



KANDIDATUPPSATS

Bedside report

When patient safety comes first

**Cecilia Adolfsson
Marika Johansson**

Nursing Programme, 180 credits
Nursing Thesis, 15 credits (61-90)
Spring 2013

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

| | |
|-----------------------|--|
| Titel | Bedsiderapportering - När patientsäkerheten kommer i första hand |
| Författare | Cecilia Adolfsson och Marika Johansson |
| Sektion | Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad |
| Handledare | Carina Göransson, universitetsadjunkt, magister i omvårdnad |
| Examinator | Kristina Ziegert, universitetslektor, Med.dr., Docent |
| Tid | VT 2013 |
| Sidantal | 13 |
| Nyckelord | Bedsiderapportering, Patientsäkerhet, Sluten somatisk vård. |
| Sammanfattning | <p>En återkommande uppgift för sjuksköterskor på en somatisk slutenvårdsavdelning är att på ett tryggt och säkert sätt lämna över information och ansvar om patienterna vid slutet av arbetspasset.</p> <p>Bedsiderapportering är en överrapporteringsmetod som möjliggör patientdeltagande. Fördelarna till trots, så verkar det vara en anonym företeelse på svenska vårdavdelningar. I denna litteraturöversikt var syftet att undersöka hur bedsiderapportering vid skiftbyte, inom somatisk slutenvård, påverkar patientsäkerheten. Sjuksköterskor anser att patientsekretessen är en anledning till oro, vilket inte delas av patienterna. Vid bedsiderapportering kan även säkerhetskontroll av patient genomföras. I Sverige verkar det finnas ytterst lite forskning inom området, och mer svensk forskning vore önskvärt. Överrapportering inom somatisk slutenvård är ett vanligt förekommande inslag i sjuksköterskans vardag, vilket ska vara ett tillfälle att erbjuda patientsäker vård som innebär skillnad i vårdkvalitet för den enskilde patienten. Information om överrapporteringsmetoder bör ges under sjuksköterskans yrkesförberedande utbildning, för att främja patientsäkerhet. Bedsiderapportering är en överrapporteringsmetod som involverar patienten vilket talar för en förbättrad patientsäkerhet.</p> |

Title Bedside report - When patient safety comes first

Author Cecilia Adolfsson and Marika Johansson

Department School of Social and Health Sciences
University of Halmstad, P.O. 823, S- 301 18 Halmstad

Supervisor Carina Göransson, lecturer, MScN

Examiner Kristina Ziegert, Associate professor, PhD

Period Spring 2013

Pages 13

Key words Bedside report, Patient safety, Somatic inpatient care.

Abstract

A frequent task for nurses in a somatic inpatient care is in a safe and secure way hand over information and accountability at the change-of-shift. Bedside report is a handover method which enables patient participation. Despite the advantages, bedside report seems to be an infrequent occurrence in Swedish hospital wards. In this literature review the aim was to explore how bedside report at change-of-shift within somatic inpatient care influences patient safety. Nurses consider patient confidentiality to be a reason of concern, which isn't an opinion shared by patients. During bedside reporting safety scans also take place. In Sweden it seems like there's very little research that has been done within the field, and it would be desirable with more Swedish research. Handover within somatic inpatient care is an existing element in the nurse's workday, which is supposed to be an opportunity to offer patient safety care, which in turn means the difference in quality of care for the individual patient. Information about several handover methods should be given during the vocational nursing education, in order to promote patient safety. Bedside report is a handover method which involves the patient and therefore the outcome will be improved patient safety.

| | |
|--|----|
| Inledning..... | 1 |
| Bakgrund..... | 1 |
| Patientsäkerhet..... | 2 |
| Överrapportering..... | 2 |
| Bedsiderapportering..... | 3 |
| Problemformulering..... | 4 |
| Syfte..... | 4 |
| Metod..... | 4 |
| Datainsamling..... | 4 |
| Sökning i Cinahl..... | 5 |
| Sökning i PubMed..... | 5 |
| Tabell 1. Sökordsöversikt..... | 6 |
| Databearbetning..... | 6 |
| Resultat..... | 6 |
| Beaktan av sekretess vid bedsiderapportering..... | 6 |
| Sjuksköterskeperspektivet..... | 7 |
| Patient- och anhörigperspektivet..... | 7 |
| Kommunikation inom bedsiderapportering..... | 8 |
| Sjuksköterskeperspektivet..... | 8 |
| Patient- och anhörigperspektivet..... | 8 |
| Säkerhetskontrollen utgör del i bedsiderapporteringen..... | 9 |
| Diskussion..... | 9 |
| Metoddiskussion..... | 9 |
| Resultatdiskussion..... | 10 |
| Beaktan av sekretess vid bedsiderapportering..... | 10 |
| Kommunikation inom bedsiderapportering..... | 11 |
| Säkerhetskontrollen utgör del i bedsiderapporteringen..... | 12 |
| Konklusion..... | 12 |
| Implikation..... | 13 |
| <u>Referenslista</u> | |

Tabell 2

Sökhistorik

Bilaga A

Tabell 3

Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod Bilaga B1-B8

Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod Bilaga C1-C2

Artikelöversikt/forskning med kvalitativ/kvantitativ metod Bilaga D

Inledning

Missar inom området överrapportering är ett identifierat riskområde inom hälso- och sjukvården (Symons, Wong, Manser, Sevdalis, Vincent, & Moorthy, 2012). Det försvinner inte information i ett säkert system. I ett säkert system är information inte heller oåtkomlig eller bortglömd. *“It is in inadequate handoffs that safety often fails first.”* (Institute of Medicine, 2001, s. 45). Enligt Joint Commission, som är ett amerikanskt kvalitetsinstitut för hälso- och sjukvård i USA, var missar i kommunikationen den vanligaste orsaken till varför vårdskador uppkom mellan åren 1995-2006 (Socialstyrelsen, 2013). Mellan åren 2010 och 2012 (Joint Commission, 2013) hamnade kommunikation på en tredjeplats som orsaken till vårdskador. Med kommunikation avses muntlig, skriftlig, elektronisk, kommunikation mellan vårdpersonal, tillsammans med eller mellan läkare och med patient eller familjemedlemmar. Missar i kommunikationen kan äga rum mellan vårdgivare och patient där informationen uteblir, eller att delgiven information tolkas felaktigt (Socialstyrelsen, 2013), vilket kan äventyra patientsäkerheten i och med att dessa brister i kommunikationen kan utgöra riskfaktorer för uppkomsten av vårdskador (Lindh och Sahlqvist, 2012). En säkerhetsåtgärd kan därför vara att anpassa informationen till mottagaren. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården, och med patientsäkerhet i denna lag avses definitionen *“skydd mot vårdskada”*. I Patientsäkerhetslagens sjätte kapitel 6 § går det att läsa att *“den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information”* (ibid.). Översiktsartikeln av Smeulers, Telling, Lucas och Vermeulen (2012) visar vid en jämförelse av de fyra vanligaste överrapporteringsmetoderna, att bedsiderapportering är den enda metod som involverar både sjuksköterskor och berörd patient. På så sätt får även patienten vara delaktig i informationsutbytet genom att möjlighet ges att ställa frågor, göra inlägg eller korrigeringar under överrapporteringen.

Bakgrund

I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) står det beskrivet att sjuksköterskan ska *“ha förmåga att verka för adekvat informationsöverföring och samverkan för att uppnå kontinuitet, effektivitet och kvalitet”* (s. 14). En återkommande uppgift för sjuksköterskor på en somatisk slutenvårdsavdelning är att på ett tryggt och säkert sätt lämna över information och ansvar om patienterna vid slutet av arbetspasset till personal som kanske inte känner till patienterna (Smeulers et al., 2012). Dessutom ska sjuksköterskan enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) ha förmåga att på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt kommunicera med patienter och närstående samt *“ha förmåga att hantera känsliga uppgifter korrekt och med varsamhet”* (s. 12). Vidare ska stöd och vägledning ges för att optimera delaktighet i vård och behandling och sjuksköterskan ska även uppmärksamma de patienter som inte uttrycker behovet av information. Detta överensstämmer dessutom med vad 2 a § i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) syftar till i och med att vård och behandling så långt det är möjligt ska utformas i samråd med patienten. Socialstyrelsen (2008) anger att brister i kommunikation och information är orsak till ett stort antal händelser som har resulterat i skada, fördröjda behandlingar, oro eller otrygghet hos patienter varje år. Under år 2003 anmäldes 3392 händelser till patientnämnderna i Sverige rörande bemötande, kommunikation och information. Den största

delen av händelser anmäls troligen aldrig så siffran borde vara väsentligt högre (ibid.). Vidare menar Socialstyrelsen (2008) att det finns en hög ambition hos en stor del av personalen inom hälso- och sjukvården att både ha en god kommunikation samt fungerande samverkan med både patienter och andra involverade i vårdprocessen. Trots detta fungerar det inte alltid med patientsäkerheten vilket kan resultera i vårdskada för patienten (ibid.).

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet är detsamma som skydd mot vårdskada (Lindh och Sahlqvist, 2012). Vårdskada definieras i sin tur som lidande, fysisk eller psykisk skada, sjukdom samt dödsfall, som kan undvikas om adekvata åtgärder vidtas vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Missar i kommunikationen är en av de vanligaste orsakerna till vårdskada och detta enligt Joint Commission (2013). Försäkran om patientsäkerhet handlar om att hålla patienten informerad och låta patienten deltaga utefter den egna förmågan (Institute of Medicine, 2001). Patienter och anhöriga behöver få information om risker och behandlingsalternativ, då en välunderrättad patient är en säker patient. National Reporting and Learning Service [NRLS] (2004) har skapat en guide, som innehåller sju steg för att förbättra patientsäkerheten, vilken bygger på lärdomar från tillbud rörande patientsäkerhet. De sju stegen är utvecklade för att National Health Service [NHS] i Storbritannien och dess organisationer ska använda sig av dem för att förbättra patientsäkerheten. NRLS har skapat dessa sju steg utifrån rapporter och resultatfynd från studier gjorda i Storbritannien, USA, Australien, Nya Zeeland och Danmark. Stegen kan användas som en checklista i skapandet av aktiviteter och åtgärder inom patientsäkerhetsarbete för att garantera säker vård. Stegen är följande: *”skapa en säkerhetskultur, leda och ge stöd åt din personal, integrera din riskhanteringsaktivitet, förespråka avvikelserapportering, involvera och kommunicera med patienter och allmänheten, lära dig samt dela med av säkerhetseffektiva åtgärder och implementera lösningar som förebygger skada”* (NRLS, 2004). I en dansk studie av Dyrholm Siemsen et al. (2012) har åtta faktorer som har en påverkan på patientsäkerhet vid överrapportering identifierats och dessa är; *”kommunikation, information, organisation, infrastruktur, professionalism, ansvar, lagkänsla och kultur”* (s. 445). De åtta faktorerna kan inkorporeras i utmaningar inom områdena *”...otillfredsställande arbetsmiljö, avsaknad av lagarbete, otillräcklig ansvarskänsla för patientvård och den allmänna säkerhetskulturen...”* för att optimera säker överrapportering av patient (ibid.). Enligt Friesen, White och Byers (2008) kan bristfälliga överrapporteringar resultera i att patientsäkerheten äventyras, exempelvis genom avsaknad av viktig information om patienten och dennes omvårdnadsbehov, avbrutna eller försenade behandlingar samt felaktigheter i medicineringar.

Överrapportering

Överrapportering används av sjuksköterskor vid skiftbyte för att dela med sig av specifik kunskap om en viss patient, kunskap som ska bidra till patientens bästa möjliga fortsatta vård (Smeulers et al., 2012). Målet, när det handlar om patientsäkerhet, är i första hand att överföra väsentlig omvårdnadsinformation, främja kontinuitet i vården, att möta terapeutiska mål samt att säkerställa ett säkert överlämnande av patientvården från en kompetent sjuksköterska till en annan (Friesen et al., 2008). I denna litteraturöversikt används begreppet överrapportera vilket enligt SAOB (2010) är synonymt med redogörelse, i muntlig eller skriftlig form, om iakttagelser, tilldragelser, förhållanden eller genomförandet av en uppgift. Cohen och Jeffcott (refererad av Smeulers et al., 2012) beskriver överrapportering inom vården enligt följande:

“utbyte av specifik information om en patient från en vårdpersonal till en annan, följt av överföringen av ansvaret för den patienten med syfte att säkerställa kontinuitet och säkerhet av patientens vård” (s. 2). Denna beskrivning är densamma som avses i denna litteraturöversikt som då syftar till överrapportering mellan sjuksköterskor vid skiftbyte. Överrapportering sker på olika sätt och enligt Messam (refererad i Smeulers et al., 2012) är de fyra metoder som oftast beskrivs i litteraturen; bedside-, muntlig-, läsande- eller ljudinspelad överrapportering. Platsen för bedsiderapporteringen är i patientrummet tillsammans med patienten medan de övriga överrapporteringsmetoderna utförs på sjuksköterskeexpeditionen med enbart vårdpersonal närvarande. Innehållet i rapporten kan vara strukturerat exempelvis genom checklistor och/eller mallar, eller också kan det vara ostrukturerat (Smeulers et al., 2012). Davies och Priestly (2006) har i sin studie identifierat områden som skapar missnöje bland sjuksköterskor gällande överrapporteringar vid skiftbyte. Dessa är bland annat att överrapporteringarna tar för lång tid, irrelevant information överlämnas, felaktigheter rapporteras, subjektiva bedömningar lämnas över samt att konversationer förs som inte har med patienten att göra. Griffin (2010) skriver att det inte är ovanligt att överrapporteringstillfället blir ett tillfälle för ventilering om dagens händelser, beklagan sker även över besvärliga patienter eller kollegor, eller att det förs sociala diskussioner om privata händelser.

Bedsiderapportering

Bedsiderapportering innebär att överrapportering mellan de olika arbetsskiften sker tillsammans med patienten (Friesen et al., 2008) vid sängkanten eller i ett avskilt rum. Denna metod stödjer förhållningssättet hos dagens generation av patienter som har ett stort behov av information samt att vara involverade i beslut om sin omvårdnad (Andersson & Mangino, 2006). Förändringen från hur det har varit tidigare är stor, då läkare och experter var de som ansågs sitta inne med all medicinsk kunskap och därmed även rätten att bestämma vad som var bäst för patienten. Många studier stödjer ett införande av bedsiderapportering på grund av flertalet anledningar som kan leda till en bättre vård (Chaboyer, Johnson, Hardy, Gehrke & Panuwatwanich, 2010a; Friesen et al., 2008; O’Connell & Penny, 2001; Richard, 1989). Enligt O’Connell och Penny (2001), som lyfter fram olika överrapporteringmetoders styrkor och svagheter, är bedsiderapportering den enda metod som involverar patienten. Andra fördelar med bedsiderapportering är bland annat att patienten och sjuksköterskan möts ansikte mot ansikte vilket ger möjlighet till klargörande av informationen. Dessutom kan felaktig information rättas till, sjuksköterskorna får en chans att bedöma patientens tillstånd tillsammans samt att patienten blir mer delaktig (Friesen et al., 2008; O’Connell & Penny, 2001; Richard, 1989). Delade åsikter finns angående tidsåtgången vid bedsiderapportering, då den enligt Chaboyer et al (2010a) blir mindre samtidigt som kvaliteten på rapporten ökar. Studien av O’Connell och Penny (2001) visar på motsatsen, det vill säga att bedsiderapportering är tidskrävande på grund av att patienterna gärna vill småprata. Dessutom blir sjuksköterskorna ofta avbrutna av exempelvis annan personal eller anhöriga som behöver hjälp eller ringande larmklockor. En svaghet med bedsiderapportering är risken att äventyra sekretessen och integriteten hos patienten vid placering i en flerbäddssal där andra patienter kan höra överrapporteringen (ibid.). Patienter kan enligt Friesen et al. (2008) även uppleva svårigheter med att förstå det medicinska språket som ibland används av vårdpersonalen. Cahill (1998) visar i sin studie att delaktigheten hos patienter under bedsiderapporteringen kan variera. Anledningar till detta kan vara patientens status, då en patient som är i fysiskt dålig kondition gärna fungerar som passiv deltagare och överlämnar sitt ansvar till sjuksköterskan. När patienten mår bättre ökar också delaktigheten i överrapporteringen.

Andra anledningar kan vara tidigare vårderfarenhet, avsaknad av förtroende för vårdpersonalen, kulturell bakgrund eller oklarhet i vilken roll som patienten förväntas inta. Det framkommer även att sjuksköterskorna inte alltid bjuder in patienten i samtalet, vilket kan upplevas både negativt och positivt (ibid.). Sjuksköterskorna ska uppmuntra patienten till deltagande samtidigt som det är viktigt att respektera om patienten inte vill delta i överrapporteringen (Friesen et al., 2008). Kassean och Jagoos (2005) studie visar patienters upplevelse av förändringen från traditionell överrapportering utan patientens närvaro till bedsiderapportering. Resultatet uppger 100 % nöjda patienter över sättet att överrapportera på och då relaterat till hur sekretessen behandlas, informationen lämnas över och följs upp av sjuksköterskorna samt involvering av patienter.

Problemformulering

Bedsiderapportering är den enda överrapporteringsmetoden som ger patienten möjlighet till delaktighet och ovanstående studier visar på bedsiderapporteringens fördelar gentemot andra överrapporteringsmetoder. Trots det är metoden inte självklar på Sveriges vårdavdelningar. Målsättningen med denna litteraturöversikt är att undersöka bedsiderapportering i förhållande till patientsäkerheten för att ta reda på om detta kan förklara den begränsade användningen ute i den kliniska verksamheten.

Syfte

Syftet var att undersöka hur bedsiderapportering vid skiftbyte, inom somatisk slutenvård, påverkar patientsäkerheten.

Metod

Denna studie är en litteraturöversikt som utfördes i syfte att kartlägga kunskapsområdet (Friberg, 2012) gällande bedsiderapportering relaterat till patientsäkerhet.

Datainsamling

Huvudsökorden bedsiderapportering (bedside report) och patientsäkerhet (patient safety), valdes utefter problemformulering och syfte. En ostrukturerad initial sökning utfördes med dessa sökord i kombination tillsammans med den booleska operatör AND. I de vetenskapliga artiklar som litteratursökningen resulterade i återfanns synonyma nyckelord för bedsiderapportering och överrapportering, vilka användes vid den fortsatta sökningen. Genom en publicerad populärvetenskaplig artikel i ämnet bedsiderapportering, upprättades kontakt med journalisten H. Mirsch (personlig kommunikation, 5 mars 2013) och onkologsjuksköterskan L. Sharp (personlig kommunikation, 5 mars 2013), vilka på olika vis har utmärkt sig inom problemområdet bedsiderapportering. De skickade åter vetenskapliga artiklar inom området. Relaterade sökord inhämtades likväl från dessa artiklar. De slutgiltiga

sökorden, som finns redovisade i tabell 1, blev de engelska termerna för bedside, bedsiderapportering, patientsäkerhet, rond med patient, överrapportering mellan sjuksköterskor samt överrapportering vid skiftbyte. Dessa sökord användes sedan vid sökningar i databaserna Cinahl och PubMed som valdes baserat på sin relevans till omvårdnadsforskning. Begränsningarna var "2008-2013", "engelska" och "vetenskapliga artiklar" i Cinahl och "fem år" och "engelska" i PubMed. Sökhistoriken finns att tillgå i bilaga A.

Sökning i Cinahl

Sökningen inleddes i databasen Cinahl där tekniken sökhistoriken, enligt Friberg (2012), användes för att kombinera de olika sökorden på ett effektivt sätt. De sökorden som användes var de engelska termerna för bedsiderapportering, vilket innebar "bedside report*" och "bedside handover", vilka båda söktes i fritext. Rond med patient söktes som sökordet "Patient rounds", som är ett Cinahl Heading. Överrapportering av patient mellan sjuksköterskor söktes som sökorden "Hand off (Patient safety)", som är ett Cinahl Heading, och "nursing handover" som söktes i fritext. Överrapportering vid skiftbyte söktes som "Shift reports" som är ett Cinahl heading och "change-of-shift-report" söktes i fritext. Först söktes begreppen var för sig vilket visade att sökorden "change-of-shift-report" samt "nursing handover" inte tillförde något och därför uteslöts i vidare sökning. Därefter kombinerades sökorden tillsammans med "bedside", med hjälp av AND, för att få fram artiklar med relevans för bedsiderapportering. Begränsningarna var 2008-2013, engelska och vetenskapliga artiklar. Denna sökning resulterade i 38 träffar där alla sammanfattningar lästes och 18 artiklar gick vidare till urval 1. Därefter lästes hela artiklarna varav elva artiklar valdes till urval 2. Ytterligare en sökning gjordes där den första sökningen kombinerades med den engelska termen för patientsäkerhet vilken är "patient safety" (fritext) och detta med hjälp av AND. Denna sökning gav inga nya artiklar.

Sökning i PubMed

Sökningen i PubMed inleddes med sökningar på sökorden var för sig. Även här användes tekniken sökhistoriken, enligt Friberg (2012). Sökorden som användes var engelska termen för bedside vilken är "bedside" i fritext, som bedsiderapportering användes "bedside report", "bedside reports", "bedside reporting", "bedside handover" och "walking rounds" i fritext. Rond med patient söktes som sökorden "patient rounds" i fritext. Överrapportering av patient mellan sjuksköterskor söktes med MeSH-termerna "Nursing handover" och "Patient handoff" och för överrapportering vid skiftbyte användes "shift reports" och "change-of-shift-report" i fritext. Begränsningarna som användes i litteratursökningen var "engelska" och "fem år". Termen "walking rounds" gav inga relevanta resultat och uteslöts därför i vidare sökning. Övriga sökord kombinerades sedan en och en med MeSH-termen "patient safety", vilken är den engelska termen för patientsäkerhet, med hjälp av AND. Slutligen kombinerades alla sökorden i en sökning med hjälp av OR för att därefter kombineras med MeSH-termen "patient safety" med hjälp av AND, och då för att få en god översikt på kombinationer som tillämpats. Resultatet utmynnade i 60 artiklar varav samtliga sammanfattningar lästes. 11 artiklar bedömdes relevanta till studiens syfte och gick till urval 1. Därefter lästes artiklarna i sin helhet och 7 artiklar kvarstod i urval 2, vilka samtliga var dubletter till artiklar funna i sökningen i Cinahl. Slutresultatet blev 11 artiklar som sedan granskades med hjälp av en

bedömningsmall för kvalitativa artiklar och en för kvantitativa artiklar hämtad från Olsson & Sörensen (2011). Artiklarna poängsattes utefter bedömningsmallarna och blev graderade på skalan I till III, där grad I står för god vetenskaplig kvalitet och grad III för mindre god vetenskaplig kvalitet. Åtta artiklar var kvalitativa, två var kvantitativa och en var både kvalitativ och kvantitativ, vilken bedömdes efter båda mallarna. Sju artiklar fick grad I, två av artiklarna fick grad II och två artiklar fick grad III. Sammanfattningsvis användes samtliga 11 artiklar till litteraturöversikten.

Tabell 1. Sökordsöversikt

| Sökord svenska | PubMed MeSH-term | Cinahl Subject heading list |
|---|---|---|
| Bedside | Bedside (fritext) | Bedside (fritext) |
| Bedsiderapportering | Bedside reporting, Bedside Report, Bedside Reports, Bedside Handover (alla i fritext) | Bedside Report* (fritext), Bedside Handover (fritext) |
| Patientsäkerhet | Patient Safety | Patient Safety |
| Rond med patient | Patient Rounds (fritext) | Patient Rounds |
| Överrapportering av patient mellan sjuksköterskor | Nursing handover, Patient Handoff | Nursing Handover (fritext), Hand Off (Patient Safety) |
| Överrapportering vid skiftbyte | Shift Reports (fritext) Change-of-shift-report (fritext) | Shift Reports Change-of-shift-report (fritext) |

Databearbetning

Artiklarna skrevs in i en sökordsöversikt, vilken återfinns i bilagorna B 1-8, C 1-2 samt D. Dataanalysen har genomförts i linje med Fribergs (2012) modell för allmän litteraturöversikt. Samtliga artiklar lästes igenom och de delar som var relaterade till litteraturöversiktens syfte markerades. Därefter samlades markerat material i ett arbetsdokument för vidare bearbetning och tematisering. De tre temana som skapades var; Beaktan av sekretess vid bedsiderapportering, Kommunikation inom bedsiderapportering och Säkerhetskontrollen utgör del i bedsiderapporteringen. Två av de tre temana delades sedan in i perspektiv för att förtydliga vems åsikter som uttrycktes. Perspektiven benämndes sjuksköterskeperspektivet, patientperspektivet och anhörigperspektivet. Slutligen har citat plockats fram för att förtydliga innehållet i temana.

Resultat

Beaktan av sekretess vid bedsiderapportering

Sjuksköterskeperspektivet

Sjuksköterskor uppger att de har betänkligheter gällande förhållningssättet till patientens sekretess vid bedsiderapportering (Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis & Chu, 2009; Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010; Evans, Grunawalt, McClish, Wood & Friese, 2012; Johnson & Cowin, 2013; Liu, Manias & Gerdtz, 2012; McMurray, Chaboyer, Wallis & Fetherston, 2010). Lösningar på detta problem har dock arbetats fram i de olika studierna (Chaboyer et al., 2010; Evans et al., 2012; Johnson & Cowin, 2013; Liu et al., 2012; McMurray et al., 2010). I en studie framkommer det att dessa betänkligheter inför sekretessen hos sjuksköterskor försvinner genom ökad erfarenhet av bedsiderapportering, då erfarenheten medför en känsla av noggrannhet och ansvar (McMurray et al., 2010). Sjuksköterskorna i en studie av Evans et al., (2012) löser detta bekymmer genom att all känslig information diskuteras i ett privat konferensrum, medan det i en studie av Chaboyer et al. (2010) framkommer att känslig information antingen diskuteras efter avslutad bedsiderapportering eller skrivs ned på ett överrapporteringsformulär under pågående bedsiderapportering. Användning av överrapporteringsformulär förekommer också i en studie av McMurray et al. (2010), och detta som åtgärd för att förhindra missar i kommunikationen. I samma studie är det noga med förstörelsen av använda överrapporteringsformulär, vilket fungerar som åtgärd för bevarandet av sekretessen hos patienten. Ett annat sätt att undvika att sprida känslig information under bedsiderapporteringen är att dra för mellanväggar, eller att delge informationen på avskild plats (Liu et al., 2012). Enligt Johnson och Cowin (2013) upplever sjuksköterskorna att det är ett mindre problem med sekretessbelagt material, då denna känsliga information diskuteras mellan sjuksköterskorna på sjuksköterskeexpeditionen, framför en informationstavla.

“Small things will be [discussed] out in the station; all the confidentiality issues are all discussed in front of our big board. If we’ve got to say something like ‘this patients got HIV’, ‘they’ve got cancer’; we can do that discretely in another forum.” (Johnson & Cowin, 2013, s. 124).

I en studie av Wildner och Ferri (2012) tycker en del av personalen att det är svårt att avgöra vilken information som är lämplig att diskutera i patientrummet samt vilken som bör tas upp på en avskild plats.

Patient- och anhörigperspektivet

Patientstudier visar att de flesta av patienterna inte alls är oroliga för bristande sekretess under bedsiderapportering utan de anser att konfidentiell och känslig information behandlas på tillfredställande vis (Maxson, Derby, Wroblewski & Foss, 2012 & McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke, 2011). I en studie av McMurray et al. (2011) uttrycker två av tio patienter oro angående känslig information och då handlar oron om att det i rummet finns både män och kvinnor. En annan studie visar positiva resultat till fördel för bedsiderapportering, då överrapportering vid skiftbyte utvärderades före och efter implementering av bedsiderapportering. Resultatet visar att överrapporteringen efter implementeringen utövas på ett mer professionellt sätt, vilket främjar sekretessen (Maxson et al., 2012). Familjemedlemmar till patienter som deltar i bedsiderapportering anser att bristen på sekretess uppvägs av fördelarna med noggrannheten i bedsiderapporteringssystemet (Tobiano, Chaboyer & McMurray, 2012).

Kommunikation inom bedsiderapportering

Sjuksköterskeperspektivet

Nyutexaminerade och timvikarierande sjuksköterskor anser, enligt en studie av Chaboyer et al. (2009), att den information som ges vid bedsiderapportering är korrekt. En timvikarierande sjuksköterska säger: *“As a casual nurse, I like it. It allows me to process information in a more meaningful way.”* (Chaboyer et al., 2009, s. 139.). Flertalet andra studier visar att denna åsikt även delas av de fast anställda sjuksköterskorna (Chaboyer et al., 2010; Johnson & Cowin, 2013; Maxson et al., 2012; McMurray et al., 2010; Street, Eustace, Livingston, Craike, Kent, Patterson, 2011; Wildner & Ferri, 2012). När sjuksköterskorna praktiserar överrapportering inför patienten håller de sig till relevant information vilket förbättrar kommunikationen och även bidrar till att mindre tid läggs på överrapportering (Chaboyer et al., 2010; Wildner & Ferri, 2012). I en studie där sjuksköterskor diskuterar bedsiderapportering framkommer det att ett föreliggande behov av professionalism ligger bakom god kommunikation. God kommunikation i studien innebär att hålla sig till fakta samt exkludera uttalanden av det humoristiska slaget under bedsiderapporteringen (Johnson & Cowin, 2013). Bedsiderapportering vid skiftbyte skapar ansvars känsla hos utövande sjuksköterskor (Maxson et al., 2012). Sjuksköterskorna uppger att det under pågående bedsiderapportering finns möjlighet att förtydliga oklar överrapporterad information för varandra (Street et al., 2011.). Denna möjlighet ges även till patienterna vilket leder till ökad delaktighet och reducering av felaktigheter (McMurray et al., 2010). *“We are supposed to be doing best practice, quality of care. The best care comes from including the patient.”* (s. 2585) är en åsikt som uttrycks av en sjuksköterska som deltar i studien (ibid.). Sjuksköterskorna i densamma studien, som delar ovan åsikt, menar att bedsiderapportering bidrar till att information bekräftas av patienten. Bedsiderapportering är likafullt ett tillfälle för sjuksköterskan att ställa frågor till patienten för att klargöra behandlings- och läkemedelsrelaterade frågor, vilket talar för ett noggrant förhållningssätt (ibid.). Alla sjuksköterskor i studien, enligt Wildner och Ferri (2012) anser att införandet av bedsiderapportering bidrar till ökad kunskap om patienterna. Sex månader efter implementering av bedsiderapportering upplever 44 % av sjuksköterskorna en förbättrad patientsäkerhet (Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis & Chu, 2009). Det framkommer att det finns vårdavdelningar där förutsättningarna för bedsiderapportering är mindre lämpade (Johnson & Cowin, 2013 & McMurray et al., 2010). Anledningar till detta kan exempelvis vara förekomst av förvirrade patienter som ber om hjälp under pågående bedsiderapportering. Det kan likafullt vara generellt mycket omgivande ljud, vilket skapar dåliga förutsättningar för att höra vad som sägs under överrapporteringen (Johnson & Cowin, 2013). Det kan även handla om att sjuksköterskorna har varierande arbetstider där de måste vänta in varandra för att kunna hålla rapporten, vilket är ett element som stör arbetsprocessen. Väntan på överrapportering kan dessutom leda till minskad tid för patientnära arbete (McMurray et al., 2010).

Patient- och anhörigperspektivet

Patienter och anhöriga upplever sig delaktiga i bedsiderapporteringarna, vilket även ger en känsla av säkerhet (Maxson et al., 2012; McMurray et al., 2011; Tobiano et al., 2012; Wildner & Ferri, 2012). Patienter och familjemedlemmar berättar om hur de har möjlighet att rätta till felaktig information som förmedlas under bedsiderapporteringen, vilket förbättrar kvaliteten

på överrapporteringen (McMurray et al., 2011; Tobiano et al., 2012). *“I actually had to correct them this morning. I had my drain in and the nurse said ‘one’ and I said ‘no, four!’”* (McMurray et al., 2011, s. 23). En studie på ett palliativt vårdboende i Italien visar i sitt resultat att alla patienter och/eller familjemedlemmar upplever en ökad känsla av säkerhet och delaktighet genom bedsiderapportering (Wildner & Ferri, 2012). Ett uttalande från en patient som är nöjd med bedsiderapporteringsmetoden lyder: *“Excellent procedure – it was nice to witness the handoff and it minimized confusions and/or conflicting come my way.”* (Maxson et al., 2012, s. 143).

Säkerhetskontrollen utgör del i bedsiderapporteringen

Vid bedsiderapportering utförs en visuell säkerhetskontroll av patienten med omgivning vilket främjar säker vård (Chaboyer et al., 2009; Chaboyer et al., 2010; Evans et al., 2012; Maxson et al., 2012; McMurray et al., 2010; Street et al., 2011; Wildner & Ferri, 2012).

Säkerhetskontrollen består exempelvis i att kontrollera att larmklockan är inom räckhåll (Chaboyer et al., 2009; Chaboyer et al., 2010; Street et al., 2011; Wildner & Ferri, 2012), sänggrunden är uppe, syrgas och annan utrustning fungerar samt att inspektera intravenösa infarter *“You can get a lot more observation and draw a lot more information when you actually look and see for yourself”* (Chaboyer et al., 2010, s. 31). Implementering av bedsiderapportering resulterar i möjligheten för sjuksköterskorna att få en snabbare överblick av patientens reella och fullständiga hälsotillstånd. Dessutom ges bättre förutsättningar att tidigt upptäcka förändringar, då de ser patienten med egna ögon under överrapporteringen (Wildner & Ferri, 2012). Bedsiderapportering kan likväl avvärja negativa händelser genom att sjuksköterskor upptäcker förändrat hälsotillstånd hos patienten från senaste visualisering av patient till överrapporteringstillfället (Evans et al., 2012). Upptäckten av förändringen föranleder till att akutteamet vid behov kontaktas i ett tidigt skede (ibid.). Vidare ökar bedsiderapportering möjligheterna för en korrekt prioritering av arbetsfördelning, genom att sjuksköterskan i början av arbetspasset rent visuellt skapar sig en bild av patienten, vilket kan förenkla sjuksköterskans prioritering utefter patienternas olika behov (Maxson et al., 2012, Wildner & Ferri, 2012). Sjuksköterskor anser att bedsiderapportering ökar möjligheten att genomföra läkemedelskontroll (Maxson et al., 2012; Street et al., 2011), vilket får medhåll av en patient genom uttalandet (McMurray et al., 2011); *“If they got anything wrong you could always put them right... if they explain that you’re on insulin you can tell them that you’re on two lots of insulin... and oh yes, but I’m on Humarsol as well.”* (s. 23). Liu et al. (2012) visar motsatsen i sin studie, då sjuksköterskorna anser att tiden är för knapp och dubbelkontroll av läkemedelslistorna förekommer sällan, trots ett beslut om detta från avdelningsledningen. Majoriteten av vårdpersonalen anser att antalet felaktigheter har minskat sedan övergången till bedsiderapportering (Wildner & Ferri, 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

De olika sökordsvarianterna av bedsiderapportering, som användes i litteratursökningen, var elva till antalet, vilket kunde ses som en styrka för att uppnå en bredd i sökningen. De många sökorden ökade möjligheten att finna de, för litteraturöversiktens syfte, relevanta vetenskapliga artiklarna som fanns att tillgå i de två databaser som sökningarna genomfördes

i. Vad det gäller sökordet patientsäkerhet framkom det enbart en varietet på sökordet och det var när sökordet utgjorde del i ett Cinahl heading "hand off (patient safety)", annars bibehölls sökordet utan variationer genomgående under litteratursökningen. Vid litteratursökningen i Cinahl användes begränsningarna: "2008-2013", "engelska" samt "vetenskaplig artikel". I PubMed användes begränsningarna "fem år" och "engelska". Anledningen till varför dessa begränsningarna valdes var att litteraturöversiktens resultat skulle bygga på aktuell vetenskaplig forskning samt att artiklar relaterade till litteraturöversiktens syfte skulle vara författade på ett språk som behärskades av läsarna. Begränsningen "vetenskaplig artikel" användes inte i PubMed, dock stämde de båda sökningarnas resultat överens och inga nya artiklar tillkom i den sökningen. Av de artiklarna som ingick i litteraturöversiktens resultatdel var övervägande nio stycken kvalitativa, varav en vetenskaplig artikel var både kvalitativ och kvantitativ. Två av de vetenskapliga artiklarna var kvantitativa. Den metodologiska ansatsen som återfanns i de kvalitativa studierna berikade resultatdelen med citat. Den vetenskapliga kvaliteten i resultatartiklarna utgjordes av sju grad I-artiklar, två grad II-artiklar och två grad III-artiklar, vilket innebar att majoriteten var artiklar av grad I. De två resultatartiklarna som var av grad III valdes att inbegripas för att återge en ögonblicksbild av forskningens läge samt för att åskådliggöra behovet av ytterligare forskning inom bedsiderapportering relaterat till patientsäkerhet. Resultatartiklarnas syften överensstämde inte genomgående med litteraturöversiktens syfte. Detta gjorde däremot delar av resultaten och på så sätt bidrog alla resultatartiklarna med relevant material till litteraturöversiktens resultat.

Tre av resultatartiklarnas författare, Chaboyer, McMurray och Wallis, förekom i fem av de elva studierna som låg till grund för litteraturöversiktens resultat. Fördelen med detta sågs i att de tre författarna, och då främst Chaboyer och McMurray, framstod vara personer med stor kunskap inom ämnet bedsiderapportering och en drivkraft att föra forskningen framåt. Dessutom hade Chaboyer och McMurray utfört de olika studierna tillsammans med olika forskare som hade bidragit med sitt inflytande. Nackdelen med detta skulle kunna vara ensidigheten i perspektiv samt ett synsätt som präglats av Chaboyer och McMurrays tidigare utförda studier. Studierna var alla utländska, vilket likafullt gällde för de förhållanden som rådde på de olika sjukhus och dess avdelningar där studierna bedrevs. Åtta av studierna bedrevs i Australien, två i USA och en i Italien. Då merparten av studierna var australiensiska innebar det att resultaten i litteraturöversikten har antagit en övervägande del av tongångarna som rådde i de åtta studierna från Australien. Detta kan ha medfört låg generaliserbarhet för fynden, vilket skulle kunna innebära svårigheter att överföra fynden till de förhållanden som råder på svenska sjukhus. Delar av resultatet skulle ändå kunna ses som överförbara och då exempelvis påverkan på sekretess i flerbäddssal. Flerbäddssalar förekommer likväl på svenska sjukhus och här kan de lösningar som framkom i resultatet vara användbara för svenska förhållanden.

Resultatdiskussion

Beaktan av sekretess vid bedsiderapportering

Resultatet visar att sjuksköterskorna upplever betänkligheter när det gäller yttrande av sekretessbelagd information (Chaboyer et al., 2009 & McMurray et al., 2012). Oron uppkommer i samband med överrapportering i flerbäddsrums och grundar sig i att obehöriga personer kan komma att överhöra samtalet. Tidigare studier visar på samma resultat (Friesen et al., 2008; Laws & Amato, 2010), vilket är något som bör tas i beaktande inför implementering av bedsiderapportering, då det redan i ett förstadium bör skapas riktlinjer för

hur känslig information ska hanteras under överrapporteringen. Studierna visar på en variation av lösningar på detta problem (Chaboyer et al., 2010; Johnson & Cowin, 2013 & Liu et al., 2012) samt att sjuksköterskorna har intresse av att ta sig förbi detta hinder. Patienterna däremot är nöjda med hanteringen av känslig information och anhöriga menar att risken för brister i sekretessen uppvägs av fördelarna med överrapporteringsmetoden (Maxson et al., 2012 & McMurray et al., 2011). Cahills (1998) studie visar på liknande resultat där endast en av tio patienter anser att utformningen av avdelningen är något som missgynnar sekretessen under bedsiderapportering, medan övriga deltagare är nöjda. Griffin (2010) menar att det finns risker för att sprida konfidentiella uppgifter fortlöpande under arbetspasset då sjuksköterskorna diskuterar vård och behandling med patienterna oberoende av vem som kan överhöra samtalet. Däremot under överrapporteringen i flerbäddssal, är sjuksköterskorna som mest uppmärksamma på och noggranna med vad som yttras (ibid.). Ovanstående studier visar att det är ett smärre problem med överlämning av känslig information under bedsiderapportering, det vill säga så länge sjuksköterskorna är medvetna och noggranna. En studie visar på en osäkerhet i vad som bör diskuteras avskilt (Wildner & Ferri, 2012), vilket kan vara en omständighet som skapar oro hos sjuksköterskorna. Detta påvisar även O'Connell och Penny (2001) i sitt resultat där ett problem med bedsiderapportering är att det ibland händer att sekretessrelaterad information avslöjas oavsiktligt. Även Cahill (1998) belyser detta problem i sin studie där patienter berättar att informationen som utbyts under bedsiderapporteringen har ett varierande innehåll beroende på vilka sjuksköterskor som deltar, vilket skapar förvirring hos patienterna. Dessutom händer det att viktig information inte förmedlas. I två av studierna används överrapporteringsformulär som ett komplement under bedsiderapporteringen (Chaboyer et al., 2010 & McMurray et al., 2010). Detta är något som förespråkas i Cahills (1998) patientstudie om bedsiderapportering, där informanterna anser att den varierande kvaliteten på överrapporteringarna beror på olika användning av tekniker. De sjuksköterskor som använder sig av överrapporteringsformulär visar på en högre grad av korrekt utförda bedsiderapporteringar än de som endast överrapporterar verbalt (ibid.). Genom användning av ett standardiserat formulär kan osäkerheten om vad som ska diskuteras minskas samtidigt som känslig information kan skrivas ner direkt på formuläret istället för att yttras verbalt. Ett sådant förfarande bidrar till ett säkert system och minimerar risken för att viktig information glöms bort.

Kommunikation inom bedsiderapportering

Överrapportering inför patient leder till att saklig, relevant och korrekt information ges av sjuksköterskan (Chaboyer et al., 2009; Chaboyer et al., 2010; Johnson & Cowin, 2013; Maxson et al., 2012; McMurray et al., 2010; Street et al., 2011; Wildner & Ferri, 2012). En anledning till varför det kan vara på detta sättet redovisas genom citatet *“You're more on the ball and it's taught nurses to lift their game, be more accountable, think about what they hand over and why...”* (McMurray et al., 2010, s. 2584). Samma resultat uppvisas även av tidigare studier där bedsiderapportering anses höja kvaliteten på det som rapporteras över (Chaboyer, 2010a). Överrapportering avskilt från patienten har en tendens att bli ett forum för ventilering av dagens händelser eller privata angelägenheter. Dessa diskussioner tillför inte något till överrapporteringen, utan ökar snarare risken för att missar i kommunikationen ska uppstå (Griffin, 2010). Det finns alltså en vilja hos sjuksköterskorna att inför någon annan prestera och göra rätt för sig, vilket i överrapporteringssammanhang kan innebära att använda sig av objektiv information istället för subjektiv. Närvaro av patient vid bedsiderapportering kan även innebära att sjuksköterskorna är tvungna att samla och förbereda sig med exempelvis frågor inför mötet med patienten. Patienten har likväl ett forum under pågående bedsiderapportering där det går att ställa frågor till sjuksköterskorna utan att behöva trycka på

larmknappen, men även ett tillfälle att reda ut oklara begrepp samt göra sig involverad i den egna vården. Bedsiderapportering skapar delaktighet hos patienten, vilket i sin tur leder till att en ökad känsla av säkerhet skapas (Maxson et al., 2012; McMurray et al., 2011; Tobiano et al., 2012; Wildner & Ferri, 2012). En delaktig patient är också en patient som vågar ha åsikter om den egna behandlingen och då krävs det att sjuksköterskan bjuder in patienten i informationsutbytet. Bedsiderapportering ger ett unikt tillfälle för sjuksköterskan att med egna ögon bedöma och få ett uppdaterat hälsotillstånd av patienten; det skapar likväl ett tillfälle för att korrigera eventuella felaktigheter i det kommunicerade samt att patienten görs delaktig i överrapporteringen (Friesen et al., 2008; O'Connell & Penny., 2001; Richard., 1989). Sjuksköterskan har ett gyllene tillfälle i en överrapportering vid patientens sängkant att lära känna och få ökad kunskap om patienten, vilket även leder till ökad patientsäkerhet.

Säkerhetskontrollen utgör del i bedsiderapporteringen

Sjuksköterskor i nedanstående studier rapporterar att visuell kontroll utförs under pågående bedsiderapportering (Chaboyer et al., 2009; Chaboyer et al., 2010; Evans et al., 2012; Maxson et al., 2012; McMurray et al., 2010; Street et al., 2011; Wildner & Ferri, 2012). Vid denna typ av säkerhetsåtgärd kan exempelvis venösa infarter ses över, men även bedömning av fysisk status. Bedsiderapportering erbjuder tillfälle att övrapportera aktuella statusuppdateringar då övrapportering sker inne hos patienten, vilket ger sjuksköterskan ytterligare tillfälle att få lära känna sin patient samt upptäcka eventuella förändringar i allmäntillståndet. I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) finns kompetensområdet "omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap" som beskriver att sjuksköterskan ska "*ha förmåga att självständigt tillämpa omvårdningsprocessen genom observation, bedömning...*" (s. 11), vilket kan utföras i samband med bedsiderapportering. Vid stressiga dagar med mycket arbete nerlagt på vårdkrävande patienter blir bedsiderapportering ett tillfälle att se över alla sina patienter minst en gång under arbetspasset. Sjuksköterskor i två studier (Maxson et al., 2012; Street et al., 2011) rapporterar om goda möjligheter att genomföra kontroll av läkemedelslistor i samband med bedsiderapportering, vilket sjuksköterskorna i en studie av Liu et al. (2012) inte hinner med då de upplever att tid är en bristvara i bedsiderapporteringssammanhang. Det framgår inte i studierna det antal minuter som varje bedsiderapportering får ta. I den sistnämnda studien där tid är en bristvara kan det vara så att varje bedsiderapportering får ta ett bestämt antal minuter i anspråk. Detta ställs i jämförelse med de två studierna där sjuksköterskorna uppger att de har tid över för att kontrollera läkemedel, där de då kanske har mer tid att tillgå vid bedsiderapporteringen. Det kan även vara så att sjuksköterskorna i de olika studierna har samma tidstillgång, men att tiden prioriteras på olika sätt. Griffin (2010) påpekar hur viktigt det är för sjuksköterskor att träna upp sin förhandlingsförmåga för att undgå att småprat eller diskussioner som inte rör informationsutbytet äger rum under bedsiderapporteringen. Förslag på sätt att effektivisera tiden skulle kunna vara att förbereda patienten inför bedsiderapporteringen genom att informera om det planerade upplägget. Är patienten medveten om att tid är avsatt för frågor efter sjuksköterskornas informationsutbyte så kan det minska risken för avbrott under bedsiderapporteringen. När samtalet drar ut på tiden kan sjuksköterskan be att få återkomma efter att övrapporteringen med övriga patienter är avklarad.

Konklusion

Sekretessen var något som framför allt oroade sjuksköterskorna vid bedsiderapportering, vilket visade sig genomgående i alla studier med sjuksköterskeperspektiv. Det framkom dock att patienterna inte alls delade denna oro utan de var överlag nöjda med hur känslig information hanterades. Informationen som överlämnades under bedsiderapporteringen ansågs vara mer korrekt, då möjlighet fanns för både sjuksköterskor och patienter att korrigera felaktig information. Patientsäkerheten påverkades i rätt riktning när sjuksköterskorna inför patienterna dessutom höll sig till relevant information, vilket också bidrog till att en säker bedsiderapportering genomfördes. En annan viktig säkerhetsaspekt var visualiseringen av patienten i samband med överrapporteringen. Den bidrog till objektiva fakta samt möjlighet att utföra en säkerhetskontroll av patienten med tillhörande omgivning, vilket ledde till en förbättrad patientsäkerhet.

Implikation

Två tredjedelar av resultatartiklarna är av hög vetenskaplig kvalitet, vilket innebär att resten av resultatartiklarna är av medel eller låg vetenskaplig kvalitet. Detta utslag talar för att det skulle behövas mer forskning inom området för att kunna fastställa att litteraturöversiktens slutsats inte är en tillfällighet. I Sverige verkar det finnas ytterst lite forskning gjord inom området, vilket innebär att mer svensk forskning vore önskvärt. Överrapportering är ett obligatoriskt moment i sjuksköterskans arbete inom somatisk slutenvård; det är likväl ett oerhört viktigt moment som kan innebära skillnad i kvalitet på vård för den enskilde patienten. Området överrapportering är något som inte finns att tillgå i den nuvarande svenska sjuksköterskeutbildningen, vilket är illavarslande då den nyutexaminerade sjuksköterskan förväntas klara av att överrapportera på ett patientsäkert sätt. Ansvariga för sjuksköterskeutbildningen anser troligtvis att denna del integreras i verksamhetsförlagd utbildning (VFU), och detta genom handledning av sjuksköterskor. Studenter med erfarenhet från VFU bedömer detta som otillräckligt, då handledande sjuksköterskors sätt att överrapportera visar variationer i kvalitet och utförande. Det vore välkommet med tydliga riktlinjer för de handledande sjuksköterskorna beträffande tillvägagångssätt att lära ut överrapporteringsmetoder. Dessutom bör lärandetillfällen i form av föreläsning samt praktisk färdighetsträning läggas till i sjuksköterskeutbildningen. Kunskap om överrapporteringsmetoder bör erbjudas i tidigt skede av sjuksköterskans identitetsskapande så att det framöver blir en naturlig del av sjuksköterskans yrkesroll. Det som gör att bedsiderapportering förespråkas framför andra överrapporteringsmetoder är att den verkar för förbättrad patientsäkerhet då metoden bygger på patientdeltagande.

Referenslista

Andersson, C. D., & Mangino, R. R. (2006). Who Says You Can't Talk in Front of the Patient? *Nursing Administration Quarterly*, 30(2), 112–122. Hämtad från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16648723>

Baker, S. J. (2010). Bedside shift report improves patient safety and nurse accountability. *Journal of Emergency Nursing*, 36(4), 355-8. doi: 10.1016/j.jen.2010.03.009

Cahill, J. (1998). Patient's perceptions of bedside handovers. *Journal of Clinical Nursing*, 7(4), 351–359. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00149.x

Chaboyer, W., Johnson, J., Hardy, L., Gehrke, T., & Panuwatwanich, K. (2010a). Transforming care strategies and nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1111–1119. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05272.x

*Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M., & Chu, F. Y. (S.). (2009). Bedside Handover. Quality Improvement Strategy to “Transform Care at the Bedside”. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 136–142. doi: 10.1097/01.NCQ.0000347450.90676.d9.

*Chaboyer W., McMurray A., & Wallis, M. (2010b). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal of Nursing Practice* 16(1), 27–34. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01809.x

Davies, S., & Priestly, M. J. (2006). A reflective evaluation of patient handover practices. *Nursing Standard*. 20(21) 49-52. Hämtad från <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19e7f2ab-c73b-4f80-8277-5fad46bbc332%40sessionmgr112&vid=2&hid=121>

Dyrholm Siemsen, I., M., Dyrlov Madsen, M., Funck Pedersen, L., Michaelsen, L., Vesterskov Pedersen, A., Boje Andersen, H., & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 439-448. doi: 10.1177/1403494812453889

*Evans, D., Grunawalt, J., McClish, D., Wood, W., & Friese, C. R. (2012). Bedside Shift-to-Shift Nursing Report: Implementation and Outcomes. *MEDSURG Nursing*, 21(5), 281-292. Hämtad från <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8a48610d-f3bf-48ae-9cfe-35f9472577d8%40sessionmgr112&vid=2&hid=121>

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Friesen, M. A., White, S. V., & Byers, J. F. (red.). (2008). Handoffs: Implications for Nurses. Ingår i: *Patient safety and quality [Elektronisk resurs] : an evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Hämtad från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2649/>

Griffin, T. (2010). Bringing Change-of-Shift Report to the Bedside: A Patient- and Family-Centered Approach. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(4), 348–353. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181f8a6c8.

Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm [Elektronisk resurs] A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press. Hämtad den 2013-03-05 från https://download.nap.edu/catalog.php?record_id=10027

International Council of Nurses. Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

*Johnson, M., & Cowin, L. S. (2013). Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 121–129. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01438.x

Joint Commission. (2013). *Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004-2012*. Hämtad den 2012-03-27 från http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_04_4Q2012.pdf

Kassean, H. K., & Jagoo, Z. B. (2005). Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover – a case study from Mauritius. *BMC Nursing*, 4(1) doi: 10.1186/1472-6955-4-1

Laws, D., & Amato, S. (2010). Incorporating Bedside Reporting into Change-of-Shift Report *Rehabilitation Nursing*. 35(2), 70-74. doi: 10.1002/j.2048-7940.2010.tb00034.x

Lindh, M. & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

*Liu, W., Manias, E., & Gerdtz, M. (2012). Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: A critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies* 49(8), 941–952. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.008

*Maxson, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D. M., & Foss, D. M. (2012). Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *MEDSURG Nursing*, 21(3), 140-144. Hämtad från <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a7f61b5f-c8ae-4ee4-aaaf-2f7ce48b94e0%40sessionmgr112&vid=2&hid=121>

*McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., & Fetherston, C. (2010). Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2580–2589. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03033.x

*McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., & Gehrke, T. (2011). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18(1), 19-26. doi:10.1016/j.colegn.2010.04.004

National Reporting and Learning Service [NRLS]. (2004). Seven steps to patient safety: full reference guide. Hämtad den 2013-04-18 från <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59787>

O'Connell, B., & Penney, W. (2001). Challenging the handover. Recommendations for research and practice. *Collegian* 8(3), 14-18. Hämtad från http://www.researchgate.net/publication/8231343_Challenging_the_handover_ritual_Recommendations_for_research_and_practice

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Richard, J. A. (1989). Walking rounds a step in the right direction. *Nursing*. 19(6), 63-64. Hämtad från <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c7c75744-232f-4995-8164-04d834787f99%40sessionmgr110&vid=2&hid=121>

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

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

Smeulders, M., Telling, I. C., van., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2012). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7. doi: 10.1002/14651858.CD009979.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2008). *Patientsäkerhet Tema 2 - Kommunikation i vården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2013-03-26 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-109-9>

Socialstyrelsen. (2013). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 2013-03-27 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>

*Street, M., Eustace, P., Livingston, P. M., Craike M. J., Kent, B., & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice* 17(2), 133-140. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01918.x

Svenska Akademiens ordbok [SAOB]. (2010). *Rapport*. Hämtad den 2013-03-26 från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Symons, N. R. A., Wong, H. W. L., Manser, T., Sevdalis, N., Vincent, C. A., & Moorthy, K. (2012). An observational study of teamwork skills in shift handover. *International Journal of Surgery*, 10(7), 355-359. doi: 10.1016/j.ijsu.2012.05.010

*Tobiano, G., Chaboyer, W., & McMurray, A. (2012). Family members' perceptions of the nursing bedside handover. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 192–200. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04212.x

*Wildner, J., & Ferri, P. (2012). Patient participation in change-of-shift procedures. The implementation of the bedside handover for the improvement of nursing quality in an Italian hospice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 14(3), 216-224. doi: 10.1097/NJH.0b013e318243251f

Tabell 2. Sökhistorik

Bilaga A 1

| Datum | Databas | Sökord/Limits/Boolska operatorer | Antal träffar | Lästa abstract | Urval 1 | Urval 2 |
|------------|---------|---|---------------|----------------|----------|---------|
| 2013-03-07 | Cinahl | (((MH "Hand Off (Patient Safety)")) OR ((MH "Patient Rounds")) OR ((MH "Shift Reports")) OR ("bedside report*") OR ("bedside handover")) AND bedside) Limits: 2008-2013, Engelska, Vetenskapliga artiklar | 38 | 38 | 18 | 11 |
| 2013-03-07 | Cinahl | (patient safety) AND (bedside AND (((MH "Hand Off (Patient Safety)")) OR ((MH "Patient Rounds")) OR ((MH "Shift Reports")) OR ("Nursing handover")))) Limits: 2008-2013, Engelska, Vetenskapliga artiklar | 15 | 15 | 9 (9*) | 6 (6*) |
| 2013-03-07 | PubMed | "bedside handover" OR "change-of-shift-report" OR "patient rounds" OR "shift reports" OR "bedside reporting" OR "bedside report" OR "bedside reports" OR Patient Handoff[Mesh] AND Patient safety Limits: 5 years, Engelska. | 60 | 60 | 11 (10*) | 7 (7*) |

Asterisk inom parantes innebär att dubletter återfinns i sökningen gjord i Cinahl.

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod**Bilaga B 1**

| Publika- tionsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|---|---|---|--|---|----------------------------------|
| 2009 Australien Cinahl | Chaboyer, W. McMurray, A. Johnson, J. Hardy, L. Wallis, M. Chu, F. Y. (S.) | Bedside Handover Quality Improvement Strategy to "Transform Care at the Bedside" | Att beskriva en kvalitetsförbättrande aktivitet som syftar till att förbättra patientcentrerad vård: bedsiderapportering inom omvårdnad. | Implementeringen bestod i att ersätta muntlig rapport i ett avsides rum till förmån för bedsiderapportering. Tillvägagångssättet var Lewins 3-Stegsmodell för Förändring på två medicinska avdelningar och en stroke-/rehabiliteringsavdelning på ett regionsjukhus i Queensland med 74 heltidsarbetande sjuksköterskor. Praxisriktlinjer och ett kompetensformulär framtoqs vid införande av bedsiderapporteringen. Efter sex månader utvärderades implementeringen. Urval: 50 sjuksköterskor Bortfall: 23 sjuksköterskor. | Sex månader efter implementering av bedsiderapportering upplevde 44 % av sjuksköterskorna en förbättrad patientsäkerhet. Genom att utföra en visuell säkerhetskontroll av patient, omgivning samt medicinsk utrustning främjas säker vård. Sjuksköterskorna anser att den information som ges vid bedsiderapportering är korrekt. | Grad III |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

| Publika- tionsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|---|---|--|--|---|----------------------------------|
| 2010 Australien Cinahl | Chaboyer W. McMurray A. Wallis M. | Bedsider nursing handover: A case study | Att förbättra förståelsen av strukturerna, processerna och givna resultaten av bedsiderrapportering i ett initialt skede för att underlätta dess implementering. | En fallbeskrivning ägde rum på sex avdelningar; medicinska, kirurgiska och rehabiliteringsavdelningar, vilka övervägande hade sex bäddar på en sal, men även enstaka singel- och dubbelbäddssalar, på två relativt stora australiensiska sjukhus (tre avdelningar på vardera sjukhuset). På ett sjukhus hade bedsiderrapportering utövats i över ett år. På det andra hade bedsiderrapportering nyligen introducerats efter en övergång från muntlig överslagrapportering på en sjuksköterskeexpedition. Totalt observerades 532 bedsiderrapporteringar samt 34 intervjuer med sjuksköterskor genomfördes. Donabedians ramverk användes för att utvärdera kvaliteten i utövandet av hälso- och sjukvårdstjänster och detta för att konceptualisera studien. Urval: 34 sjuksköterskor Bortfall: 0 | Vid bedsiderrapportering ingick säkerhetskontroller som syftade till att främja säker vård. Känslig information gavs inte i anslutning till överslagrapportering. Bedsiderrapportering medförde att korrekt information gavs vid överslagrapportering. | Grad I |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Bilaga B 3

| Publika- tionsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|--|---|---|--|---|----------------------------------|
| 2012 USA Cinahl | Evans, D. Grunawalt, J. McClish, D. Wood, W. Friese, C. R. | Bedside Shift- to-Shift Nursing Report: Implementation and Outcomes | Att undersöka en medicinsk- kirurgisk avdelnings resa för att förbättra överskiktprocessen mellan sjuksköterskor. | På den medicinsk-kirurgiska avdelningen på ett universitetssjukhus i Michigan implementerades bedsiderapportering. Före implementeringen var det genomgång av tillgänglig litteratur om överskiktmetoder och bedsiderapportering identifierades som en möjlig metod. Dessutom utfördes en ”benchmarking-analys” med närliggande avdelningar/ institutioner för att identifiera förslag. Riktlinjer sammanställdes för bedsiderapportering och tillsammans med sjuksköterskorna valdes åtta bäddar ut till en pilotstudie. Efteråt upprättades ett standardiserat arbetsprotokoll. Före implementering av bedsiderapportering samlades baslinedata som senare skulle användas i utvärderingssyfte. Under implementeringen fördes loggbok över observationer med avsikt att utvärdera. Efter en tid utvärderades den nya överskiktmetoden genom att sex sjuksköterskor observerades under en två veckors period. Sjuksköterskor fyllde likväl i ett formulär för att skatta bedsiderapporteringen. Urval: 6 sjuksköterskor Bortfall okänt antal | Bedsiderapportering har lett till ökad direkt omvårdnadstid för patienter samt att känslig information ej diskuterades inför patient, utan i enskilt rum. | Grad III |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Bilaga B 4

| Publika- tionsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|-----------------------------|--|---|---|--|----------------------------------|
| 2013 Australien Cinahl | Johnson, M. Cowin, L. S. | Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets | Att utforska sjuksköterskors perspektiv på introduktionen av bedsiderapportering samt användningen av skriftliga översäkringsark | Med en kvalitativ ansats framto- gs data genom sex fokusgrupper innehållandes 30 sjuksköterskor. Användning av induktiv tematisk analys presenterade flertalet huvudteman. Deltagarna bjöds in till fokusgrupperna som hölls efter avslutad översäkringsark på en förannonserad dag (ändamålsenlig stickprovsundersökning). Sjukskö- terskor exkluderades om de jobbade på särskilda avdelningar, såsom intensivvård-, neonatal- och opererande avdelningar. De sex fokusgrupperna utfördes på medicinska och kirurgiska avdelningar på tre stora sjukhus i Sydney i juni 2008. Fokusgrupperna var semistrukturerade och två forskare ledde alla sex fokusgrupper, där varje fokusgrupp pågick i 60 minuter. Alla diskussioner i grupp spelades in på band och transkriberades ordagrant. Insamlad data från fokusgrupperna bearbetades tills huvudtema relaterat till översäkringsark identifierades. Deltagarnas ålder varierade från 21 till 50 år samt att de flesta var kvinnor. Urval: 30 deltagare Bortfall: okänt antal | Tillvägagångssättet av bedsiderapportering bör betraktas i relation till specifika patientärenden (patienter med kognitiv funktionsnedsättning). Känslig information diskuterades i frånvaro av patient och god kommunikation var att hålla sig till fakta. | Grad I |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Bilaga B 5

| Publikationsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|-------------------------------------|---|---|---|---|----------------------------------|
| 2012 Australien Cinahl PubMed | Liu, W. Manias, E. Gerdtz, M. | Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: A critical ethnographic study | Att undersöka dominerande och svaga former av kommunikation och maktrelationer rörande medicinsk kommunikation mellan sjuksköterskor, och mellan sjuksköterskor och patienter under överrapportering. | En kritisk etnografisk studie ägde rum på två medicinska avdelningar på ett sjukhus i Melbourne, januari-november 2010. Inklusionskriteriet för sjuksköterskorna var anställning på avdelningarna. Inklusionskriterier för patienterna var: förmåga att kunna kommunicera angående sina läkemedels-förehavanden, engelskspråkiga, medicinskt stabila samt kognitivt kompetenta. Totalt rekryterades 76 sjuksköterskor och 27 patienter till studien. I studien ingick deltagarobservationer, fältintervjuer, video-inspelning samt att det utfördes videoreflektions-fokusgrupper. Dataanalysen bestod i ordagrann transkribering av ljud- och videospelningar. Urval: 76 sjuksköterskor, 26 patienter Bortfall okänt antal | Sjuksköterskorna utformade strategier för att undvika spridning av känslig information under bedsiderapporteringen. Avdelningsledningen hade bestämt att läkemedelslistorna skulle dubbelkollas under bedsiderapporteringen, vilket sällan hanns med. | Grad I |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Bilaga B 6

| Publikationsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|--|--|---|--|---|----------------------------------|
| 2011 Australien Cinahl | McMurray, A. Chaboyer, W. Wallis, M. Johnson, J. Gehrke, T. | Patients' perspectives of bedside nursing handover | Att undersöka patienters perspektiv av deltagande i bedsiderapportering mellan skiftbyte. | En deskriptiv fallbeskrivning utfördes med tio patienter på ett sjukhus i Queensland, Australien, som hade medverkat i bedsiderapportering under samtidig sjukhusvistelse, år 2009. Dataanalysen genomfördes med hjälp av tematisk innehållsanalys. Ett bekvämlighetsurval genomfördes på en av två medicinska avdelningar. Inklusionskriterierna inkluderade engelsktalande som hade varit ineliggande på den medicinska avdelningen minst en natt och kunde tolerera 30-60 minuters intervjuer. Intervjuerna var ljudbandinspelade och semistrukturerade. Dataanalysen inkluderade transkribering som blev till teman efter tre olika djupgående analyser. Urval: 10 patienter Bortfall: 0 | Resultatet visade på låg oro hos patienterna angående bristande sekretess vid bedsiderapportering. De ansåg även att de gavs möjlighet att rätta till felaktig information. | Grad I |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

| Publikationsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|--|--|---|---|--|----------------------------------|
| 2010 Australien Cinahl | McMurray, A. Chaboyer, W. Wallis, M. Fetherston, C. | Implementing bedside handover: strategies for change management | Att identifiera faktorer som påverkar förändring på två sjukhus som har gått från inspelad och verbal överrapportering till bedsiderapportering. | Studien som utfördes enligt grounded theory, ägde rum på ett sjukhus i Queensland och ett västra Australien, där medicinska -, kirurgiska - och rehabiliterings- avdelningar var föremål för datainsamlingen. Datainsamling inkluderade 532 semistrukturerade observationer på sex avdelningar på två sjukhus och 34 djup- intervjuer utfördes med ett ändamålsenligt urval av sjuksköterskor involverade i bedsiderapportering. All data spelades in digitalt för att efteråt transkriberas och analyseras. Observations- och intervjudata analyserades initialt separat, för att efteråt slås samman i teman. Okänt antal deltagare i observationsstudien Bortfall okänt antal | Betänkligheter inför sekretessen byttes ut mot noggrannhet och ansvarskänsla inför bedsiderapportering. Skriftliga rapporteringsformulär användes för att förhindra missar i kommunikationen, vilket även patientens möjlighet att korrigera information bidrog till. En visuell säkerhetskontroll utfördes på patienten och dess omgivning. Sjuksköterskor ansåg att ett problem var att anpassa tider för bedsiderapportering och att de fick vänta in varandra. | Grad II |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

| Publikationsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|--|---|--|--|---|----------------------------------|
| 2012 Australien Cinahl | Tobiano, G. Chaboyer, W. McMurray, A. | Family members' perceptions of the nursing bedside handover | Att utforska familjers perception av bedsiderapportering vid skiftbyte på en rehabiliteringsavdelning för vuxna. | Studien är en fallbeskrivning utförd på en rehabiliteringsavdelning i Queensland. Datainsamling bestod i observationer av bedsiderapportering, fältanteckningar och djupintervjuer, som var semistrukturerade och spelades in på ljudband. Datamaterialet från ljudbanden transkriberades och diskuterades inom forskarlaget. Tematisk analys användes i studien för att finna teman. Studiedeltagarna valdes ut till studien genom att de hade en familjemedlem inskriven på en rehabiliteringsavdelning på ett sjukhus i Queensland, år 2009. Det var inte ett krav att studiedeltagarna skulle ha tidigare erfarenhet av bedsiderapportering, däremot skulle de vara frivilliga i sitt deltagande samt beredda att bli observerade av forskare under pågående bedsiderapportering. 8 deltagare Bortfall okänt antal | Studiedeltagarna ansåg att avsaknaden av sekretess uppvägdes av fördelarna med en förbättrad noggrannhet i kommunikationen av överrapportering. | Grad I |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Bilaga C1

| Publika- tionsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|--|---|--|---|---|----------------------------------|
| 2012 USA Cinahl | Maxson, P. M. Derby, K. M. Wrobleski, D. M. Foss, D. M. | Bedside Nurse-to- Nurse Handoff Promotes Patient Safety | 1. Att bestämma om bedsiderapportering ökar patientens tillfredsställelse av vårdplanen samt ökar patientens perception av lagarbete. 2. Att bestämma om bedsiderapportering ökar personalens tillfredsställelse med hjälp av kommunikation och ansvar. | Ett bekvämlighetsurval genomfördes där 60 patienter rekryterades till studien; 30 patienter före implementering och 30 patienter efter implementering. Alla sjuksköterskor inbjöds till deltagande i studien. Både patienter och sjuksköterskor ombads fylla i egentillverkade formulär före och efter införandet av bedsiderapportering. Inklusionskriterier för patienter var en ålder av 18 år, ingen kognitiv funktionsnedsättning samt förmågan att förstå och tala engelska. Urval: 18 sjuksköterskor 60 patienter Bortfall: 3 sjuksköterskor 0 patient | Att använda bedsiderapportering främjar sjuksköterskors ansvarskänsla, två-persons IV- läkemedelskontroll och patienttillfredsställelse. | Grad I |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**Bilaga C 2**

| Publika- tionsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|---|--|--|--|---|----------------------------------|
| 2011 Australien Cinahl | Street, M. Eustace, P. Livingston, P. M. Craike, M. J. Kent, B. Patterson, D. | Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover | Att identifiera styrkor och begränsningar i nuvarande överrapporteringsmetoder i skiftet av sjuksköterskor samt implementering av en ny bedsiderapporteringsmetod för att öka patientsäkerheten. | Studien delades in två faser, där den första fasen ombesörjde en tvärsnittsstudie utförd på 18 avdelningar på ett stort australiensiskt sjukhus. Ett existerande formulär ändrades och utökades för att passa studiens syfte och skickades ut till 18 vårdavdelningars sjuksköterskor, korrespondensen sköttes konfidentiellt. Den andra fasen som följde en pilotimplementering av bedsiderapportering, inkluderade en undersökning av patientmedverkan, användning av SBAR, aktiva patientkontroller och kontroll av dokumentation. Utvärdering av bedsiderapporteringsprocessen genomfördes på 10 slumpmässigt utvalda patienter på en avdelning varje vecka. Urval: 350 sjuksköterskor Bortfall: 91 sjuksköterskor | Preliminära fynd indikerar en förbättring inom överrapporteringspraxis genom patientengagemang, användning av SBAR, aktiva patientkontroller och kontroll av dokumentation. | Grad II |

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ och kvantitativ metod

Bilaga D 1

| Publika- tionsår Land Databas | Författare | Titel | Syfte | Metod Urval Bortfall | Slutsats | Vetenskaplig kvalitet |
|--|--------------------------|---|--|--|---|----------------------------------|
| 2012 Italien Cinahl | Wildner, J. Ferri, P. | Patient participation in change-of-shift procedures: the implementation of the bedside handover for the improvement of nursing quality in an Italian hospice. | Att beskriva bedsiderapportering i förhållande till traditionell överrapportering med hjälp av erfarenhet införskaffad på internationell nivå. | Studiens aktionsbetingade forskningsmetodologi bygger på förändringsteorin av Kurt Lewin.. Två formulär utvecklades för att beskriva överrapportering inom hospicerörelsen. Formuläret för patient/anhörig innehöll fem stängda frågor och för sjuksköterskor åtta frågor, av vilka fem var stängda. Formuläret ifylldes vid två tillfällen, i maj och september, 2009. Författaren genomförde, semistrukturerade och icke-ledande, intervjuer med alla sjuksköterskor. Inledningsvis hölls möten för att introducera idén om bedsiderapportering samt att en fokusgrupp bildades, vilken skulle verka för bedside-rapporteringens sak. Urval:20 sjuksköterskor 18 patienter/anhöriga Bortfall: sjuksköterskor 3 i maj och 8 i september. 3 patienter/anhöriga | Personalen ansåg det svårbedömt vilken information som borde tas upp på avskild plats, men också att kommunikationen förbättrades med bedsiderapportering. Vidare såg personalen fördelar med visualisering av patienten under rapporteringen samt ett minskat antal felaktigheter. Patienter och familjemedlemmar upplevde en ökad känsla av säkerhet. | Grad I |

