas i litteraturstudien. En detaljerad översikt av sökhistoriken finns som bilaga (bilaga B)

## CINAHL

Den första sökningen gjordes med en fritextsökning på research articles med sökorden *communication AND emergency department* vilket resulterade i 380 artiklar. Av dessa lästes 28 abstrakt, sju artiklar granskades varav fyra artiklar inkluderades till resultatartiklar. I den andra sökningen användes ämnesordet [MH], *handoff (patient safety) AND emergency department* som fritextord vilket resulterade i 49 artiklar. Av dessa lästes 18 abstrakt, sex artiklar granskades och samtliga inkluderades till resultatartiklar, varav fyra var dubletter. I den tredje sökningen användes ämnesorden [MH], *communication OR patient safety (handoff)*, som kombinerades med fritextorden *emergency department OR shift report* vilket resulterade i 38 artiklar. Av dessa lästes 18 abstrakt, sex artiklar granskades och fyra artiklar inkluderades till resultatartiklar, varav tre var dubletter (se bilaga B).

## PubMed

Sökningarna inleddes i PubMed med sökning med fritextorden *communication AND nurse AND handover AND emergency department* vilket resulterade i 23 artiklar. Av dessa lästes 20 abstrakt, sex artiklar granskades och fem artiklar inkluderades till resultatartiklar, varav samtliga var dubletter. Andra sökningen gjordes med fritextorden *emergency department AND interruption AND patient safety* vilket resulterade i 12 artiklar. Av dessa lästes tre abstrakt, två artiklar granskades och båda inkluderades till resultatartiklar, varav en var dublett. Tredje sökningen gjordes med ämnesordet [MeSH] *handoff AND emergency department AND nurse* som fritextorden vilket resulterade i 22 artiklar, sju abstrakt lästes. Två artiklar granskades och båda inkluderades till resultatartiklar. En av dessa var en dublett av tidigare sökning. Fjärde sökningen gjordes med ämnesordet [MeSH] *handover AND shift change AND*

*emergency department* som fritextorden vilket resulterade i sex artiklar, tre abstrakt lästes. Två artiklar granskades och båda inkluderades till resultatartiklar varav en var dubblett (se bilaga B).

Sökningarna i CINAHL och PubMed resulterade i 97 abstrakt vilka samtliga lästes. Av dessa 97 abstrakt lästes 50 artiklar i fulltext som sågs kunna besvara syftet i litteraturstudien. Efter att samtliga 50 artiklar hade lästs exkluderades 20 artiklar då de inte svarade på syftet eller uppfyllde inklusionskriterierna i litteraturstudien. De kvarvarande 30 artiklarna lästes både individuellt och i grupp ett flertal gånger för att få en djupare förståelse för innehållet. Artiklarna granskades enligt Carlsson & Eimans (2003) bedömningsmall för studier av kvalitativ och kvantitativ metod. Utifrån denna mall bedömdes och poängsattes kvaliteten i de olika artiklarnas metoder på ett systematiskt tillvägagångssätt för att värdera den vetenskapliga kvaliteten i artiklarna. Artiklarna kunde graderas från grad I till grad III, där grad I stod för hög vetenskaplig kvalitet och grad III för låg vetenskaplig kvalitet. I denna studie inkluderades artiklar som bedömdes till grad I och grad II (Carlsson & Eiman, 2003). Vidare exkluderades ytterligare 20 artiklar då de inte uppnådde hög vetenskaplig kvalitet utan endast grad III, eller var dubletter av tidigare inkluderade resultatartiklar.

Dubletter, det vill säga artiklar som framkommit i tidigare sökningar, förekom i sökträffarna. Dubbletternas abstrakt lästes inte och redovisas inte heller i sökhistoriken. Dubletter av resultatartiklar redovisas inom parentes med en asterisk (\*) i sökhistoriken (se bilaga B).

## **Databearbetning**

De tio artiklar som inkluderades till resultatartiklar lästes igenom flertalet gånger för att ytterligare öka förståelsen av innehållet (Forsberg & Wengström, 2016). Artikelöversikt (bilaga C) gjordes för att tydliggöra artiklarnas syfte, metod och resultat (Carlsson & Eiman, 2003). De delar i artiklarnas resultat som överensstämde med syftet översattes till svenska och sammanställdes på ett separat dokument, för att underlätta bearbetningen av artiklarna. Dokumentet genomlästes individuellt för att sedan diskuteras i grupp. Genom färgkodning kondenserades textmassan till meningsenheter och för att tydliggöra likheter och skillnader i texten, vilket ledde till ett flertal kategorier (Henricson, 2015). Kategorierna sammanfördes till två huvudkategorier, och fem underkategorier.

Fem artiklar var kvalitativa, en artikel var kvantitativ, fyra artiklar var både kvalitativ och kvantitativ i sina metoder enligt Carlsson & Eimans (2013) bedömningsmall. Respektive artikel med mixad metod granskades och graderades enligt bedömningsmallen av den vetenskapliga metod i artikeln som svarade mot syftet i litteraturstudien. Av de tio artiklarna var nio artiklar grad I och en artikel grad II (Carlsson & Eiman, 2003). Grad II inkluderades på grund

av att artikelns resultat belyste syftet i litteraturstudien, och var därför relevant att inkluderas.

## Forskningsetiska övervägande

Under vetenskapliga studier ska forskningsetiska övervägande göras med tillstånd från etisk kommitté eller har gjort etiska överväganden (Forsberg & Wengström, 2016). Avsikten med etiska principer är att värna om den enskilda människans grundläggande rättigheter och hennes värde, och forskningsetiken är till för att skydda de personer som medverkar i en studie (Henricson, 2015; The World Medical Association [WMA], 2013). Helsingforsdeklarationen beskriver de etiska principer för läkare och övriga medverkande i medicinsk forskning. Den innehåller flera etiska aspekter som berör forskning inom vården, där frivilligt deltagande, informerat samtycke, konfidentialitet och integritet är viktiga delar (WMA, 2013). Enligt Henricson (2015) beskrivs en vidareutveckling av de grundläggande etiska principerna inom forskning i Belmontrapporten: Autonomiprincipen, göra-gott-principen och rättvisepincipen. Autonomiprincipen innebär deltagarnas rätt till självbestämmande, vilket betyder att deltagarna själva beslutar om de vill medverka i en studie. Göra-gott-principen innebär att forskaren ska undvika skada deltagarna genom att bland annat skydda deras konfidentialitet. Rättvisepincipen innebär att deltagare inte behandlas olikvärdigt, urvalet av deltagare är rättvist och utan diskriminering. Krav på informerat samtycke motiveras utifrån principerna då samtycket baseras på information vid en specifik forskningsstudie (Henricson, 2015).

Kraven på självbestämmande, integritet, sekretess och samtycke formuleras i ett svenskt regelverk: *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30), *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460) och *Lag om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2008:192). De etiska principerna formuleras även i *Personuppgiftslagen* (SFS 1998:204), vilken också tar upp samtycke, integritet, sekretess och bevarandet av vetenskapliga data. *Patientsäkerhetslagen* (SFS 2010:659) reglerar hantering av sekretess.

I denna litteraturstudie uppgav samtliga resultatartiklar att de var godkända av etiska kommittéer eller hade fört ett etiskt resonemang, vilket alltid ska göras vid en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2016).

Denna litteraturstudie förefaller kunna bidra till ökad kunskap om faktorer som har betydelse för en överrapportering på en akutmottagning. Detta kan bidra till en förbättrad patientsäkerhet som ger möjlighet till en högre kvalitet av omvårdnaden. Under granskning, analys och diskussion av resultatartiklarna har



ambitionen varit att vara trogen materialet och inte förvanska innehållet (Henricson, 2015).

## Resultat

I resultatet framgick kommunikation som ett genomgående tema vilket band samman två huvudkategorier med tillhörande underkategorier: Överrapporteringen inom akutmottagningen med underkategorierna *betydelsen av en struktur, arbetsmiljöns betydelse* och *teamarbetets betydelse* samt Överrapporteringen till eller från akutmottagningen med underkategorierna *betydelsen av att skapa en helhetsbild* och *betydelsen av samarbete mellan verksamheter*.

### Överrapportering inom akutmottagningen

I det följande beskrivs underkategorierna: *Betydelsen av en struktur*, *Arbetsmiljöns betydelse* och *Teamarbetets betydelse*.

#### Betydelsen av en struktur

En betydande faktor för patientsäkerheten var att muntlig överrapportering skedde på ett strukturerat sätt (Berg, Källberg, Göransson, Östergren, Florin & Ehrenberg, 2013; Bost, Crilly, Patterson & Chaboyer, 2012; Calleja, Aitken, & Cooke, 2016; Hitchcock, Gillespie, Crilly & Chaboyer, 2013; Jenkin, Abelson-Mitchell & Cooper, 2007; Kerr, Klim, Kelly & McCann, 2016; Klim, Kelly, Kerr, Wood & McCann, 2013; Lawrence, Tomolo, Garlisi & Aron, 2008; McFetridge, Gillespie, Goode & Melby, 2007; Murray, McGarth & Smith, 2013). Då rapporten inte innehöll all nödvändig information kunde kontinuiteten i omvårdnaden inte säkerställas. En strukturerad överrapportering skulle innehålla patientinformation, aktuella problem, behov, behandling och observationer samt en vårdplan för patienten (Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013).

För att rapportera på ett kommunikativt och strukturerat sätt kunde en överrapporteringsmall vara ett hjälpmedel för att säkerställa patientsäkerheten (Calleja et al., 2016; Jenkin et al., 2007; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008; Murray et al., 2013). Däremot var det viktigt att den var utformad på ett sätt som var anpassat till akutmottagningen, då de redan framtagna överrapporteringsmallarna inte var utformade till denna verksamhet (Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008). Sjuksköterskor ansåg att de på så vis fick mer adekvat information om alla patienterna på akutmottagningen samt att det minskade behovet av att ställa kompletterande frågor (Kerr et al., 2016). En

standardiserad överrapporteringsmall skulle kunna förbättra överföringen av en korrekt och adekvat information vilket kunde öka patientsäkerheten (Klim et al., 2013). Då informationen kunde erhållas på ett tydligt och strukturerat sätt blev den medicinska vården och omvårdnaden mer patientsäker eftersom kontinuiteten bibehölls, vilket sjuksköterskorna ansåg viktigt (Calleja et al., 2016; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013). Bröts kontinuiteten vid överrapporteringen äventyrades patientsäkerheten (Berg et al., 2013; Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016) vilket kunde leda till sämre behandlingsresultat för patienten (Calleja et al., 2016).

En överrapporteringsmall kunde även bidra till att rapporterna i högre grad skedde vid patientens sängkant, vilket ansågs optimalt (Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013). Uteslöts patientens medverkan vid överrapporteringen fanns det en risk att viktig information exkluderades (Kerr et al., 2016; Murray et al., 2013). En optimal överrapportering bör vara specifik för de patienter som sjuksköterskan var omvårdnadsansvarig för den blev då mer detaljerad över de medicinska behov samt omvårdnadsbehov och de omvårdnadsåtgärder som hade vidtagits (Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013).

Bristande kommunikation mellan sjuksköterskor förekom vid skiftbyte av arbetspass eller vid förflyttning av patient till annan enhet både gällande den medicinska vården samt omvårdnaden (McFetridge et al., 2007; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008). Strukturerad muntlig överrapportering var ett sätt att säkerställa att väsentlig information gällande patienten inte försvann i samband med överlämningen av patienten vid ett skiftbyte (Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013). Rutiner såsom att sjuksköterskan var väl förberedd med information om patientens status vid överrapportering var ett annat sätt att uppnå patientsäkerhet (McFetridge et al., 2007; Lawrence et al., 2008).

### Arbetsmiljöns betydelse

Arbetsmiljön var en annan faktor som påverkade patientsäkerheten vid överrapporteringar (Berg et al., 2013; Bost et al., 2012; Hitchcock et al., 2013; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008; Murray et al., 2013). Akutmottagningens dynamiska miljö med oförutsedda patientflöde i kombination med patienternas varierade sjukdomstillstånd, skapade en arbetsmiljö med snabba växlingar som kunde leda till felaktig eller förlorad information vid den muntliga överrapporteringen (Hitchcock et al., 2013; Klim et al., 2013).

Avbrott under den muntliga överrapporteringen hade betydelse för patientsäkerheten (Berg et al., 2013; Bost et al., 2012; Kerr et al., 2016; Klim et

al., 2013; Lawrence et al., 2008; Murray et al., 2013). Sjuksköterskan var den som oftast blev avbruten och avbrotten skedde vanligtvis på sjuksköterskans expedition (Berg et al., 2013), exempelvis då telefonen ringde (Lawrence et al., 2008) eller av andra kollegor (Bost et al., 2012). Vid akutmottagningar för barn skedde oftast överrapporteringen av patienterna utanför patientens rum. När överrapporteringen skedde i närvaro av familjen kunde patienten och familjen bli ett hinder som innebar ett avbrott under överrapporteringen. Det riskerade patientsäkerheten (Murray et al., 2013). Ett sätt att minska antalet avbrott under rapporten var att använda en tyst miljö, där antalet avbrott minimerades (Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013).

### Teamarbetets betydelse

Hur samarbetet i teamet fungerade var en annan faktor som påverkade patientsäkerheten (Hitchcock et al., 2013; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008). Det var viktigt att upprätthålla en god kommunikation inom teamet för att kunna tillhandahålla en god patientsäkerhet. Då flera sjuksköterskor var involverade eller då behandlingar och utvärderingar skedde skyndsamt fanns en risk för inadekvat överrapportering mellan vårdpersonal (Hitchcock et al., 2013; Klim et al., 2013). Även den vårdkultur som fanns på akutmottagningen kunde påverka överrapporteringarna. Det kunde finnas olika förväntningar på den muntliga överrapporteringen, både ifrån sändaren och ifrån mottagaren, beroende på hur och vad som skulle överrapporteras (Lawrence et al., 2008).

### Överrapportering till eller från akutmottagningen

Följande underkategorier framkom av analysen: *Betydelsen av att skapa en helhetsbild* och *Betydelsen av samarbete mellan verksamheter*.

#### Betydelsen av att skapa en helhetsbild

Tydlig kommunikation i syfte att skapa en helhetsbild av patienten vid överrapportering var en betydande faktor för patientsäkerheten (Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Jenkin et al., 2007; McFetridge et al., 2007). Vid överrapporteringen av en patient till en sjuksköterska på en annan enhet var det viktigt att sjuksköterskan på akutmottagningen kommunicerade på ett bra sätt, vilket innebar att informationen var klar, tydlig och koncist samt att den kom i kronologisk ordning (Calleja et al., 2016; McFetridge et al., 2007). En tydlig rapport kunde innebära att mottagaren kunde skapa sig en helhetsbild och inte behövde söka kompletterande information om patienten (McFetridge et al., 2007).

För att erhålla en enhetlig bild av patienten behövde ibland informationen upprepas. Då ambulanspersonalen överrapporterade akuta patienter utan kritiskt tillstånd till akutmottagningen fick de upprepa sin information till flera sjuksköterskor vid de tillfällen då patientansvarig sjuksköterska inte fick den muntliga rapporten i första hand. De behövde då rapportera till driftansvarig sjuksköterska, triagerande sjuksköterskor och till sist patientansvarig sjuksköterska (Jenkin et al., 2007). Vid överrapportering av den kritiskt sjuka patienten som anlände till akutmottagningen från ambulansen delades också informationen upp vid två tillfällen: den första innehöll den primära medicinska vården, den andra innehöll både den medicinska vården och omvårdnaden samt exempelvis sociala förhållanden. Kompletterande information gavs av ambulanspersonalen om mottagande sjuksköterska efterfrågade det, vilket inträffade då sjuksköterskan inte kunnat skapa sig en helhetsbild av patienten (Bost et al., 2012; Jenkin et al., 2007).

Oerfarna sjuksköterskor som tog emot muntlig rapport visste inte alltid vad som var relevant att fråga för att kunna skapa sig en helhetsbild av patienten (McFetridge et al., 2007). En sjuksköterska med arbetslivserfarenhet kunde istället påverka de muntliga överrapporteringarna genom att mängden information avpassades utifrån vad den erfarna sjuksköterskan ansåg vara väsentlig för att skapa sig en helhetsbild av patienten (Bost et al., 2012).

### Betydelsen av samarbete mellan verksamheter

God kommunikation var svår att definiera. Samtidigt var det något som ansågs viktigt och förespråkades av samtlig vårdpersonal som arbetade inom olika verksamheter (Calleja et al., 2016). Patienter som överlämnades av ambulanspersonal på akutmottagning förde samman två organisationer. Då två verksamheter sammanflätades vid en överrapportering skapades ett behov av gemensamma strategier för muntlig kommunikation för att förbättra patientsäkerheten. Ett sådant exempel var att stärka samarbetet genom internutbildningar (Bost et al., 2012). Ett sätt att öka patientsäkerheten kunde vara att gemensamt utveckla ett kommunikationsverktyg (Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Jenkin et al., 2007) som var tydligt, logiskt och enkelt att förstå (Jenkin et al., 2007).

Uppfattningar och upplevelser av varandra påverkade kvalitén på den muntliga överrapporteringen och därmed patientsäkerheten (Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Jenkin et al., 2007; Klim et al., 2013; McFetridge et al., 2007). Beroende på till vilken verksamhet som patienten skulle överrapporteras till, varierade förväntningarna på innehållet i den muntliga överrapporteringen utifrån den vårdkultur som fanns på den mottagande enheten. Förväntningarna var också relaterade till kompetens, kunskap och hur informationen användes på den mottagande enheten (Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016).

Arbetslivserfarenhet påverkade den muntliga överrapporteringen då erfarna sjuksköterskor hade större förmåga att prioritera vilken information som var väsentlig eller vad som skulle överrapporteras jämfört med de mindre erfarna (McFetridge et al., 2007). En del sjuksköterskor fick erfarenhet genom att lära sig muntlig kommunikering genom personlig erfarenhet och observation av hur erfarna kollegor gjorde vid en överrapportering. Arbetsrelationer som hade byggts upp under en längre tid bidrog också till vad och hur mycket som muntligen överrapporterades mellan vårdpersonalen. Den anpassades också till sändarens och mottagarens individuella behov av information. Denna relation byggde på ett förtroende mellan sändaren och mottagaren (Bost et al., 2012).

Överrapporteringen från akutmottagning till andra akuta verksamheter såsom intensivvårdsavdelning och akutvårdsavdelning kunde bli begränsad i sin omfattning då sjuksköterskorna blev ignorerade av de mottagande sjuksköterskorna (Calleja et al., 2016). Ambulanspersonalen uppgav i sin tur frustration när sjuksköterskan på akutmottagningen var för upptagen för att lyssna alternativt inte lyssnade eller ifrågasatte ambulanspersonalens överrapporteringar (Jenkin et al., 2007). En effektiv kommunikation handlade om att kommunicera med respekt (Klim et al., 2013).

## **Diskussion**

I denna diskussion förs ett resonemang om metoden och om resultatet.

### **Metoddiskussion**

Författarna till denna litteraturstudie har erfarenhet av att det ibland sker kommunikationsbrister på en akutmottagning. Det ger en förförståelse av problemet. Ambitionen har varit att med öppenhet genomföra analysen för att inte förförståelsen ska begränsa resultatet.

För att öka trovärdigheten i litteraturstudien och för att hitta relevanta artiklar som svarade mot syftet användes databaserna CINAHL och PubMed eftersom de inriktade sig på omvårdnadsforskning. Enligt Henricson (2015) ökar chanserna att finna relevanta artiklar om flera databaser används. Det kan ha bidragit till att öka trovärdigheten i studien. Databasen PsycInfo valdes medvetet bort eftersom den inriktar sig på forskning inom beteendevetenskap och psykologi (Henricson, 2015). Detta kan vara en svaghet att medvetet välja bort databasen PsycInfo eftersom relevanta artiklar kan ha förlorats.

Den systematiska litteratursökningen utgick från ämnes- och fritextord. Ämnesord användes för att få förslag till andra ord (Henricson, 2015) på

communication, patient safety och handoff eller handover. Användes ordet communication som ämnesord [MeSH] i PubMed blev sökträffarna inriktade på strukturerade kommunikationsmallar i skriven form, därför genomfördes sökningarna i PubMed som fritextsökningar för att finna relevanta artiklar. Tillämpades ordet patient safety som ämnesord [MeSH] i PubMed genererades inga nya ord i sökträffarna, därför genomfördes enbart fritextsökningar. Ämnesordregistret blev framförallt användbart i CINAHL när ämnesorden [MH] handoff eller patient safety användes. Sökträffarna gav relevanta artiklar, och ämnesorden sammanbands med varandra, oavsett om sökningen gjordes på antingen det ena eller det andra ämnesordet, vilket ökade trovärdigheten av litteraturstudiens resultat då orden överrapportering och patientsäkerhet sammankopplades med varandra. Sökordet emergency department användes enbart som ett fritextord, vilket kan ses som en svaghet då ämnesord skulle ha gett förslag på olika begrepp och därmed kan relevanta artiklar ha missats (Henricson, 2015).

Begreppet överrapportering finns inte som en direktöversättning till engelska eller som ett närbesläktat engelskt ord, detta ses som en svaghet och det blev en svårighet. Patton (2007) beskriver de engelska orden *handoff* och *handover* som en översättning för överrapportering. Genom samsökning med fritextorden communication och patient safety i databaserna identifierades handoff och handover som de engelska orden för överrapportering, då dessa förekom i artiklarna som beskrev informationsöverföring om patienter. PubMed definierar ämnesorden [MeSH] handoff alternativt handover som ”överföring av ansvaret på patientvården från en vårdpersonal till en annan”, en definition som Patton (2007) också använder. Orden handoff och handover ansågs därför tillförlitliga att användas som en engelsk översättning av ordet överrapportering.

Genom att använda de booleska operatörerna AND och OR vid kombination av sökorden hittades artiklar som motsvarade syftet i litteraturstudien. I litteratursökningarna återkom flera artiklar som dubletter vilket pekade på att de valda sökorden var specifika och relevanta för ämnet.

Då det var svårt att finna artiklar som svarade mot syftet i litteraturstudien, vidgades sökningarna från fem år till att inkludera artiklar som har publicerats de senaste tio åren. Ett begränsat sökresultat skulle kunna innebära en svaghet men var samtidigt ett resultat i sig som visade att forskning om överrapporteringar på akutmottagningar var begränsad. Artiklar som berörde vedertagna överrapporteringsmodeller till exempel SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation) valdes medvetet bort. Det fanns många studier om SBAR men eftersom syftet i litteraturstudien var att belysa vilka faktorer som har en betydelse vid muntlig överrapportering som i sin tur kan påverka patientsäkerheten, var det motiverat att exkludera dem.

Resultatartiklarna lästes och bearbetades initialt individuellt för att sedan diskuteras i grupp tills mättnad av textmassan hade uppnåtts, vilket innebar att trovärdigheten ökade genom fördjupning av resultatet och tillförlitligheten stärktes genom samstämmighet av resultatet (Henricson, 2015). Målet var att inkludera artiklar som erhöll hög vetenskaplig kvalitet (grad I) enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003). Nio artiklar som ingick i litteraturstudien höll en hög vetenskaplig kvalitet. Det kan anses öka trovärdigheten av studiens resultat. En artikel (Murray et al., 2013) erhöll grad II, men togs med då den beskrev sjuksköterskans situation i samband med överrapportering på ett tydligt sätt. Av de tio analyserade resultatartiklarna var fem artiklar kvalitativa, en var kvantitativ och fyra artiklar hade både kvalitativ och kvantitativ metodologi. Vid analys av de artiklar som ingick i den mixade metoden valdes den kvalitativa metoden för den fokuserade på helhet och sammanhang, mångfald och öppenhet eftersom den utgick från verkligheten på olika sätt. Den lyfte fram faktorer av betydelse för sjuksköterskans överrapportering. Den kvantitativa metoden hade åtskilda variabler, var förutbestämd och företeelserna studerades isolerat. Det fanns emellertid en risk att metoden skulle ge ett förutsägbart resultat. De kvantitativa studierna har oftare ett bredare urval medan de kvalitativa studierna ger en djupare förståelse till ämnet som studeras (Forsberg & Wengström 2016; Henricson, 2015). En artikel (Kerr et al., 2016) med kvantitativ metod inkluderades i litteraturstudien, vilket kan ses som en svaghet, men efter diskussion i gruppen gjordes detta val då den svarade mot syftet.

Resultatartiklarna kategoriserades genom färgkodning och på det sättet sammanfördes huvudkategorier med associerade underkategorier. Dessa kategorier diskuterades fram och jämfördes med varandra. Styrkan var att samma kategori återkom vid flera tillfällen i det insamlade materialet och därmed ökades tillförlitligheten.

De valda resultatartiklarna var från Australien (5), Irland (1), Storbritannien (1), Sverige (1) och USA (2) vilka tillsammans representerade västerländsk kultur. De kom alla fram till liknande resultat vilket gör att resultaten borde vara överförbara till svenska förhållanden. Det kan ses som en svaghet i litteraturstudien att resultatartiklarna endast representerade västerländsk kultur då det hade varit intressant om det hade framkommit resultatartiklar från andra delar av världen till exempel Centraleuropa, Sydeuropa eller Asien för att se om de kom fram till liknande resultat.

Resultatartiklarnas etiska tillvägagångssätt handlade om självbestämmande, informerat samtycke, anonymitet, integritet, konfidentialitet och riskanalys. En artikel (Murray et al., 2013) kan dock ifrågasättas för sitt etiska ställningstagande, då ett godkännande från en etisk kommitté inte ansågs nödvändig eftersom forskarna undersökte sjuksköterskors uppfattningar. Enligt

de grundläggande etiska principerna i lagarna om etikprövning vid forskning gäller bestämmelserna alla människor, vilket innebar att studien frångick regelverket. Däremot var deltagandet frivilligt samt deltagarna fick skriven och muntlig information, vilket gör att studien har följt lagarna om etikprövning (SFS 2003:460; SFS 2008:192) och Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013). Då artikeln antydde etiskt tänkesätt och hade hög vetenskaplig grad av kvalitet inkluderades den i litteraturstudien.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med litteraturstudien var att undersöka vilka faktorer som har betydelse för att sjuksköterskans överrapportering på akutmottagningen ska ske på ett patientsäkert sätt.

I resultatet framkom faktorer som hade betydelse för att sjuksköterskans överrapportering på akutmottagningen skulle ske på ett patientsäkert sätt, vilket svarade mot litteraturstudiens syfte. Faktorer som framkom var betydelsen av en struktur, arbetsmiljö, teamarbete, skapa en helhetsbild samt samarbete mellan verksamheter som var av betydelse för sjuksköterskans överrapportering (Berg et al., 2013; Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Hitchcock et al., 2013; Jenkin et al., 2007; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008; McFetridge et al., 2007; Murray et al., 2013). Den vanligaste informationsöverföringen som sker mellan sjuksköterskor är muntlig överrapportering av patienter (Holly & Polettrick, 2014).

Resultatet av litteraturstudien visade att det var viktigt att muntlig överrapportering sker på ett strukturerat sätt (Berg et al., 2013; Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Hitchcock et al., 2013; Jenkin et al., 2007; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008; McFetridge et al., 2007; Murray et al., 2013), exempelvis genom att använda en överrapporteringsmall (Calleja et al., 2016; Jenkin et al., 2007; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008; Murray et al., 2013), vilket minimerar risken för misstag och vårdskador (Holly & Polettrick, 2014; IVO, 2014; Källberg, 2015; TJO, 2015; WHO, 2009). En gemensam struktur ger trygghet eftersom mottagaren vet hur innehållet kommer att presenteras och att det finns utrymme för frågor när informationsöverföringen är slutförd (Cornell, Townsend Gervis, Yates & Vardaman, 2014). Klim et al. (2013) och Lawrence et al. (2008) visade på att en överrapporteringsmall behövde anpassas till akutmottagningens arbetsmiljö då denna skilde sig från de andra verksamheterna både när det gällde patientflödet och antalet personal kring patienten. Källberg (2015) menar på att det också är extra betydelsefullt att sjuksköterskan har en struktur till stöd eftersom arbetsbelastningen på akutmottagningen är hög eller då en patients tillstånd plötsligt försämras.



Arbetsmiljön var en faktor som hade betydelse för muntlig överskriftningsrapportering (Berg et al., 2013; Bost et al., 2012; Hitchcock et al., 2013; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008; Murray et al., 2013). Patientsäkerhet på akutmottagningen kan relateras till arbetsmiljön, patienter och vårdpersonal (Farmer, 2016), vilka respektive kunde ge avbrott vid en överskriftningsrapportering (Berg et al., 2013; Bost et al., 2012; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008; Murray et al., 2013). Patientsäkerheten säkerställs inte då kontinuiteten av medicinsk vård och omvårdnad inte upprätthålls (Holly & Poletrick, 2014; Patton, 2007; Smeulers et al., 2015) för mindre akut sjuka patienter (Andersson et al., 2012; Elmqvist et al., 2012; Göransson et al., 2008; Källberg, 2015; Socialstyrelsen, 2017c) då en akutmottagning genomsyras av en kultur av säkerhet vilken involverar teamarbete, överskriftningsrapportering och kommunikation (Farmer, 2016) för att upptäcka kritiska tillstånd tidigt (Andersson et al., 2012; Elmqvist et al., 2012; Farmer, 2016; Göransson et al., 2008; Källberg, 2015; Socialstyrelsen, 2017c). Akutmottagningarnas oförutsedda och höga patientflöde i kombination med patienternas varierade sjukdomstillstånd skapade också en dynamisk arbetsmiljö. Denna dynamik ledde ofta till en hög arbetsbelastning som påverkade kommunikationen på ett negativt sätt, vilket äventyrade patientsäkerheten (Hitchcock et al., 2013; Klim et al., 2013) eftersom risken för kommunikationsmissar, medicinska fel och misstag, bristande vård och omvårdnad då ökar (Källberg, 2015; SKL, 2015; Socialstyrelsen, 2016).

Det var också viktigt att överskriftningsrapportera på ett kommunikativt och strukturerat sätt vid skiftbyten (Klim et al., 2013; McFetridge et al., 2007). Skiftbyte är ett av de mest kritiska tillfällena i vårdprocessen då ansvaret övergår till ny personal (Farmer, 2016; Holly & Poletrick, 2014; IVO, 2014), och varje skiftbyte äventyrar patientsäkerheten då det blir ett avbrott i kontinuiteten av medicinsk vård och omvårdnad (Farmer, 2016; Holly & Poletrick, 2014; Källberg, 2015; Maughan et al., 2011; Patton, 2007; Smeulers et al., 2015; Wallin & Thor, 2008; WHO, 2007). Dessa kunde ske vid flera tillfällena under patientens vårdtid (Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008; McFetridge et al., 2007), och vid varje förflyttning inom olika enheter på akutmottagningen samt vid förflyttning till andra verksamheter (IVO, 2014; Källberg, 2015; Maughan et al., 2011; Wallin & Thor, 2008; WHO, 2007). Frekventa skiftbyten äventyrar patientsäkerheten upprepade gånger på grund av avbrott på kontinuiteten av medicinsk vård och omvårdnad. Samtidigt måste skiftbyten göras då patienten ingår i en vårdprocess, med förflyttningar inom vårdkedjan, där ansvaret kontinuerligt övergår till ny personal.

Inom teamet var det viktigt med samarbetet och tydlig kommunikation för att kunna stärka patientsäkerheten framförallt då teamet runt patienten bestod av många personer (Hitchcock et al., 2013; Klim et al., 2013). Tydlig

kommunikation mellan sjuksköterskor och andra vårdgivare är avgörande för patientsäkerheten då otillräcklig kommunikation kan ge brister i kontinuitet av medicinsk vård och omvårdnadsbehov (Holly & Polettrick, 2014; IVO, 2014; SKL, 2011; Wallin & Thor, 2008; WHO, 2007). Otydlig information kan innebära att mottagaren inte tar till sig innehållet eller att det som rapporteras inte är relevant vilket kan leda till att patientsäkerheten äventyras (IVO, 2014; Patton, 2007; Welsh et al., 2010; WHO, 2007).

Hitchcock et al. (2013) beskrev att brister i kommunikation kunde uppstå när flera verksamheter samverkade med akutmottagningen. I ett samarbetsklimat med andra verksamheter där en arbetsrelation hade byggts upp under en längre tid bidrog till vad och hur mycket som överrapporterades mellan vårdpersonalen. Den anpassades till sändarens och mottagarens individuella behov av information (Bost et al., 2012). Arbetslivserfarenhet hade betydelse för relationen då det var erfarenheten som gav kunskapen om vad och hur mycket som överrapporterades mellan professionerna (Bost et al., 2012; McFetridge et al., 2007). Denna bidrog till förväntningar på innehållet i överrapporteringen av mottagande verksamhet (Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Lawrence et al., 2008). Holly & Polettrick (2014) beskriver dock att individuell information som överrapporteras bidrar till att minska trovärdigheten av informationen, vilket i sin tur påverkar patientsäkerheten. Samtidigt sker en välfungerande överrapportering vid en interagerande kommunikation som har ett tillåtande förhållningssätt mellan sändaren och mottagaren (Patton, 2007; Welsh et al., 2010; WHO, 2007).

Vårdkulturen på akutmottagningen och den vårdkultur som fanns hos mottagande verksamhet kunde påverka överrapporteringarna (Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Lawrence et al., 2008). Holly & Polettrick (2014) beskriver att muntlig överrapportering är starkt socialt interagerad vilket innebär att den påverkas av sin kontext. Denna kontext innefattar både vårdkultur och situationsanpassat beteende hos sjuksköterskor (Holly & Polettrick, 2014). Uppfattningar och upplevelser av varandra påverkade kvalitén på den muntliga överrapporteringen (Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Jenkin et al., 2007; Klim et al., 2013; McFetridge et al., 2007). Calleja et al. (2016) hävdar att akutsjuksköterskor ignorerades av mottagande sjuksköterskor på andra verksamheter vid överrapporteringar, och Jenkin et al. (2007) påvisade att sjuksköterskan inte alltid lyssnade på ambulanspersonalens överrapporteringar. Negativa attityder kan riskera patientsäkerheten (Magid et al., 2009), då kommunikationen brister mellan personal vilket bidrar till svårigheter att bedriva patientsäker vård (Källberg, 2015; TJO, 2015; WHO, 2007; WHO, 2009). Kommunikation blev effektiv när den kommunicerades med respekt (Klim et al., 2013), för vid en välfungerande överrapportering ges möjligheten till dialog mellan sändaren och mottagaren, vilken begränsar risken att information fallerar eller inte verifieras av mottagaren (Patton, 2007; Welsh et

al., 2010; WHO, 2007). Enligt Travelbee's interaktionsteori (Kirkevold, 2000) och Wallin & Thor (2008) bygger en fungerande kommunikation på relationer mellan människor för att kunna överföra information. Sjuksköterskan ska kunna använda denna information till och för omvårdnadsarbetet eftersom informatik är en av sjuksköterskans kärnkompetenser för att minska fel som begås i vården. Avsikten är att minska vårdskador genom att skapa en kvalitativ god och säker vård (IOM, 2003; QSEN, 2014; SSF, 2016).

Överrapportering vid patientens sängkant var mer patientsäker (Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013), eftersom sjuksköterskan då kunde göra sig en tydligare helhetsbild av patienten (Bost et al., 2012; Calleja et al., 2016; Jenkin et al., 2007; Kerr et al., 2016; McFetridge et al., 2007; Murray et al., 2013) eftersom patienten kunde komplettera med viktig information (Kerr et al., 2016; Murray et al., 2013). Travelbee beskriver betydelsen av att sjuksköterskan förstår patienten och dennes totala situation för att ge denne en god omvårdnad. Muntlig överrapportering vid patientens sängkant gynnar vårdrelationen genom att samarbetet mellan sjuksköterskan och patienten stärks, vilket Travelbee menar är en förutsättning för den goda omvårdnaden (Kirkevold, 2000). Murray et al. (2013) beskriver att sjuksköterskorna istället ville genomföra överrapporteringen utanför patientens rum. Anledningen till detta var att de blev utsatta för avbrott av patientens anhöriga om den skedde vid patientens sängkant (Murray et al., 2013).

Oavsett om överrapporteringen sker vid patientens sängkant eller utanför rummet så sker den i en miljö där även andra patienter vårdas (Andersson et al., 2012; Källberg, 2015), ofta i sällskap av sina anhöriga. Frågan är om handlingen är moraliskt rätt då den etiskt brister i integritet och tillämpningen av sekretess då känsliga uppgifter om egenskaper, uppfattningar och handlingar om patienten (SFS 1998:204; SFS 2010:659; SFS 2017:30; WMA, 2013) överrapporteras med andra människor som kan lyssna (Andersson et al., 2012; Källberg, 2015). Om överrapporteringen skedde på sjuksköterskeexpeditionen blev sjuksköterskan oftare avbruten (Lawrence et al., 2008), vilket även Källberg (2015) beskriver i sin avhandling. Avbrott påverkade kontinuiteten i överrapporteringen vilket innebär risk för patientsäkerheten (Berg et al., 2013; Hitchcock et al., 2013; Kerr et al., 2016; Klim et al., 2013; Lawrence et al., 2008; Murray et al., 2013), då avbrott kan bidra till distraktion vilket kan leda till att information blir bortglömd (Farmer, 2016; Källberg, 2015; Patton, 2007; Welsh et al., 2010; WHO, 2007). Patientsäkerheten riskeras därmed för att den inte säkerställs genom en bibehållen kontinuitet (Holly & Polettrick, 2014; Källberg, 2015; Patton, 2007; Smeulders et al., 2015). Valet mellan att överrapportera vid patientens sängkant eller utanför rummet, som riskerar sekretessen och patientens integritet, eller att rapportera på expeditionen där

avbrotten blir frekventa utmanar patientsäkerheten. Överrapportering och patientsäkerhet ter sig därmed komplext.

## **Konklusion och implikation**

Överrapportering är en viktig del av sjuksköterskans dagliga arbete. Sjuksköterskan på akutmottagningen överrapporterar fortlöpande till vårdpersonal. Flera patienter överrapporteras under ett arbetspass, både inom samt till och från verksamheten, där varje skiftbyte äventyrar patientsäkerheten. Informationen ska kommuniceras på ett patientsäkert sätt, och överrapportering ska bidra till patientsäker vård. För att behålla den information som ges, kunna ta vid när information avbryts och för att delge information behöver sjuksköterskan en strukturerad överrapporteringsmall. Denna mall bör utformas för att anpassas till akutmottagningens verksamhet.

Arbetsmiljön på akutmottagningen är svår att påverka men om antalet avbrott kan minimeras minskar risken för att viktig information faller bort. Patientsäkerheten ökar när överrapporteringarna sker hos patienten då sjuksköterskan kan erhålla en tydlig helhetsbild. Det kan bli etiskt dilemma då sjuksköterskan inte kan upprätthålla patientens integritet och sekretess då överrapporteringen sker i en miljö med andra individer. Sjuksköterskans arbetslivserfarenhet och arbetsrelationer samt rådande vårdkultur är av betydelse för vilken information som ges vid överrapportering. En välfungerande kommunikation inom teamet och andra verksamheter, med ett ömsesidigt samarbete, är viktig för att öka patientsäkerheten.

Överrapportering är ett riskområde som tydligt hör ihop med patientsäkerhet och risker för eventuella vårdskador. Även svenska regelverket belyser problemet, och forskning pågår internationellt i syfte att förbättra patientsäkerheten. Det är sparsamt med forskning om faktorer som påverkar kommunikationen på en akutmottagning vid överrapportering. Framtida forskning är därför angeläget exempelvis en kvalitativ intervjustudie på en akutmottagning för att öka förståelsen och kunskapen av vad sjuksköterskor upplever påverkar patientsäkerheten vid överrapportering. Kommunikationens effekter och bieffekter behöver mer medvetandegöras hos sjuksköterskan och akutverksamheten i sin helhet.

## Referenser

(\*) = Resultatartiklar

Andersson, H., Jakobsson, E., Furåker, C., & Nilsson, K. (2012). The everyday work at a Swedish emergency department – The practitioners' perspective. *International Emergency Nursing*, 20(2), 58-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2011.06.007>.

\*Berg, L. M., Källberg, A-S., Göransson, K. E., Östergren, J., Florin, J., & Ehrenberg, A. (2013). Interruptions in emergency department work: an observational and interview study. *BMJ Quality & Safety*, 22, 656–663. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001967.

\*Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2012). Clinical handover of patients arriving by ambulance to hospital emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 20(3), 133-141. doi: 10.1016/j.ienj.2011.10.002.

\*Calleja, P., Aitken, L., & Cooke, M. (2016). Staff perceptions of best practice for information transfer about multitrauma patients on discharge from the emergency department: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2863–2873. doi: 10.1111/jocn.13334.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad – studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Rapport nr 2. Malmö: Malmö högskola, Hälsa och Samhälle.

Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, M. J. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *MEDSURG Nursing*, 23(5), 334-342. Hämtad 2017-05-08, från <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.bib.hh.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=37b02369-b26f-4170-b5ad-9c6b3fe2377a@sessionmgr4009&hid=4102>

Eide, H., & Eide, T. (2014). *Omvårdnadsorienterad kommunikation Relationsetik, samarbete och konfliktlösning (2.uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

- Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2012). Trapped between doing and being: First providers' experience of "front line" work. *International Emergency Nursing*, 20(3), 113-119. doi: 10.1016/j.ienj.2011.07.007.
- Farmer, B. M. (2016). Patient Safety in the Emergency Department. *Emergency Medicine* 48(9), 396-404. Hämtad 2017-03-15, från <http://www.mdedge.com/emed-journal/article/113659/trauma/patient-safety-emergency-department>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (Red.). (2016). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Göransson, K., Eldh, A. C., & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (Red.). (2015). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Holly, C., & Poletrick, B. E. (2014). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17/18), 2387-2396. doi: 10.1111/jocn.12365.
- Inspektionen för Vård och Omsorg [IVO]. (2014). *Kommunikationsbrister i vården*. IVO. Hämtad 2017-01-17, från <http://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>.
- \*Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. (2013). Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *Journal of Advanced Nursing* 70(7), 1532-1541. doi: 10.1111/jan.12304.
- Institute of Medicine [IOM]. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: The National Academic Press. Hämtad 2017-04-27, från [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10681&page=R1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10681&page=R1).
- \*Jenkin, A., Abelson-Mitchell, N., & Cooper, S. (2007). Patient handover: Time for a change? *Accident and Emergency Nursing*, 15, 141-147. doi: 10.1016/j.aen.2007.04.004.

- \*Kerr, D., Klim, S., Kelly, A-M., & McCann, T. (2016). Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. *International Journal of Nursing Practice*, 22(1), 89-97. doi: 10.1111/ijn.12365.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- \*Klim, S., Kelly, A-M., Kerr, D., Wood, S., & McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2233–2243. doi: 10.1111/jocn.12274.
- Källberg, A-S. (2015). *Patient safety in the emergency department – errors, interruptions and staff experience*. Stockholm: Department of Medicine, Solna, Karolinska Institutet. Tillgänglig: [https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/42324/Thesis\\_An-n-Sofie\\_K%C3%A4llberg.pdf?sequence=1](https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/42324/Thesis_An-n-Sofie_K%C3%A4llberg.pdf?sequence=1)
- \*Lawrence, R. H., Tomolo, A. M., Garlisi, A. P., & Aron, D. C. (2008). Conceptualizing handover strategies at change shift in the emergency department: a grounded theory study. *BMC Health Services Research*, 8(256), 1-12. doi: 10.1186/1472-6963-8-256.
- Magid, D. J., Sullivan, A. F., Cleary, P. D., Rao, S. R., Gordon, J. A., Kaushal, R., ... Blumenthal, D. (2009). The Safety of Emergency Care Systems: Results of a Survey of Clinicians in 65 US Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 53(6), 715-723. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.10.007>.
- Maughan, B. C., Lei, L., & Cydulka, R. K. (2011). Ed handoffs: observed practices and communication errors. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(5), 502-511. doi: 10.1016/j.ajem.2009.12.004.
- \*McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 261–269. doi: 10.1111/j.1478-5153.2007.00244.x.

\*Murray, J. S., McGrath, J., & Smith, M. F. (2013). Understanding the Clinical Handoff Perspective of Pediatric Emergency Nurses. *Pediatric Nursing*, 39(5), 243-248.

Nadzam, D. M. (2009). Nurses` role in communication and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 184-188. doi: 10.1097/01.NCQ.0000356905.87452.62.

Patton, K. A. (2007). *Handoff Communication-Safe Transitions in Patient Care*. Hämtad 2017-02-23, från [http://www.usahealthsystem.com/workfiles/com\\_docs/gme/2011%20Workfiles/Handoff%20Communication-Safe%20Transitions%20in%20Patient%20Care.pdf](http://www.usahealthsystem.com/workfiles/com_docs/gme/2011%20Workfiles/Handoff%20Communication-Safe%20Transitions%20in%20Patient%20Care.pdf)

Quality and Safety Education for Nurses [QSEN]. (2014). *QSEN Competencies*. Hämtad 2017-04-26, från <http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/>

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2008:192. *Lag om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

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

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.

Smeulers, M., Lucas, C., & Vermeluen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, (6). doi 10.1002/14651858.CD009979.pub2.

Socialstyrelsen. (2016). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområde 2016*. Hämtad 2017-01-27, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20139/2016-4-21.pdf>



Socialstyrelsen. (2017a). *Säker kommunikation i vården*. Hämtad 2017-01-17, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/sakerkommunikation>

Socialstyrelsen. (2017b). *Termbanken Vårdskada*. Hämtad 2017-05-05, från <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=673>

Socialstyrelsen. (2017c). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Hämtad 2017-05-25, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting [SKL]. (2011). *Säkrare vård och omsorg Handbok i grundläggande patientsäkerhet*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2017-01-17, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-640-8.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting [SKL]. (2015). *På väg mot en säkrare vård Patientsäkerhetsstrategin 2011 – 2014*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2017-01-30, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-245-4.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2016). *Säker vård en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2017-03-29, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var\\_d\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var_d_2016.pdf)

The Joint Commission [TJC]. (2015). *Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004 – 2014*. TJC. Hämtad 2017-02-22, från [http://www.tsigconsulting.com/tolcam/wp-content/uploads/2015/04/TJC-Sentinel-Event-Root\\_Causes\\_by\\_Event\\_Type\\_2004-2014.pdf](http://www.tsigconsulting.com/tolcam/wp-content/uploads/2015/04/TJC-Sentinel-Event-Root_Causes_by_Event_Type_2004-2014.pdf)

The World Medical Association [WMA]. (2013). *Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. WMA. Hämtad 2017-04-18, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wallin, C-J., & Thor, J. (2008). SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen* 105(26), 1922-1925.

Welsh, C. A., Flanagan, M. E., & Ebricht, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148-154. doi: 10.1016/j.outlook.2009.10.005.

World Health Organization [WHO]. (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. WHO. Hämtad 2017-03-17, från <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2009). *Better knowledge for safer care: human factors in patient safety review of topics and tools*. WHO. Hämtad 2017-03-17, från [http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf).

World Health Organization [WHO]. (2014). *The High 5s Project Interim Report*. WHO: Service Delivery and Safety. Hämtad 2017-02-23, från [http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5\\_InterimReport.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf?ua=1)

World Health Organization [WHO]. (2017). *Patient safety*. WHO. Hämtad 2017-03-22, från [www.who.int/patientsafety/about/en/](http://www.who.int/patientsafety/about/en/)

## BILAGA A

### Tabell 1: Sökordsöversikt

Sökord	PubMed	CINAHL
Kommunikation	Communication [MeSH] Communication (fritext)	Communication [MH] Communication (fritext)
Patientsäkerhet	Patient safety [MeSH] Patient safety (fritext)	Patient safety (handoff) [MH]
Akutmottagning	Emergency department (fritext)	Emergency department (fritext)
Sjuksköterska	Nurse (fritext)	
Skiftbyte	Shift change (fritext)	Shift report (fritext)
Avbrott	Interruption (fritext)	
Överrapportering	Handover [MeSH] Handover (fritext) Handoff [MeSH]	Handoff (patient safety) [MH]

## BILAGA B

### Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
2017-03-11	Cinahl	Communication AND emergency department Limits: Abstract available, published jan 2007 – march 2017. Peer reviewed, research article	380	28	7	4
2017-03-11	Cinahl	Handoff (patient safety) [MH] AND emergency department Limits: Abstract available, published jan 2007 - march 2017. Peer reviewed.	49	18	6	2(6*)
2017-03-11	Cinahl	Communication [MH] OR patient safety (handoff) [MH] AND emergency department OR shift report Limits: Abstract available, published jan 2007 – march 2017. Peer reviewed.	38	18	6	1(4*)
2017-03-15	PubMed	Communication AND nurse AND handover AND emergency department Limits: Abstract available, published jan 2007 - march 2017.	23	20	6	(5*)
2017-03-15	PubMed	Emergency department AND interruption AND patient safety Limits: Abstract available, published jan 2007 - march 2017.	12	3	2	1 (2*)
2017-03-15	PubMed	Handoff [MeSH] AND emergency department AND nurse Limits: Abstract available, published jan 2007- march 2017.	22	7	2	1 (1*)
2017-03-15	PubMed	Handover [MeSH] AND shift change AND emergency department Limits: Abstract available, published jan 2007- march 2017.	6	3	2	1 (1*)

\* funnen vid tidigare sökning.

## BILAGA C

### Tabell 3: Artikelöversikt

#### Artikel 1

<b>Artikel/Referens</b>	Berg, L. M., Källberg, A-S., Göransson, K. E., Östergren, J., Florin, J., & Ehrenberg, A. (2013). Interruptions in emergency department work: an observational and interview study. <i>BMJ Quality &amp; Safety</i> , 22, 656–663.
<b>Land</b> Databas	Sverige PubMed
<b>Syfte</b>	Att studera avbrott under kliniskt arbete på en akutmottagning.
<b>Metod:</b> Design	Kvalitativ. Kvantitativ. Innehållsanalys. Icke-experimentell, tvärsnittsstudie. Beskrivande statistik.
Urval	Studien genomfördes under 2009 på två st. svenska sjukhus. 18 st. läkare tillfrågades. 6 st. undersköterskor och 6 st. sjuksköterskor inkluderas med varierande arbetslivserfarenhet. Inklusionskriterierna var att de skulle ha arbetat minst sex månader på en akutmottagning.
Datainsamling	Datainsamlingen baserades på observationsstudier av det kliniska arbetet på akutmottagningarna. Därefter följdes en intervjustudie av en kort individuell intervju med semistrukturerade frågor. Observationerna skedde under olika timmar på dygnet och under olika dagar. Observationerna dokumenterades minut för minut samt alla avbrott som uppkom. En del av observationerna var patientnära och då fick patienterna ge sitt medgivande om forskaren fick närvara.
Dataanalys	Forskarna hade gjort liknande studier tidigare och då hade de identifierat 15 st. kategorier. I denna studie hade forskarna valt ut 12 st. kategorier som de valde att observera närmare. Baserat på observationsdata av hur ofta avbrott inträffade i varje aktivitet, räknades och noterades vilka platser avbrotten skedde inom verksamheten. Innehållsanalys användes för att analysera data från de semistrukturerade intervjuerna. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant och därefter lästes materialet igenom flertal gånger. Texten delades upp i olika enheter, kondenserades och bildade underkategorier samt kategorier.
Bortfall	18 st. läkare tillfrågades, 12 st. läkare avböjde medverkan. Något annat bortfall var inte redovisat.
<b>Slutsats</b>	De flesta avbrott inträffade under informationsutbytet på sjuksköterske- och läkarexpeditioner. Beredning av läkemedel var en händelse som var mest utsatt för avbrott. Det fanns tidigare dokumenterat orsakssamband mellan avbrott och felmedicinering. Resultaten av denna studie gav en grund för vidare studier på hur avbrott påverkade arbetet för personalen på en akutmottagning.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I: 85 % (41 poäng av 48 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).

## BILAGA C

### Artikel 2

<b>Artikel/Referens</b>	Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2012). Clinical handover of patients arriving by ambulance to hospital emergency department: A qualitative study. <i>International Emergency Nursing</i> , 20(3), 133–141.
<b>Land</b> Databas	Australien Cinahl
<b>Syfte</b>	Att ta fram strategier för förbättringar av överrapporteringen genom att utforska den kliniska överrapporteringsprocessen mellan personal på ambulans och akutmottagningen av patienter inkomna med ambulans, och identifiera faktorer som påverkar informationsöverföringen.
<b>Metod:</b> Design	Kvalitativ med induktiv ansats. Grounded Theory.
Urval	Studien genomfördes på en akutmottagning vid ett regionsjukhus. Akutmottagningen hade omkring 61 000 sökande per år, och 31,4 % av patienter som sökte inkom via ambulans. Informanterna var ambulanssjukvårdare från åtta ambulansenheter inom sjukhusets upptagningsområde, och sjuksköterskor samt läkare från akutmottagningen. På ambulans arbetade 79 st. ambulanssjukvårdare, och på akutmottagningen 65 st. sjuksköterskor samt 19 st. läkare.
Datainsamling	Före datainsamlingen fick samtliga informanter tre informationstillfällen, och de som ville medverka fyllde i ett frågeformulär. Datainsamlingen pågick under 10 månaders tid år 2008. Data insamlades genom observationer och intervjuer som genomfördes av en forskare och en erfaren sjuksköterska. Observationerna nedtecknades som noter utifrån fördefinierad checklista och diagram under eller direkt efter en observerad överrapportering. Intervjuer skedde på fält, vilka kompletterades med observerad överrapportering och informanternas uppfattning av denna. Forskaren transkriberade anteckningarna som innehöll detaljer om informanterna i form av tidsduration, röst, ordval och beteende. Fortlöpande möten hölls av forskarteamet bestående av tre stycken erfarna forskare för att diskutera fynden, mönster i datainformation och för att säkra de reflekterade variationerna vid överrapporteringen. Datainsamlingen upphörde när data hade uppnått mättnad. Totalt 38 st. överrapporteringen observerades, och 20 st. intervjuer (med en eller två informanter per gång).
Dataanalys	Demografiska data av informanterna sammanställdes genom datorprogram SPSS, version 14.0. Observationerna och intervjuerna jämfördes kontinuerligt vilka dirigerades samtidigt genom sampling och fortsatt datainsamling. Initial öppen kodning följdes av selektiv kodning med utveckling av kategorier. Transkriberingen av intervjuerna styrktes av informanterna för att säkra att noterna var exakta.
Bortfall	Ej angiven.
<b>Slutsats</b>	Överrapportering var en viktig process som antingen bidrog eller hindrade säker överflyttning av patienten genom sjukvården. Patienter som anlände med ambulans förde samman två organisationer med olika vårdkulturer vilka behövde gemensamma strategier för att säkra patientens resa genom sjukvården – för att behålla helhetsbilden av patienten. Utbildning kunde vara ett sätt utveckla en väldefinierad kommunikation och teamwork som kunde förbättra den kliniska processen av överrapportering mellan personal från ambulans och akutmottagningens personal. Vidare studier som involverade reflektioner och återkoppling från berörda kunde ge nya strategier och implementera kommunikationsverktyg ex. strukturerad överrapportering.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad II: 73 % (35 poäng av 48 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).

## BILAGA C

### Artikel 3

<b>Artikel/ Referens</b>	Calleja, P., Aitken, L., & Cooke, M. (2016). Staff perceptions of best practice for information transfer about multitrauma patients on discharge from the emergency department: a focus group study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(19-20).
<b>Land</b> Databas	Australien PubMed
<b>Syfte</b>	Att förstå vad olika kliniker uppfattar som bästa rutin för mottagande av traumapatient när dessa patienter lämnar akutmottagningen samt hur denna information ska kommuniceras vidare till mottagande enhet.
<b>Metod:</b> Design	Kvalitativ med induktiv ansats. Innehållsanalys.
Urval	Läkare och sjuksköterskor som arbetade på en akutmottagning, preoperativ och postoperativ avdelning, operationsavdelning, anesthesiavdelning samt intensivvårdsavdelning.
Datainsamling	Fem fokusgrupper intervjuades från fem olika kliniker. Tre frågor ansåg forskarna var viktiga att belysa: 1. Identifiera vilken rutin personalen ansåg vara bäst för informationsöverföring. 2. Undersöka hur informationen överfördes och vilka hinder det fanns vid informationsöverföringen. 3. Undersöka vilken information som bör överföras när multitrauma patienter lämnade akutmottagningen.
Dataanalys	Data bearbetades med hjälp av kvalitativ analytisk process genom Norwood (2010). Forskarna sökte efter teman och mönster. Svaren transkriberades och kodades och på så sätt fick de fram teman som svarade mot syftet av undersökningen.
Bortfall	Av de tillfrågade så valde neurokirurgiska läkare och ortopedläkare att inte delta i studien.
<b>Slutsats</b>	Informationsöverföring för multitrauma patienter var en viktig del för den fortsatta vården av patienterna när de flyttades från akutmottagningen. Fyra teman identifierades såsom variabilitet, kontinuitet, sätta ihop helhetsbilden och värdering av sammanhang, vilka alla påverkade kvaliteten på patientinformationen som överfördes. Vid denna specifika patientinformation som personalen gav vid överlämnandet, ingick även uppgifter om patientens identifikation, behandlingens effekt, information angående familjesituation och psykosociala frågor. Överrapportering av patienten involverade både sändare och mottagare, och överrapporteringsprocessen skulle vara ett standardiserat verktyg för rapport, till exempel SBAR, för att tillgodose behoven hos alla.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I: 85 % (41 poäng av 48 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).

## BILAGA C

### Artikel 4

<b>Artikel/Referens</b>	Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. (2013). Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 70(7), 1532–1541.
<b>Land</b> <b>Databas</b>	Australien Cinahl
<b>Syfte</b>	Att utforska och beskriva triageprocessen på akutmottagning för att identifiera potentiella problem och sårbarheter som kan påverka triageprocessen.
<b>Metod:</b> <b>Design</b>	Kvalitativ med induktiv ansats. Etnografisk inriktning.
<b>Urval</b>	Studien genomfördes på en Akutmottagning vid ett regionsjukhus. Akutmottagningen hade öppet dygnet runt, och omkring 67 000 sökande per år. Deltagandet var frivilligt, och informanterna var den grupp av personal på akutmottagning som arbetade med triageprocessen (triagerande sjuksköterska, akutsjuksköterska, driftansvarig sjuksköterska, driftansvarig läkare etc.). Informanterna valdes utifrån deras expertis, kunskap eller erfarenhet av hela triageprocessen. Informanterna valdes också ut om de var involverade i en specifik situation eller scenario, för att bidra med information om denna händelse. Informanterna valdes ut efter en tidigare gjord intervju, och huvudinformaterna var triagerande sjuksköterskor och driftansvariga läkare.
<b>Datainsamling</b>	Forskaren fanns på fältet och samlade data genom observationer och samtal. Fyra olika typer av datainsamling användes på fältet: ostrukturerad observation med ”bara” observationer, fältanteckningar, informella och formella intervjuer. Datainsamlingen pågick under två månaders tid år 2012, och över 170 st. observationer gjordes. Dessa skedde vid varje arbetspass - dag, kväll och natt – sju dagar i veckan på platser där triagering skedde på akutmottagningen. 60 tillfällen av triage observerades vilka kompletterades med 31 st. informella och 14 st. formella intervjuer. Observationerna nedtecknades som fältanteckningar. Informella intervjuer med frågor skedde vid ”här och nu”-situationer, för att direkt på plats få en konversation med den personal som hade varit med vid händelsen. Till de formella intervjuerna tillämpades semistrukturerad intervjuguide med fyra frågor som komplement till den insamlade datan vid observationerna och vid de informella intervjuerna. De formella intervjuerna spelades in och direkt efter avslutad intervju transkriberades denna. Datainsamlingen upphörde när datan hade uppnått mättnad.
<b>Dataanalys</b>	De inspelade intervjuerna transkriberades. Tematisk analys för identifiering och urskiljning av handlingsmönster och teman i textinnehållet. Datan sammanställdes genom jämförelse av händelser, interaktioner och handlingar vilka gav begrepp för kodningen och kategoriseringen av innehållet i texten. Vid denna analys användes induktiv ansats och upprepning. Textinnehållet analyserades därefter utifrån tre moment: öppen kodning, kategorisering och identifiering av datan där slutligen tre kategorier utkristalliserades: ”patientflödet och vårdbehovet genom akutmottagningen”, ”interdisciplinärt lagarbete kommunikation och samarbete för god och patientsäker (om)vårdnad” och ”varierande nivå av kompetens hos triagerande sjuksköterska”. Kategorierna presenterades i form av citat och tabell.
<b>Bortfall</b>	Ej angiven.
<b>Slutsats</b>	Studien identifierade problem och sårbarheter i triageprocessen där bland annat samarbete och teamwork togs fram som några problemområden. Samarbetet skulle kunna ge god och patientsäker (om)vård vid överrapportering men detta påverkades av ineffektivt teamwork.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I: 83 % (40 poäng av 48 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).



## BILAGA C

### Artikel 5

<b>Artikel/Referens</b>	Jenkin, A., Abelson-Mitchell, N., & Cooper, S. (2007). Patient handover: Time for a change? <i>Accident and Emergency Nursing, 15</i> , 141–147.
<b>Land</b> Databas	Storbritannien Cinahl
<b>Syfte</b>	Att identifiera den pågående processen vid överrapportering av patienter mellan ambulanspersonal och akutpersonal.
<b>Metod:</b> Design	Kvalitativ. Kvantitativ. Tematisk innehållsanalys. Icke-experimentell, prospektiv tvärsnittsstudie. Beskrivande statistik.
Urval	Deltagarna rekryterades från en lokal ambulansstation och fyra akutmottagningar som fick minst 40 000 patienter per år. Ett slumpmässigt urval var 10 % ur personalen. Målet var att rekrytera 20 st. akutläkare, 31 st. sjuksköterskor och 50 st. ambulanspersonal.
Datainsamling	Surveyundersökning. Ett frågeformulär designades med hjälp av experter och litteraturoversikt togs fram över valt område. En pilotstudie genomfördes av en konsult från akutmottagningen; två st. akutsjuksköterskor och två st. intensivvårdssjuksköterskor. Ingen av dem ingick i huvudstudien. De fick ge feedback på frågorna, detta för att få fram ett frågeformulär. Frågeformuläret bestod av fem st. demografiska och generiska objekt, åtta st. specifika för ambulanspersonal, och sjutton st. specifika för sjuksköterskor och läkare. Frågeformulär med både slutna och öppna frågor med en mängd olika svarsalternativ, och fasta val med utrymme att skriva svar användes.
Dataanalys	Deskriptiv analys och behandling av betydelser analyserades av ett dataprogram för nominell data. Analys genomfördes med hjälp av det statistiska datorprogrammet SPSS version 11.5 för Windows. Alla tester för statistisk signifikans var tvådelad, med nivån av signifikansen vid $p \leq 0,05$ . Kvalitativa uppgifter från svaren på de öppna frågorna analyserades med hjälp av Microsoft Excel kalkyleringsblad för att underlätta identifiering av teman.
Bortfall	Målet var att 101 personer skulle ingå i undersökningen. 80 deltagare besvarade enkäten och återlämnade den.
<b>Slutsats</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Akutmottagningens personal behövde förstå att brist på aktivt lyssnande kan leda till frustration för ambulanspersonalen.</li><li>2. Ambulanspersonal måste vara bereda på att upprepa överrapporteringen, särskilt när det gällde patienter som inkom till akutrummet.</li><li>3. Överrapporteringar av kritiskt sjuka patienter levererades i två faser, då viktig information gavs omedelbart och ytterligare information gavs när den inledande behandlingen hade utförts.</li></ol> <p>Utbildning på överrapportering skulle kunna utvecklas och omfatta både innehåll och processfrågor vilka hade identifierats i studien. Användning av rollspel skulle kunna göra det möjligt för deltagarna att förstå hur deras beteende tolkades av andra som deltog i överrapporteringsprocessen. Alla dessa förslag på vidareutveckling bör utvärderas som en del av en process för fortsatt förbättring som syftade till att öka kvaliteten av vården på akutmottagningar. Studien genomfördes i ett geografiskt område i Storbritannien vilket gav begränsningar. För att kunna fastställa ett standardiserat tillvägagångssätt för utveckling av en praxis, behövde forskningen utökas till en multicenterstudie. Mycket ur resultatet i denna lokala studie matchades med fakta från litteraturoversikten. Studiens resultat och utbudet av litteraturen gav en möjlig grundram för att utveckla ett elektroniskt system för överrapportering av patienten mellan ambulans- och akutpersonal.</p>
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I: 85 % (41 poäng av 48 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).

## BILAGA C

### Artikel 6

<b>Artikel/Referens</b>	Kerr, D., Klim, S., Kelly, A-M., & McCann, T. (2016). Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 22(1), 89-97.
<b>Land</b> Databas	Australien Cinahl
<b>Syfte</b>	Att utvärdera om implementering av ny överrapporteringsmodell för sjuksköterskor leder till förbättrade omvårdnadsaktiviteter och dokumentation.
<b>Metod:</b> Design	Kvantitativ. Experimentell studie, randomiserad kontrollerad studie med jämförelsegrupp.
Urval	Studien genomfördes på en akutmottagning vid ett universitetssjukhus som tog emot både barn och vuxna. Samtliga sjuksköterskor, både fast anställda och timanställda, fick möjligheten att delta i studien. Antalet deltagare i undersökningen var beroende av hur många som var i tjänst under den period som studien pågick. På akutmottagningen skedde skiftbyten av sjuksköterskor tre gånger per dygn: morgon, kväll och natt.
Datainsamling	Datainsamlingen (surveyundersökningen och auditstudien) pågick fem dagar under två perioder: Före implementering februari 2011, och efter implementering december 2011. Av 140 st. på akutmottagningen deltog 67 st. före och 59 st. efter implementeringen. Antal registrerade tillfällen var 173 st. före och 195 st. efter implementeringen. ”The Clinical Handover Staff Survey” med struktur anpassad för akutmottagningens verksamhet användes. Surveyundersökningen innehöll insamlad demografiska data på 6 st. ämnen av sjuksköterskorna, och respondenternas svar på en serie uttalanden (n=21) om överrapportering av sjuksköterskor genom mätning med Likertskalan bestående av sju st. kategorier, graderade från ”tar helt avstånd ifrån” till ”instämmer helt”. För att höja kvaliteten uppmanades sjuksköterskorna att besvara frågorna inom två timmar efter en överrapportering. Akutmottagningens patientjournaler granskades och fem st. rutinmässiga handlingar av sjuksköterskorna identifierades, vilka kunde förbättras av en modifierad överrapportering. Dessa handlingar togs med i auditstudien. Den nya överrapporteringsmodellen användes vid skiftbytet av arbetspass.
Dataanalys	Surveyundersökningen och auditdatan lades in i Excel kalkyleringsblad (Microsoft, Mountain View, California, USA) för att sedan statistiskt analyseras av forskningsdataföretaget IBM SPSS. Till surveyundersökningen användes chikvadratfördelning för att jämföra kategoriserad data och Students t-test för att jämföra beständig data. För att eliminera kategorier som hade ett fåtal svar från respondenterna, samlades svar i tre kategorier: negativ, neutral och positiv. Auditdatan jämfördes med hjälp av kompletteringsgrader på omvårdnadsaktiviteter. Chikvadratfördelningen användes för att jämföra kategoriserad data och Fisher’s exact test användes när en kalkyleringscell innehöll mindre än fem respondenter.
Bortfall	Före implementering: 52 %. Efter implementering: 58 %.
<b>Slutsats</b>	Akutmottagningen strukturerade en överrapporteringsmodell för sjuksköterskor med fokus på standardisering, inkluderat checklistor, med betoning på omvårdnad och patientens deltagande. På en akutmottagning hade denna lätthanterliga implementeringsstrategi potential att förbättra kontinuiteten av medicinsk vård samt omvårdnad, och kompletterade aspekter på omvårdnad och dokumentering. I framtiden ansågs mätning kunde göras för att förbättra patientsäkerheten och den nya sjuksköterskeprocessen, samt extern validering av resultatet inom andra verksamheter.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I: 85 % (40 poäng av 47 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).

## BILAGA C

### Artikel 7

<b>Artikel/Referens</b>	Klim, S., Kelly, A-M., Kerr, D., Wood, S., & McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. <i>Journal of Clinical nursing</i> , 22, 2233–2243.
<b>Land</b> Databas	Australien Cinahl
<b>Syfte</b>	Att undersöka vilka uppfattningar sjuksköterskor på en akutmottagning har om gällande rutiner angående information vid överlämning av patienter vid skiftbyte av personal.
<b>Metod:</b> Design	Kvalitativ. Kvantitativ. Innehållsanalys. Beskrivande statistik.
Urval	Alla sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningen inkluderades och deltagandet var frivilligt. Undersökningen genomfördes på en akutmottagning i Melbourne, Australien.
Datainsamling	Surveyundersökning. I fokusgruppintervjuerna ingick 41 st. sjuksköterskor. Övriga sjuksköterskor fick svara anonymt på en enkät med fem faktorer på vilka de ansåg vara den eller de viktigaste vid överrapportering av patienter. Undersökningen pågick under en fyramånaders period.
Dataanalys	Dataanalysen gjordes med hjälp av ett dataprogram SPSS som forskarna använt tidigare i verksamheten. Data analyserades genom att texten lästes och kategorier bildades. Syftet med innehållsanalysen var att kombinera ihop liknande typer av idéer med skrivna, verbala eller visuella meddelanden i mindre innehållskategorier.
Bortfall	Bortfall på 50 % vilket kan ha betydelse för trovärdigheten i resultatet.
<b>Slutsats</b>	Slutsatsen visade att det behövdes ett strukturerat och systematiskt tillvägagångssätt när det gällde överrapportering av patienter på en akutmottagning. Undersökningen visade också att det fanns brister i kommunikationen mellan sjuksköterskor vid skiftbyte när det gällde de vitala parametrarna, aktuell medicinering, omvårdnad av patienten. I studien framkom det också att överrapporteringen blev mer patientsäker om denna skedde hos patienten.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I: 87 % (42 poäng av 48 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).

## BILAGA C

### Artikel 8

<b>Artikel/ Referens</b>	Lawrence, R. H., Tomolo, A. M., Garlisi, A. P., & Aron, D. C. (2008). Conceptualizing handover strategies at change shift in the emergency department: a grounded theory study. <i>BMC Health Services Research</i> , 8(256), 1-12.
<b>Land</b> Databas	USA Cinahl
<b>Syfte</b>	Att utveckla en bättre förståelse för processer vid överlämnandet av patienter på akutmottagningar. Rutiner vid överrapportering för att förbättra patientvården och patientsäkerheten.
<b>Metod:</b> Design	Kvalitativ. Grounded theory.
Urval	Studien pågick under ett år. 51 st. läkare, 3 st. allmäntjänstgörande läkare, 18 st. sjuksköterskor, 6 st. undersköterskor och 6 st. läkarsekreterare ingick i studien.
Datainsamling	Det fanns två delar av undersökningen. Det började med en observationsperiod som följdes av en intervjustudie med enkätundersökning av öppna frågor och efterföljande djupintervjuer, detta för att informationen från den föregående fasen kunde vara användbar i nästa fas. Fältobservationer utfördes av alla fyra forskarna vid olika tidpunkter under en ettårsperiod och var fokuserad på överrapportering vid skiftbyte.
Dataanalys	All identifieringsinformation avlägsnades från all material. Textmassan kodades. Observationsdata användes för att bidra till att utveckla enkätundersökningen och för att få underlag till intervjuerna. Observationer användes för att ge kompletterande information om faktorer som påverkade överrapporteringen. Analytisk strategi som valdes för att analysera den fördjupade intervjuer baserades på grounded theory, då den ansågs vara bäst på att klargöra processerna vid en överrapportering. Det skapades matriser för att sammanställa svaren från de tillfrågade. Enkät svar sammanfattades baserat på koder och kategorier från observationsstudien. Alla forskarna granskade sin del oberoende av varandra för att sedan diskutera svaren.
Bortfall	63 procent av enkäterna besvarades inte. Forskarna kände sig ändå nöjda med detta på grund av hög personalomsättning och hög arbetsbelastning på akutmottagningarna.
<b>Slutsats</b>	Forskarna kom fram till att det behövdes standardiserade rutiner vid överrapportering. Ett datorprogram som stödde informationsöverföringen skulle kunna underlätta överrapporteringen.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I: 81 % (39 poäng av 48 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).

## BILAGA C

### Artikel 9

<b>Artikel/Referens</b>	McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. <i>Nursing in Critical Care</i> , 12(6), 261–269.
<b>Land</b> Databas	Irland PubMed
<b>Syfte</b>	Att förklara kommunikationen vid överlämningsprocessen mellan sjuksköterskor när en patient förflyttas från akutmottagning till intensivvårdsavdelning.
<b>Metod:</b> Design	Kvalitativ. Kvantitativ. Innehållsanalys. Icke-experimentell, retrospektiv. Beskrivande, explorativ.
<b>Urval</b>	Sjuksköterskor som arbetade på två st. akutsjukhus på Nordirland. 12 st. sjuksköterskor blev utsedda och de skulle ha erfarenhet av överrapportering från akutmottagningen till en intensivvårdsavdelning. 12 st. sjuksköterskor ingick i de individuella intervjuerna: 3 st. från akutmottagningen och 3 st. sjuksköterskor från intensivvårdsavdelningen från respektive akutsjukhus. Två fokusgrupper innehållandes 2 st. sjuksköterskor från akutmottagningen och 2 st. från intensivvårdsavdelningen vilket innebar att respektive fokusgrupp innehöll 4 st. sjuksköterskor som representerade bägge akutsjukhus och verksamheter.
<b>Datainsamling</b>	Genom fokusgruppsintervjuerna tog fram teman och kategorier som svarade mot syftet av undersökningen. Diskussionen var inte begränsad till frågor inom en speciell intervjumall utan samtliga deltagare uppmuntrades att svara så detaljerat de kunde om överrapportering. Liknade tillvägagångssätt använde forskarna sig av vid de individuella intervjuerna. Forskarna fick även tillgång till aktuella promemorior gällande överrapportering, för att kunna granska dessa. De granskade även befintliga dokumentationsunderlag.
<b>Dataanalys</b>	Det inspelade materialet från de individuella intervjuerna och fokusgruppernas intervjuer transkriberades. Kategorier och tema togs fram enligt riktlinjer för kvalitativ innehållsanalys. Dessa kategorier och teman jämfördes med tidigare identifierade problem. För att säkerställa framtagna teman analyserade alla tre forskare de framtagna teman oberoende av varandra, och identifierade de vanligast förekommande temana. Studien var både beskrivande och utforskande vilket stärkte dess giltighet.
<b>Bortfall</b>	Ej angiven.
<b>Slutsats</b>	Resultatet av studien visade att en framtagna mall av överrapporteringsprocessen kunde gynna både sjuksköterskor på akutmottagningen och sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningen. I slutändan gynnades även patienten. De uppgifter som kom fram i studien kunde bidra till utveckling av en mall som sjuksköterskorna kunde använda sig av vid överrapportering. Sex teman identifierades: 1. Överlämningsprocessen. 2. Före överlämningsprocessen 3. Ankomst till intensivvårdsavdelningen. 4. Informationsutbytet - en sändare och en mottagare. 5. Sjuksköterskornas erfarenheter och attityder. 6. Överlämning av en kritiskt sjuk patient. Forskarna ansåg att säkerheten kan utökas med en större studie av vad som mer ska ingå i mallen. Överrapporteringsprocessen startades så fort behovet identifierades: patienten ska flytta till intensivvårdsenheten. Då påbörjade sjuksköterskan på akutmottagningen kommunikationsprocessen, ett tillvägagångssätt som förbättrade kommunikationen mellan de båda verksamheterna.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I: 89 % (43 poäng av 48 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).

## BILAGA C

### Artikel 10

<b>Artikel/Referens</b>	Murray, J. S., McGrath, J., & Smith, M. F. (2013). Understanding the Clinical Handoff Perspective of Pediatric Emergency Nurses. <i>Pediatric Nursing, 39</i> (5).
<b>Land</b> Databas	USA PubMed
<b>Syfte</b>	Att införa ett förbättringsprojekt på en pediatrik akutmottagning genom att ta reda på sjuksköterskors upplevelser och uppfattningar samt vilka hinder de stöter på vid överrapportering.
<b>Metod:</b> Design	Kvalitativ. Innehållsanalys.
Urval	Åtta barnsjuksköterskor deltog i studien.
Datainsamling	Forskarna använde sig av en fokusgrupp som intervjuades. Informanterna fick semistrukturerade frågor. Moderatoren förde anteckningarna, och var en av författarna. Deltagarnas svar samt observationerna under intervjun noterades av en assistent. Intervjuerna spelades in och pågick under 90 minuter. Frågorna hade tagits fram från en tidigare studie.
Dataanalys	Den första forskaren granskade och transkriberade det inspelade materialet ordagrant. Med hjälp av designen för innehållsanalys tolkades data. Materialet lästes igenom flera gånger för att få fram viktiga fraser som beskrev fokusgruppens erfarenheter av klinisk överrapportering. Därefter kodades materialet och lades in i ett datorprogram. Varje analys sammanfattades för att definiera teman om uppfattningar och föreställningar om den kliniska överrapporteringen.
Bortfall	Ej angiven.
<b>Slutsats</b>	Denna kvalitetsförbättringsstudie identifierade uppfattningar och upplevelser av den kliniska överrapporteringsprocessen på en akutmottagning, såsom vilka hinder som uppfattades och hur sjuksköterskor säkerställde en bra överrapportering, för att säkra en hög kvalitativ vård gavs till alla barn på akuten. Sjuksköterskor spelade en central roll för att säkerställa en trygg vård.
<b>Vetenskaplig kvalitet</b>	Grad I: 87 % (42 poäng av 48 poäng möjliga), enligt Carlsson & Eimans bedömningsmall (2003).

Eva Lena Bengtsson

Karolina Biondic Rosander

Bibbi Storn



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3  
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad  
Telefon: 035-16 71 00  
E-mail: [registrator@hh.se](mailto:registrator@hh.se)  
[www.hh.se](http://www.hh.se)