



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Bedsiderapportering ur ett sjuksköterskeperspektiv

En litteraturstudie

Författare: Ebba Mauritzsson och Ida Westman

Handledare: Monne Wihlborg

Kandidatuppsats

Januari 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Bedsiderapportering ur ett sjuksköterskeperspektiv

En litteraturstudie

Författare: Ebba Mauritzsson och Ida Westman

Handledare: Monne Wihlborg

Kandidatuppsats

Januari 2017

Abstrakt

Bakgrund: Cirka 100 000 vårdskador inträffar årligen i Sverige där bristande kommunikation mellan sjukvårdspersonal är en stor bidragande orsak. Tidigare forskning visar att besiderapportering främjar patientsäkerhet och patientdelaktighet. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av bedsiderapportering i omvårdnadsarbetet inom somatisk slutenvård. **Metod:** Litteraturstudie med integrerad analys av tio artiklar. **Resultat:** Tre huvudteman framkom: *teamarbete, kontextuella aspekter och säker vård* samt sju underteman; *patientdelaktighet, samverkan i och mellan hälsoprofessioner, vårdavdelningsmiljö, patientförutsättningar, informationsöverföring, visualisering av patienten samt sekretess och konfidentialitet*. **Slutsats:** Användning av bedsiderapportering kan vara ett sätt att göra vården mer personcentrerad och patientsäker.

Nyckelord

Kommunikation, bedsiderapportering, sjuksköterskor, patientdelaktighet

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	3
Humanistiskt perspektiv och Kings syn på omvårdnad	3
Bedsiderapportering	5
Kommunikation i relation till bedsiderapportering	6
Kommunikation enligt King	6
Bedsiderapportering och delaktighet	6
Autonomi och patient empowerment	7
Patientsäkerhet	8
Syfte	9
Metod	9
Urval av databaser	10
Genomförande av datainsamling	10
Kvalitetsgranskning	12
Genomförande av databearbetning	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	14
Teamarbete	15
Patientdelaktighet	15
Samverkan i och mellan professioner	16
Kontextuella aspekter	17
Vårdavdelningsmiljö	17
Patientförutsättningar	17
Säker vård	18
Informationsöverföring	18
Visualisering av patienten	19
Sekretess och konfidentialitet	20
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	22
Kommunikation sjuksköterskor emellan	22
Mötet mellan patient och sjuksköterska	24
Slutsats och kliniska implikationer	26
Arbetsfördelning	26
Referenser	26

Problembeskrivning

Av de 2455 vårdskador som analyserades av the Joint Commission for Hospital Accreditation i USA år 2008 beräknades primära orsaken i över 70% av fallen bero på bristfällig kommunikation mellan sjukvårdspersonal. En andel av fallen kunde härledas till brister vid byte av skift eller överlåtande av patient (World Health Organization [WHO], 2009). I Sverige inträffar årligen cirka 100 000 vårdskador som till stor del kan härledas till kommunikationsbrister i och mellan professioner och yrkesgrupper inom vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). För att förhindra och förebygga vårdskador bör således kommunikation mellan sjukvårdspersonal ske på ett adekvat sätt (Groves, Manges & Scott-Cawizell, 2016). I en översiktsartikel (Gregory, Tan, Tilrico, Edwardson & Gamm, 2014) framgår att tillämpning av bedsiderapportering [eng: Bedside shift report] i klinisk verksamhet kan förbättra kommunikationen mellan sjuksköterskor och mellan sjuksköterska och patient samt reducera risken för vårdskador. Patientlagen (SFS 2014:821) framhåller att vården ska, i största möjliga mån, utformas och genomföras tillsammans med patienten och International Council of Nurses [ICN] betonar i sin etiska kod för sjuksköterskor att sjuksköterskan ansvarar för att patienten ska kunna ta ett välgrundat ställningstagande till vård, utifrån tillräcklig och individanpassad information (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Forskning visar på att bedsiderapportering kan vara ett sätt att göra patienten mer involverad och insatt i sin vård (Anderson & Mangino, 2006).

Mot bakgrund till rådande forskning bedöms föreliggande studie relevant för att belysa betydelsen av kommunikation i form av bedsiderapportering mellan sjuksköterskor samt mellan sjuksköterska och patient i samband med skiftbyte.

Bakgrund

Humanistiskt perspektiv och Kings syn på omvårdnad

Omvårdnadsvetenskap utgår från ett humanistiskt och holistiskt synsätt på människan med fokus på behov, problem och resurser relaterat till hälsa och ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Sandman och Kjellström (2013) beskriver att ur ett humanistiskt perspektiv har alla människor samma höga värde, vilket betonas i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) som säger att vård skall ges på lika villkor. Svensk

sjuusköterskeförening (2010) beskriver människan som handlande, fri och meningsskapande och som en del av ett sammanhang. Därtill besitter människan förnuft samt förmåga att ta ansvar över sitt liv (Sandman et al., 2013). Hälsobegreppet kan ses som en process som innefattar en kombination av personens värderingar och upplevelser, rymmer mer än frånvaro av sjukdom och där individen bedöms ha förmåga att definiera vad hälsa betyder för just sig (Svensk sjuusköterskeförening, 2010). Omvårdnaden har hälsa som mål, vilket uppnås genom att främja och stärka patientens hälsoprocesser (Dahlberg & Segersten, 2010; Svensk sjuusköterskeförening, 2010).

Föreliggande studie utgår även från Imogene Kings begreppsram och teori om måluppfyllelse. Begreppsramen grundar sig i antagandet att omvårdnad har som mål att bibehålla hälsa hos individer och grupper och består av tre olika former av öppna system som har en dynamisk samverkan; personliga system, interpersonella system och sociala system (King, 1981). Med personliga system avses individen, sjuusköterska såväl som patient, medan interpersonella system omfattar grupper av två eller fler personer. Sociala system refererar till samhället och omfattar exempelvis religiösa system, familjesystem och arbetssystem. I Kings begreppsram definieras de fyra metaparadigmen enligt följande; omvårdnadens huvudsakliga inriktning beskrivs som interaktionen mellan människan och hennes miljö som resulterar i självförverkligande samt att hälsan bevaras. Människan är en individ som lever i en föränderlig miljö och som genom interpersonliga relationer kan utvecklas. Miljön definieras som ett socialt system som omger de andra vitala begreppen i hennes teori. Hälsa ses som ett dynamiskt tillstånd i livscykeln där förändring är en oavbruten och konstant process (ibid.).

Teorin om måluppfyllelse har härletts ur Kings begreppsram och fokuserar på mellanmänniskt samspel, där ett viktigt begrepp är interaktion (King, 1981). I varje interaktion ingår verbal såväl som icke-verbal kommunikation där verbal kommunikation uttrycks via vårt språk och icke-verbal kommunikation via gester, kroppshållning och mönster. För att uppnå en meningsfull interaktion, enligt Kings synsätt, i syfte att främja kvaliteten på information som utbyts krävs att de involverade är lyhörda. Enligt Kings begreppsram är meningsfull interaktion målinriktad och förstärker effektiviteten och kvaliteten i vården och upplevs ge positiva resultat för de inblandade (ibid.).

Sammanfattningsvis framhålls att ett humanistiskt perspektiv är förenligt med Kings teori om måluppfyllelse och begreppsram då de delar en liknande syn på människan och hälsa (Sandman et al., 2013; Svensk sjuusköterskeförening, 2010; King, 1981). Ur ett humanistiskt

perspektiv är människan fri och har förnuft och förmåga att ta ansvar över sitt liv (Sandman et al., 2013). Vidare bedöms att innebörden av hälsa och ohälsa bör definieras av individen själv (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). King (1981) beskriver att människans upplevelse av omvärlden skapas och påverkas av olika faktorer såsom behov, förväntningar och erfarenheter. Upplevelsen av omvärlden kan därmed antas bli unik för varje enskild individ (ibid.).

Bedsiderapportering

Överrapportering innebär ett informationsutbyte mellan sjuksköterskor vid skiftbyte av vårdpersonal (Birmingham, Buffum, Blegen & Lyndon, 2015). Informationen som överförs är patientspecifik med fokus på omvårdnad, teknik och medicinsk kunskap och syftar till att bibehålla säker vård. Överrapporteringen kan vara inspelad, skriftlig eller i dialog sjuksköterskor emellan vilket kan ske med eller utan patientens medverkan (ibid.).

Bedsiderapportering är en överrapporteringsmetod som innebär att sjuksköterskor genomför överrapporteringen vid sidan om patientens säng med avsikt att främja patientens delaktighet i sin vård (Anderson et al., 2006). Således sker kommunikation mellan sjuksköterska och sjuksköterska samt mellan sjuksköterska och patient (Manias & Street, 2000). Vanligt förekommande är att bedsiderapportering används kombinerat med en annan rapporteringsmetod, vanligtvis inspelade muntliga rapporteringar (Sand-Jecklin & Sherman, 2014). Användning av inspelade rapporter som ett komplement till bedsiderapportering möjliggör för sjuksköterskor att utbyta känslig information som bedöms vara olämplig för patienten att mottaga för tillfället (ibid.).

Patienten bjuds in till att delta i sin vård och på så sätt överför sjuksköterskan en del av ansvaret för vården till patienten, vilket står i enlighet med humanistiskt perspektiv där människan beskrivs som kapabel till att ta ansvar för sitt liv (Sandman et al., 2013). Vidare är den humanistiska människosynen även förenlig med Kings sätt att se på människan där en individ kan ses som ett öppet system som tänker, sätter upp mål och själv väljer medel för att uppnå målet (King, 1997). King (1981) belyser vikten av att ha insikt i sin personliga upplevelse av omvärlden, på så vis fås förståelse för att olika människor kan uppleva samma situation på olika sätt och därmed även agera olika utifrån samma förutsättningar (ibid.).

Kommunikation i relation till bedsiderapportering

Kommunikation är en vital del i bedsiderapportering (Anderson et al., 2006). Relationen mellan sjuksköterska och patient stärks, patienten involveras i större utsträckning och är bättre informerad jämfört med när traditionella överrapporteringsmetoder används (Sand-Jecklin et al., 2014). Forskning visar att bedsiderapportering förbättrar samarbetet sjuksköterskor emellan vilket skapar bättre förutsättning för kommunikation, en mer sammansvetsad grupp, koordination av vårdåtgärder samt ökad patientsäkerhet. Relationen mellan sjuksköterskor stärks, vilket i bästa fall kan föra med sig socialisering genom delandet av erfarenheter, emotionellt stöd, coaching och förbättrad kommunikation (Gregory et al., 2014).

Kommunikation enligt King

King (1981) anser att kommunikation mellan sjukvårdare och patient är en avgörande faktor för patientens omvårdnad, bot och bättring eftersom kommunikation möjliggör för en ömsesidig relation mellan personen som ger vård och personen som mottar vård. Sjuksköterskan har huvudansvaret för att främja en sådan kommunikation vilket möjliggör för sjuksköterskan och patienten att sätta upp gemensamma mål (ibid.).

Enligt King (1981) anger icke-verbal kommunikationen precis information om en annan individs attityder och känslor. Kommunikation uttryckt genom gester och liknande kan vara en avgörande faktor för en ömsesidig målsättning när patienten inte kan kommunicera verbalt (ibid.). Vid kommunikation sker transaktioner mellan de involverade i samtalet och både mottagarens och sändarens perceptioner ingår (King et al., 1997). King (1981) menar att transaktion innebär ett förhandlande och socialt utbyte som resulterar i måluppfyllelse. Kommunikation mellan sjuksköterska och patient ska ske i en sådan miljö där båda parterna respekterar och har en vilja att förstå varandra, vilket skapar motivation för att förstå och sedan använda information. Kommunikation kan även ske mellan två sjuksköterskor och därmed bör sjuksköterskor ha kunskaper om kommunikation och kommunikativa färdigheter (ibid.).

Bedsiderapportering och delaktighet

Sandman et al. (2013) beskriver delaktighetsbegreppet som tvådelat, dels innefattas en samhörighetskänsla i vårdsammanhanget och dels ett delat beslutsfattande rörande patientens vård. Patientlagen (SFS 2014: 821) har tillkommit för att förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Lagen framhåller vikten av att värna om patientens delaktighet, integritet och autonomi. Vidare betonas rätten att i samråd med vårdpersonal utforma sin vård och att patientens önskan och förutsättningar ska ligga till grund för val av vårdåtgärd (ibid.). Vid beslutfattande gällande hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor förekommer ofta klyftor mellan sjukvårdspersonalens och patientens kunskap (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2008). Florin et al. (2008) menar på att klyftan kan minskas om patienten blir informerad samt om sjukvårdspersonal strävar efter att inkludera patienten i beslutfattandet. Patientens delaktighet i sin vård har visat sig ha stor betydelse i patientsäkerhetsarbetet då risken för vårdskador minskar om patient och närstående är adekvat informerade (Lindh & Sahlqvist, 2012). Följsamheten till ordinationer och behandlingar ökar när patienten upplever sin medverkan som önskvärd och viktig (ibid.). Forskare framhåller att sjuksköterskor upplever bedsiderapportering som ett tillfälle att involvera patienten och få hen att känna sig delaktig i sin vård (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010; Sand-Jecklin et al., 2014). Florin et al. (2008) beskriver att patienter kan föredra att involveras i beslutfattandet rörande sin vård på olika sätt och att sjuksköterskan har ett ansvar att involvera patienten utefter patientens önskemål och behov. Chaboyer et al. (2010) framhåller att överrapporteringen är ett viktigt tillfälle att visa patienten att de är högt värderade och viktiga i vårdprocessen (ibid.).

King ser beslutsfattande som en personlig process som är knuten till situationen (King, 1981). Beslutsprocessen ses som kontinuerlig och har syfte att nå upp till mål. Olika faktorer som kan påverka beslutsprocessen där patient såväl som sjuksköterska deltar är exempelvis deras kunskap, erfarenheter, mål och hur patienten och sjuksköterskan ser på situationen. Om patienten får delta i beslutsprocessen främjas inläring och leder till ett minskat motstånd till beslut som fattas (ibid.).

Autonomi och patient empowerment

Sandman et al. (2013) beskriver autonomi som självlagstiftning och berör människans självbestämmande samt hens möjlighet att kontrollera sitt liv. I hälso- och sjukvårdslagen

(SFS 1982:763) belyses att patientens integritet och självbestämmande ska ligga till grund för vården. Svensk sjuksköterskeförening (2010) beskriver att när patienten ses som autonom har individen både rätt och resurser att besluta om frågor som rör sitt eget liv. Autonomi syftar därmed till att värna om och skydda patientens rätt till information samt frihet att besluta om frågor som rör sin vård (ibid.). Sjuksköterskor bör enligt King (1981) uppmärksamma att patienter har rätten till att fatta egna beslut och att sjuksköterskan har ansvar att informera patienten så att hen kan fatta ett välgrundat beslut. När sjuksköterskan gör patienten delaktig och överlåter en del av beslutstagandet kan patienten fastställa metoden för att nå sina bestämda mål (ibid.).

Vidare anser King (1981) även att en vital aspekt är att patienten engageras i beslutfattandet för att främja kvalitet på omvårdnaden av patienten. Insulander och Björvell (2013) beskriver att empowerment är ett adekvat förhållningssätt för att värna om patientens integritet och självbestämmande. Patient empowerment har till syfte att göra patienten till en jämbördig del i teamet. Grundtanken i patient empowerment är att i varje människa återfinns resurser som kan användas för att åter kontrollera sin hälsa. Vårdpersonal ska arbeta för att stärka patientens resurser och motivera patienten till att använda dem. När empowermentbegreppet införlivas i klinisk verksamhet bör vårdpersonalen skapa en tillåtande miljö där patientdelaktighet, engagemang och delat beslutsfattande betonas (ibid.). Likaså anser King (1981) att miljön patienten och sjuksköterskan befinner sig i måste främja respekt och förståelse för båda parter. Forskning visar att sjuksköterskor upplever att bedsiderapportering skapar ytterligare möjligheter till att belysa patientens expertis, uppmärksamma patientens utveckling, samt engagera och uppmuntra patienten till att delta i sin vård och de beslut som fattas (Groves et al., 2016).

Patientsäkerhet

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definieras patientsäkerhet som skydd mot vårdskada. Vårdskada inbegriper en kroppslig eller psykisk skada, lidande, sjukdom eller dödsfall som inträffar i samband med kontakt med hälso- och sjukvården och som hade kunnat undvikas med lämpliga åtgärder (ibid.). Sveriges kommuner och landsting ([SKL], 2015) framhäver att vården ska ha följande tre huvudperspektiv: patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad. Patientfokuserad vård kan främjas av vårdpersonalen genom att involvera patienten och dess närstående i omvårdnadsprocessen samt samordna

vård och uppmärksamma risker utifrån patientens förutsättningar. För att uppnå en kunskapsbaserad vård ska vårdpersonal arbeta utifrån evidensbaserad kunskap såväl som identifiera riskområden i vården. Vidare kan hälso- och sjukvårdspersonal gynna en organiserad vård genom att utarbeta standardiserade processer (ibid.). En särskilt stor risk för avvikelser ses vid övergångar mellan skift (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Vid övergången mellan skift, vårdgivare eller enheter råder en ökad risk för bristfällig kommunikation som kan innebära att information missas, glöms bort eller inte överförs av någon anledning (ibid.). Ur ett patientsäkerhetsperspektiv har implementering av bedsiderapportering bland annat visat sig minska antal fall av felaktig läkemedelshantering och frekvensen av fallolyckor hos patienter i samband med överrapportering (Sand- Jecklin et al., 2014; Groves et al., 2016).

Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av bedsiderapportering i omvårdnadsarbetet inom somatisk slutenvård.

Metod

Föreliggande litteraturstudie hade en explorativ induktiv ansats. Enligt Polit och Beck (2013) beskrivs en litteraturstudie som en organiserad och objektiv sammanfattning av tillgänglig forskning inom ett specifikt ämne. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att en induktiv ansats innefattar textanalyser som genomförs förutsättningslöst. Texterna som analyseras kan bestå av människors upplevelser och berättelser (ibid.). För att svara på föreliggande studies syfte krävdes att sjuksköterskans erfarenheter lyftes fram på ett förutsättningslöst sätt. Därtill syftade författarna till att skapa sig en överblick av forskningsområdet, varav en explorativ induktiv ansats bedömdes vara passande. Kvalitetsgranskning genomfördes med hjälp av modifierade versioner av granskningsprotokollen av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Analys av utvalda studier utfördes enligt Fribergs (2012) tre steg.

Urval av databaser

En sökstrategi innebär att välja sökord, sökvägar, avgränsningar och studietyp för att identifiera bästa möjliga litteratur (Kristensson, 2014). En litteratursökning för studien genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL. Willman et al. (2011) beskriver vikten av att genomföra sökningar i flera databaser samt användning av flera sökord för att inte utelämna möjligt relevanta studier. PubMed är en version av Medline, skapad av National Library of Medicine och innehåller tidskrifter inom omvårdnad, veterinärmedicin, medicin och odontologi. Databasen CINAHL har tydligare fokus på omvårdnadsvetenskap med referenser främst till vetenskapliga artiklar inom tandvård, omvårdnad, sjukgymnastik och nutrition (ibid.). Använda sökord formulerades utifrån studiens syfte och var följande: *“bedside report*”* (*= trunkering), *“bedside shift report*”*, *“bedside handover”*, *“bedside handoff”*, *“change-of-shift report*”*, *bedside*, *nurses*, *nursing*, *nurse’s role*, *nursing role* och *nurse-patient*. Sökord samt antal träffar återfinns i tabell 1 och tabell 2 under datainsamling. Föreliggande studie omfattade kvantitativa såväl som kvalitativa studier. Lundman et al. (2012) menar att det kan vara fördelaktigt att både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderas då det möjliggör för att studera problemet eller fenomenet ur olika perspektiv vilket ger en bättre förståelse av verkligheten. Främst kvalitativ data låg till grund för arbetet då föreliggande studies syfte ämnade beskriva sjuksköterskors erfarenheter av bedsiderapportering.

Ett inklusionskriterie var att studierna beskrev bedsiderapportering enbart från sjuksköterskans perspektiv eller en blandning av sjuksköterskans och patientens perspektiv. I de studier där även patientens perspektiv ingick inkluderades enbart de delar som redogjorde för sjuksköterskans erfarenheter. Studier som enbart berörde patientens erfarenheter och studier publicerade före år 2000 exkluderades. Valet av tidsintervall grundade sig i att föreliggande studie syftade till att beskriva dagens kunskapsläge. Ett annat inklusionskriterie var att studierna var skrivna på engelska eller svenska då författarna behärskar de språken, annan litteratur exkluderades.

Genomförande av datainsamling

Enligt Kristensson (2014) är ett adekvat tillvägagångssätt vid gallring av studier att författarna enskilt läser samtliga abstrakt som litteratursökningen gett upphov till. Därefter diskuteras

vilka artiklar som svarar till studiens syfte varpå de inkluderas. De studier som inkluderas läses därefter i sin helhet och därpå genomförs ytterligare en exkludering av studier som inte matchar syftet. Studier som inkluderats efter andra gallringen genomgår kvalitetsgranskning (ibid.).

Gallringen av artiklar har genomförts såsom Kristensson (2014) beskriver. Inledande sökning gav 45 träffar i PubMed och 49 träffar i CINAHL varav samtliga abstrakt genomgick en första granskning för att exkludera de artiklar vars syfte inte svarade mot föreliggande studiens syfte. Nio artiklar från PubMed, elva artiklar från CINAHL samt elva artiklar som återfanns i båda databaserna mötte inklusionskriterierna. När artiklarna lästes i sin helhet utslöts tio artiklar då de bedömdes ha mycket låg vetenskaplig kvalitet och/eller inte beskriva bedsiderapportering ur ett sjuksköterskeperspektiv. Resterande tio artiklar svarade mot föreliggande studiens syfte och genomgick en kvalitetsgranskning.

Tabell 1. Litteratursökning i PubMed

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Urval 1 Lästa artiklar	Urval 2 Valda artiklar
#1	“Nurses” [Mesh]	33 892		
#2	"Nurse's Role"[Mesh]	32 973		
#3	"Nursing"[Mesh]	90 000		
#4	Nurse- patient	41 715		
#5	“Bedside report*”	16		
#6	“Bedside shift report*”	10		
#7	“Bedside handover”	26		
#8	“Bedside handoff”	10		
#9	“Change-of- shift report*” AND Bedside	13		

#10	#1 OR #2 OR #3 OR #4	143 224		
#11	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	71		
#12	#10 AND #12	45	20	9 (varav 4 även återfanns i CINAHL)

Tabell 2. Litteratursökning CINAHL

Databas CINAHL	Sökord	Antal träffar	Urval 1 Lästa artiklar	Urval 2 Valda artiklar
#1	(MH "Nursing role")	32 405		
#2	(MH "Nurses+")	130 177		
#3	Nurse-patient	17 557		
#4	"Bedside report*"	43		
#5	"Bedside shift report*"	21		
#6	"Bedside handover"	24		
#7	"Bedside handoff"	16		
#8	"Change-of-shift report*" AND Bedside	12		
#9	#1 OR #2 OR #3	165 362		
#10	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	109		
#11	#9 AND #10	49	11	1

Kvalitetsgranskning

Granskning av valda artiklar genomfördes enligt granskningsprotokollen för kvalitativa och kvantitativa studier som återfinns i Willman et al. (2011). Granskningsprotokollen syftar till

att stödja författarna i granskningen av studiernas kvalitet och bör anpassas till varje unik litteratursammanställning, varav författarna har modifierat bilaga G och H enligt studiens syfte (ibid.). Vid modifieringen bedömde författarna först självständigt vilka delfrågor som skulle inkluderas. Efter jämförelser och diskussioner sammanställdes sedan de två granskningsprotokollen. De delfrågor som uteslöts bedömdes ej relevanta för föreliggande studie och berörde exempelvis blindning av forskare och deltagare samt huruvida en teori genererades. Författarna har även kombinerat de modifierade versionerna av bilaga G och H för att skapa ett granskningsprotokoll åt de studier som var av mixed-method design. Kvalitetsgranskningen har utförts av författarna oberoende av varandra, då Willman et al. (2011) menar att två oberoende granskningar ökar tillförlitligheten. Varje granskningsprotokoll innehöll ett antal delfrågor som alla var värda ett poäng vardera. Varje studie tilldelades ett poäng om svaret på delfrågan var positivt eller noll poäng om svaret var negativt. Därefter räknades den sammanlagda poängsumman om till procent för att sortera studierna efter förutbestämda kvalitetsnivåer (ibid.). I föreliggande studie var kvalitetsnivåerna: låg (under 70%), medel (70–79%) och hög (80–100%). Samtliga tio artiklar inkluderades, varav fem artiklar (Chaboyer et al., 2009; Bruton, Norton, Smyth, Ward & Day, 2016; Cairns, Dudjak, Hoffmann & Lorenz, 2013; Wakefield, Ragan, Brandt & Tregnago, 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2012) uppnådde medel kvalitet.

Genomförande av databearbetning

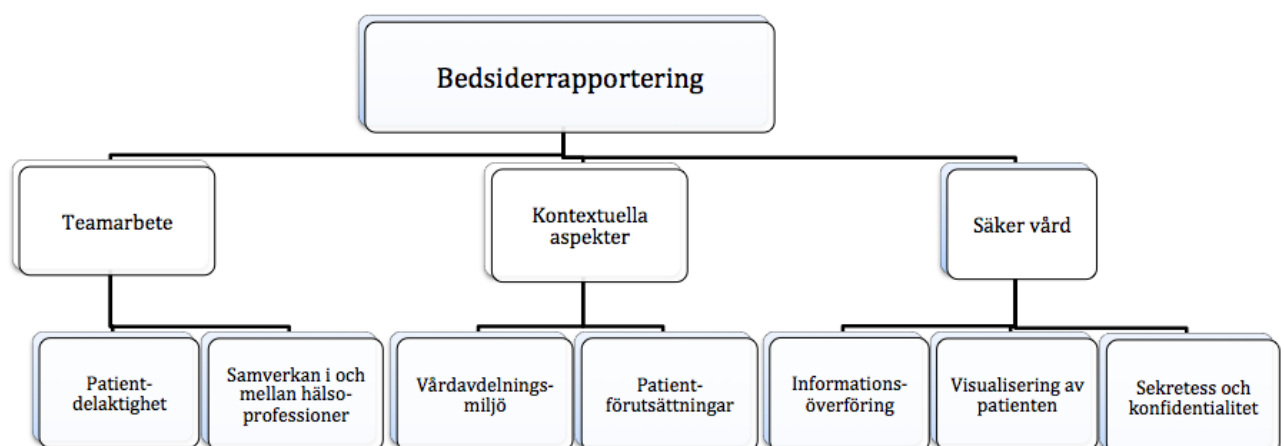
Författarna till föreliggande studie genomförde en tredelad analys av insamlade studier beskriven av Friberg (2012). Författarna läste enskilt studierna flertalet gånger för att skapa sig en förståelse av helheten och därefter identifierade författarna oberoende av varandra likheter såväl som olikheter avseende studiernas resultat. Därpå diskuterades materialet och sammanställdes och strukturerades gemensamt efter innebördsliga lik- och olikheter gällande sjuksköterskor erfarenheter av bedsiderapportering enligt Fribergs rekommendation (ibid.), vilket mynnade ut i tre teman; *teamarbete, kontextuella aspekter och säker vård* och sju underteman; *patientdelaktighet, samverkan i och mellan hälsoprofessioner, vårdavdelningsmiljö, patientförutsättningar, informationsöverföring, visualisering av patienten samt sekretess och confidentialitet.*

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen redogör för etiska principer som gäller vid forskning på människor (World Medical Association [WMA], 2013). En etisk princip relevant till föreliggande studie var principen om att samtliga deltagare, som är kapabla till att ge sitt medgivande, frivilligt måste ge informerat samtycke för att delta i studien. För att deltagarna ska kunna ge ett informerat samtycke krävs att de får adekvat information gällande förslagsvis mål, metoder och eventuella risker och om rätten att välja att inte delta i studien. Information skall framgå som tydliggör att deltagarna när som helst kan välja att avsluta sitt deltagande i studien. Försiktighetsåtgärder skall vidtas för att värna om deltagarnas integritet samt skydda deras personliga uppgifter (ibid.). Föreliggande studie var en litteraturstudie vilket innebar att data som legat till grund till följande studie redan var utförd (Friberg, 2012). Författarna granskade redan befintliga studier och i första hand inkluderades artiklar där etisk avvägning fanns beskriven. Likväl var författarna medvetna kring problematiken och allvaret att plagiera och förvränga information från valda källor.

Resultat

Den integrerade analysen mynnade ut i tre huvudteman; *teamarbete*, *kontextuella aspekter* och *säker vård* och sju underteman. Samtliga huvud- och underteman presenteras i figur 1.



Figur 1. Flödesschema över teman

Teamarbete

Patientdelaktighet

Bradley och Mott (2013) använde sig av en mixed-method av quasiexperimentiell såväl som bradleyetnografisk design för att undersöka nio patienters samt 48 sjuksköterskors upplevelser av bedsiderapportering. Resultatet visade att sjuksköterskors uppfattning av patientens delaktighet förändrades och att de efter implementeringen upplevde att patienterna blev mer delaktiga i rapporteringsprocessen (ibid.). Även studien av Johnson, Sanchez och Zheng (2015), som utfördes med observationer, enkäter och fokusgrupper, framhöll att sjuksköterskor upplevde en ökad patientdelaktighet vid användning av bedsiderapportering. I en intervjustudie med semistrukturerade intervjuer (Kerr, Lu & McKinlay, 2014) erfor sjuksköterskorna att bedsiderapportering stärkte partnerskapet mellan sjuksköterska och patient. Likväl att patienter genom att klargöra diverse information skapade förutsättningar för att sjuksköterskorna fick uppdaterad och relevant information. Partnerskapet möjliggjorde att patienten kunde känna sig trygg med att delge information som patienten annars ej hade gjort, på grund av att hen antingen trodde att informationen var irrelevant eller för att inte störa. Sjuksköterskorna såg även fördelar med att patienten deltog i rapporteringen och det betraktades som ett outnyttjat tillfälle när patienten ej medverkade (ibid.).

I enkätstudien med 486 patienter och 200 sjuksköterskor utförd av Whitty, Spinks, Bucknall, Tobiano och Chaboyer (2016) uppgav sjuksköterskorna att det viktigaste för dem var att patienten blev inbjuden till att delta i överrapporteringen samt att sjuksköterskorna kunde ställa frågor till patienten. Sjuksköterskorna identifierade även möjligheten till att fråga hur patienten mår, introducera påstigande sjuksköterska och att patienten kan höra det som rapporteras som positivt. Under överrapporteringen talade sjuksköterskor ibland över patienten, som om patienten inte var där. Sjuksköterskor erfor även att rapporteringsprocessen fortskred långsammare när patienten var delaktig vilket resulterade i att rapporten tog längre tid (ibid.). Bruton et al. (2016) intervjuade personer från ett flertal olika vårdprofessioner, varav tio var sjuksköterskor, angående deras erfarenheter av olika former av kommunikation. Hur delaktiga patienterna var under bedsiderapporteringen menade Bruton et al. (2016) berodde på formen av rapportering. Vissa sjuksköterskor pratade med låg röst, tittade ner på sina papper och gjorde inga försök till att involvera patienten medan andra pratade med normal röst, ställde frågor till patienten och besvarade funderingar som patienten hade (ibid.).

Johnson och Cowin (2012) framhöll i en kvalitativ studie där 30 sjuksköterskor intervjuades i sex olika fokusgrupper att patientdelaktigheten även kunde påverkas av att sjuksköterskor kände sig obekväma med att diskutera känsliga och personliga ämnen inför patienten

Samverkan i och mellan professioner

Wakefield et al. (2012) utförde en enkätstudie med 23 sjuksköterskor angående en implementering av bedsiderapportering på vårdavdelningen de var anställda vid. Resultatet av enkäten visade att sjuksköterskorna starkt höll med om att användningen av bedsiderapportering på avdelningen hade förbättrat kommunikationen sjuksköterskor emellan. De menade även att få rapport av mer än en sjuksköterska inte försvårade kommunikationen jämfört med när de mottog rapport enbart från en sjuksköterska (ibid.). Sjuksköterskorna i studien av Whitty et al. (2016) uttryckte att de föredrog att hålla rapport enbart med på- eller avstigande sjuksköterskor istället för att rapportera då hela teamet var närvarande.

Cairns et al. utförde år 2013 en enkätstudie där sjuksköterskor fick svara på en enkät 3 månader innan en implementering av bedsiderapportering och sedan 3 månader efter genomförd implementering. I resultatet framkom att sjuksköterskan som hade gett rapport till påstigande sjuksköterska i större utsträckning var tillgänglig för frågor efter utförd rapport (ibid.). Kerr et al. (2014) framhöll att sjuksköterskorna fick bättre möjligheter till att ifrågasätta information de hade fått vid översäkringeringen. Sjuksköterskor erfor även att teamsamarbetet hade förbättrats efter införandet av bedsiderapportering (Cairns et al., 2013).

Chaboyer et al. (2009) utförde en implementering av bedsiderapportering på tre vårdavdelningar på ett australienskt sjukhus. Synpunkter från patienter och sjuksköterskor samlades in innan implementeringen och ett halvår efter utförd implementering gav sjuksköterskorna skriftlig återkoppling. Sjuksköterskor beskrev hur skiftsamordnare och arbetslagsledare deltog vid bedsiderapporteringen vilket gav dem bättre förståelse för situationer som sjuksköterskorna möter under sina skift såväl som att de kunde dela med sig av sina erfarenheter och svara på eventuella frågor. Chaboyer et al. (2009) observerade även att annan vårdpersonal från andra professioner, såsom läkare, deltog vid bedsiderapporteringen vilket möjliggjorde för bättre kommunikation mellan hälsoprofessionerna. Bruton et al. (2016) beskrev hur hälsovårdsassistenter [eng: healthcare assistants], vilket är amerikanska motsvarigheten till undersköterskor, delvis eller helt uteslöts

från bedsiderapporteringen. Uteslutningen från rapporten resulterade i en potentiell risk för att hälsovårdsassistenten missade relevant och viktig information (ibid.).

Kontextuella aspekter

Vårdavdelningsmiljö

Sjuksköterskor i studien av Johnson et al. (2012) kommenterade miljön som bedsiderapporteringen tog plats i. Sjuksköterskorna menade att miljön på deras vårdavdelning ej var lämplig för bedsiderapportering då de ofta blev avbrutna av patienter samt att ljudnivån var för hög. På grund av distraktionerna upplevde de svårigheter att koncentrera sig vilket resulterade i en risk för att viktig information utelämnades. Sjuksköterskorna erfor att överrapporteringen som skedde på sjuksköterskeexpeditionen gav dem lugnet de behövde för att koncentrera sig på rapporten. På vissa avdelningar bedömdes bedrivandet av bedsiderapportering som omöjligt innan miljön förbättrades för att reducera ljudnivån (ibid.). Vidare beskrev Kerr et al. (2014) hur patienter på vissa avdelningar, såsom förlossningsavdelningar, fick besök av många närstående vilket kunde leda till att sjuksköterskor upprepade gånger blev avbrutna i sin rapportering. Johnson et al. (2012) redogjorde även för hur överrapporteringen i vanliga fall stannade upp genomflödet på avdelningen då all vårdpersonal på avdelningen samlades på samma plats. Därmed erfors det fördelaktigt om överrapporteringen skedde i mindre grupper i olika rum, såsom vid bedsiderapportering (ibid.).

Patientförutsättningar

I studien av Johnson et al. (2012) framkom enligt sjuksköterskorna att förvirrade och krävande patienter försvårade rapporteringen och ledde till försämrad kommunikation samt att sjuksköterskorna inte kunde koncentrera sig. Resultatet blev en ökad risk för att information utelämnades. Även språkbarriärer sågs som problematiskt. Sjuksköterskor berättade att det var svårt att bemöta patienter som gav rasistiska kommentarer till de sjuksköterskor som inte talade god engelska. Patienter med begränsade språkkunskaper i engelska kunde också ses som en utmaning (ibid.) i enlighet med berättelser från sjuksköterskor i artikeln skriven av Kerr et al. (2014). När sjuksköterskorna vårdade en patient som varken förstod eller själv pratade engelska sågs närstående som en stor tillgång, då de kunde översätta och på så sätt

föra vidare patientens önskan och frågor. Sjuksköterskorna erfor närståendes deltagande som en stor fördel med bedsiderapportering då de kunde bidra med viktig och adekvat information. Närvarande närstående var också fördelaktigt vid bedsiderapportering av patienter med kognitiv eller neurologisk nedsättning som inte kunde kommunicera effektivt samt vid palliativ vård (ibid.).

Säker vård

Informationsöverföring

Ett flertal studier lyfte fram att informationsöverföringen blev mer effektiv efter implementering av bedsiderapport (Bruton et al., 2016; Bradley et al., 2013; Kerr et al., 2014; Johnson et al., 2012). Kerr et al. (2014) framhöll att sjuksköterskor upplevde informationsöverföringen mellan sjuksköterskor som mer fokuserad och detaljerad. Informationen som överfördes erfor som mer adekvat än vid traditionell överrapportering, vilket underlättade för påstigande sjuksköterska att ge god vård. Sjuksköterskorna beskrev att formen av informationsöverföring skapade bättre förutsättningar för beslutsfattande och kliniska bedömningar. I enlighet med Kerr et al. (2014) framhöll Bradley et al. (2013) att information som delgavs under överrapportering blev mer kondenserad och av mer klinisk betydelse genom att skvaller och irrelevanta ämnen uteslöts från överrapporteringen. Sjuksköterskorna upplevde att förändringen ledde till ett mer vårdande förhållningssätt, ökad tillfredsställelse samt att vården blev mer personcentrerad (ibid.). Vidare menade Kerr et al. (2014) att sjuksköterskorna upplevde förbättrad och noggrannare dokumentation efter byte av överrapporteringsform. Sjuksköterskorna erfor att fel i dokumenteringen med högre sannolikhet skulle upptäckas under bedsiderapportering, vilket kunde leda till generande situationer (ibid.).

I en intervjustudie (Kerr et al., 2014) framkom att studiedeltagarna upplevde det som positivt att på- och avstigande sjuksköterska tillsammans gick igenom patientens chart, det vill säga ett utdrag av patientjournalen i pappersform, för få bekräftat att rätt omvårdnadsåtgärder genomförts såsom att läkemedel givits och dokumenterats. Likväl kunde eventuella problem lösas samtidigt som det möjliggjorde för påstigande sjuksköterska att ställa kompletterande eller förtydligande frågor. Förtydligande frågor lyftes upp av sjuksköterskorna som en tänkbar faktor till minskning av felaktig läkemedelsgivning (ibid.). Johnson et al. (2015) framhöll att

sjuksköterskor i högre grad hade vetskap om patientens vårdbehov och medicinering vid bedsiderapportering. Sjuksköterskor i studien av Bruton et al. (2016) beskrev det som positivt att patienten kunde rätta felaktigheter som delgavs under överrapporteringen samt att bedsiderapportering ökade kontinuiteten i informationsgivning och säkerhet i vården. I studien av Johnson et al. (2012) problematiserade sjuksköterskor användandet av olika informationskällor som inte överensstämmer med varandra. Sjuksköterskorna menade att inhämtning av information från flera källor, det vill säga muntlig överrapportering, överrapporteringsblad [eng: handover sheets] och omvårdnadsanteckningar kunde leda till felaktig och missvisande information (ibid.). Chaboyer et al. (2009) framhöll att bedsiderapportering underlättade bearbetningen av given information.

Visualisering av patienten

Sand- Jecklin et al. (2012) utförde en enkätstudie där bedsiderapportering implementerades på sju medicinsk-kirurgiska avdelningar. Data samlades in gällande sjuksköterskors och patienters syn på överrapporteringen före och efter implementeringen. Sjuksköterskorna menade att bedsiderapportering möjliggjorde ett tidigt möte med patienten samt tidigare bedömning av hans status (ibid.). Vidare erfor sjuksköterskor (Kerr et al., 2014; Johnson et al., 2015; Bruton et al., 2016) det som positivt att tidigt få möta patienten och därigenom få en bild av patientens aktuella hälsotillstånd. Sjuksköterskor (Kerr et al., 2014) beskrev att till skillnad från traditionell överrapportering där det ofta tog längre tid innan sjuksköterskan kunde möta patienterna hade sjuksköterskorna nu möjlighet att tidigt göra en bedömning av patientens hälsotillstånd. Sjuksköterskor erfor att det vid traditionell överrapportering ibland kom saker emellan och därför dröjde lång tid innan de kunde möta sina patienter och i vissa fall så sent som då upptäcka att en specifik patient inte mådde bra (ibid.). Johnson et al. (2015) framhöll att bedsiderapportering gav sjuksköterskor en tydligare bild av patientens operationssår, drän och venkatetrar.

I studien av Kerr et al. (2014) uttryckte sjuksköterskor att visualisering av patienten och dess chart i samband med överrapportering, gav påstigande sjuksköterska en god överblick över vilka behandlingar och åtgärder som utförts under dagen. Sand- Jecklin et al. (2012) visade på minskat antal fall i samband med bedsiderapportering. Sjuksköterskor i studien av Chaboyer et al. (2009) belyste att överrapportering vid sängkanten kunde främja patientsäkerhet då sjuksköterskor samtidigt genomförde en säkerhetsskanning av patienten.

Sekretess och konfidentialitet

Whitty et al. (2016) framhöll att sjuksköterskor föredrog att känslig information rapporterades i annat rum eller i skriven form än viskandes vid patientens säng (ibid.). Även sjuksköterskorna i studierna av Kerr et al. (2014) och Bruton et al. (2016) fann svårigheter i att värna om patientens sekretess vid bedsiderapportering. Studiedeltagarna (Kerr et al., 2014) identifierade samtalsämnen som palliativ vård, cancerdiagnoser och patientens tidigare och nuvarande drog- och alkoholanvändning som extra utmanande att prata om och samtidigt bevara patientens konfidentialitet och sekretess. När sjuksköterskorna tog sig an känsliga samtalsämnen hade de olika underlättande strategier såsom att prata med dämpade röster eller att avsluta rapporteringen med känslig information ute i korridoren (ibid.).

Johnson et al. (2013) identifierade att sjuksköterskor hade få eller inga problem rörande bibehållandet av sekretess och konfidentialitet vid bedsiderapportering. De problem som tillstötte erfors som lätthanterliga. Ett problem som sjuksköterskorna identifierade var om patienten hade besökare vid tidpunkten då överrapporteringen skulle ske. Lösningen på problemet var att fråga patienten om de ville att besökarna skulle stanna eller lämna rummet under rapporteringen. Vidare beskrev studiedeltagarna att det var viktigt att sjuksköterskorna var flexibla vid överförandet av känslig information, viss information kunde exempelvis ges på expeditionen. I enlighet med resultatet i studien av Johnson et al. (2012), beskrev Johnson et al. (2015) att konfidentialiteten kunde skyddas då viss information delgavs mellan sjuksköterskorna utan patienten.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Föreliggande studie utfördes som en litteraturstudie, vilket bedömdes vara en god metod för att svara på studiens syfte. Avsikten med studien var att sammanställa forskning inom området, vilket Kristensson (2014) beskriver möjliggör för en eventuell omsättning till praktik. Bedsiderapportering förekommer generellt inte i Sverige och en empirisk studie hade därför varit svår att genomföra. Vid preliminärsökningen noterade författarna ett flertal synonymer som används för att beskriva överrapporteringsformen (bedside report, bedside

shift report, bedside handover, bedside handoff och change-of-shift report). För att inte utesluta relevanta studier togs beslutet att samtliga synonymer skulle användas vid sökningen. Citationstecken kring sökorden användes för att säkerhetsställa att sökmotorn inte sökte på de individuella orden, såsom *report* i *bedside report*. Trunkering av sökorden möjliggjorde att samtliga varianter av sökorden inkluderades.

Vid alla steg i artikelsökningarna användes filter för att utesluta artiklar som inte nådde upp till inklusionskriterierna. De filter som användes var att artiklarna var skrivna på engelska eller svenska samt att de hade publicerats 2000-2016. Valet att utesluta artiklar skrivna på andra språk än svenska eller engelska kan ha orsakat att relevanta studier uteslöts. Inga artiklar uteslöts på grund av kostnad, emellertid bedömdes enbart en av artiklarna som relevant vid bedömning av titel. När författarna läste artikeln i sin helhet framkom att studien inte var relevant sett till föreliggande studies syfte då det var en observationsstudie med fokus på arbetad övertid och dokumentation och inte sjuksköterskornas erfarenheter av bedsiderapportering. Ett annat inklusionskriterie var att studierna skulle beskriva bedsiderapportering ur sjuksköterskans perspektiv eller både sjuksköterskans och patientens perspektiv. I de fall där båda perspektiven ingick användes bara sjuksköterskans perspektiv i analysen. Majoriteten (Bruton et al., 2016; Chaboyer et al., 2009; Whitty et al., 2016; Wakefield et al., 2012; Bradley et al., 2013; Sand-Jecklin et al., 2012) av de artiklar som sökningen resulterade i berörde både patienters och sjuksköterskors erfarenheter vilket hade inneburit ett mycket begränsat antal användbara artiklar om enbart de med endast sjuksköterskans perspektiv inkluderades. Inklusionskriteriet bedömdes därför vara lämpligt. Artikeln skriven av Cairns et al. (2013) saknade etiskt övervägande. Studien är publicerad i en databas där vetenskaplighet är av stor vikt och därför är det rimligt att någon form av etisk bedömning har genomförts.

De vetenskapliga artiklar som ingick i studien var genomförda i USA, Australien eller i England, vilket bedömdes vara främst de länder där forskning om bedsiderapportering genomförs. Författarna till föreliggande studie gör ett antagande att vårdsystemen i de tre länderna är förhållandevis likvärdiga med vårdsystemet i Sverige och att resultatet därmed kan vara överförbart till svensk hälso- och sjukvård, även om användning av bedsiderapportering generellt sett inte är normen i Sverige.

Vid modifieringen av granskningsprotokollen (Willman et al., 2011) analyserade författarna protokollen på egen hand för att göra en självständig bedömning av vilka kriterier som var relevanta innan gemensamma protokoll utformades efter jämförelser och diskussioner. Då tre (Bradley et al., 2013; Johnson et al., 2015; Sand-Jecklin et al., 2012) av artiklarna som ingick var av mixed-method behövdes även ett granskningsprotokoll skapas då inget formulär hittades som kunde granska artiklar som var av både kvantitativ såväl som kvalitativ design. Granskningsprotokollet för artiklarna som var av mixed-method var en sammanslagning av de modifierade versionerna av bilaga G och H (Willman et al., 2011). Då tre olika protokoll användes vid granskningen togs beslutet att kvaliteten på artiklarna skulle benämnas i procent för att möjliggöra en jämförelse. Samtliga artiklar som granskades uppnådde medel eller hög kvalitet och kunde därför inkluderas.

Litteratursökningen resulterade i tre kvantitativa studier, fyra kvalitativa studier och tre studier av mixed-method. Främst kvalitativ data användes från de artiklar som var av mixed-method design. Författarna bedömde att en kvalitativ ansats lämpligast kunde svara på studiens syfte då sjuksköterskornas *erfarenheter* skulle undersökas, vilket är ett begrepp som oftast undersöks i kvalitativa studier med exempelvis fenomenologisk eller fenomenografisk design. Emellertid ingick även kvantitativ data, som exempelvis var insamlad genom enkäter. Författarna bedömde att insamlad kvantitativ data svarade på syftet och belyste andra perspektiv och aspekter, varav den var relevant att inkludera i resultatet. Mängden kvantitativ data som användes i förhållande till kvalitativa data kan emellertid ha påverkat resultatet.

Diskussion av framtaget resultat

Unikt för bedsiderapportering är att tre aktörer deltar i överrapporteringen; två sjuksköterskor och en patient. Det som har framkommit i resultatet diskuteras därför utifrån relationen mellan sjuksköterskor; *Kommunikation sjuksköterskor emellan* samt utifrån relationen mellan sjuksköterska och patient; *Mötet mellan patient och sjuksköterska*.

Kommunikation sjuksköterskor emellan

Föreliggande studie har i resultatet identifierat att implementering av bedsiderapportering stärker yrkesrelationen sjuksköterskor emellan. Forskarna lyfte fram att sjuksköterskor efter implementering av bedsiderapportering upplever ett förbättrat teamsamarbete, mer noggrann

dokumentation samt mer fokuserad, detaljerad och effektiv informationsöverföring (Bradley et al., 2013; Bruton et al., 2016; Cairns et al., 2013; Chaboyer et al., 2009; Johnson et al., 2012; Johnson et al., 2015; Kerr et al., 2014; Wakefield et al., 2012). Interaktion är ett viktigt begrepp i Kings begreppsram (King et al., 1997) som hon definierar som ett informationsflöde, vilket genom kodning av bland annat språkliga och sensoriska beståndsdelar resulterar i mänskliga handlingar. King (1981) menar att lyhördhet från båda parter krävs vid interaktioner om informationsöverföringen ska bli meningsfull. En meningsfull informationsöverföring leder i sin tur till en ökad effektivitet och kvalitet på vården (ibid.). I enlighet med King, visade föreliggande studies resultat på att förbättrad informationsöverföring ökade kvaliteten på hälso- och sjukvården genom att göra omvårdnaden allt mer patientsäker och personcentrerad med ett tydligt vårdande förhållningssätt (Kerr et al., 2014; Bruton et al., 2016). Anledningarna till förbättrad överföring av information beskrevs vara att sjuksköterskorna fick möjlighet till att ställa frågor, att de kunde ifrågasätta information, att skvaller och annan irrelevant information uteslöts och att sjuksköterskorna enbart behövde rapportera till en sjuksköterska och inte hela arbetslaget (Bradley et al., 2013; Kerr et al., 2014; Wakefield et al., 2012; Whitty et al., 2016; Cairns et al., 2013).

Adekvat kommunikation är en central del i ett gott teamarbete inom hälso- och sjukvården och sjuksköterskan har en viktig roll att säkerhetsställa väl fungerande och effektiv kommunikation (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Bristande kommunikation mellan vårdpersonal innebär en stor risk för vårdskador (WHO, 2009; Svensk sjuksköterskeförening, 2013), men vid en fungerande kommunikation i arbetslaget finns goda förutsättningar för utövande av säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). King (1981) framhåller att sjuksköterskor bör ha goda kommunikativa färdigheter för att skapa goda interaktioner med patienten och dess närstående såväl som med vårdpersonal. Emellertid beskriver Svensk sjuksköterskeförening (2013) att trots att vårdpersonal har goda kunskaper av kommunikation med patienter och dess närstående, har de oftast ej fått träning i kommunikation i och mellan hälsoprofessioner. Kommunikationen och informationsutbytet som sker vid överrapporteringen har som mål att bibehålla en säker vård (Birmingham et al., 2015), varav hög kvalitet på rapporteringen är av stor vikt. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv innebar användandet av bedsiderapportering en förbättring av kommunikationen och utövandet av säker vård. Uppmärksammande av uteblivna läkemedelsgivningar, kunskap om patientens vårdbehov och möjlighet till att korrigera felaktig patientinformation var några exempel på

hur omvårdnadsarbetet förbättrades och hur vårdskador kunde undvikas när sjuksköterskorna emellan hade god kommunikation (Kerr et al., 2014).

Ett flertal försvårande omständigheter identifierades, vilka påverkade kvaliteten på kommunikationen sjuksköterskorna emellan när överrapporteringen skedde vid sidan om patientsängen (Johnson et al., 2012; Kerr et al., 2014). Några sådana omständigheter var när patienterna var förvirrade, högljudda och/eller hade en neurologisk nedsättning. Även stökiga miljöer där distraktioner var vanligt förekommande beskrevs som en utmaning vid överrapporteringen (ibid.). Svensk sjuksköterskeförening (2013) beskriver hur missad information i samband med skiftbyte innebär en ökad risk för vårdskador och Kerr et al. (2014) framhöll att distraktioner i miljön samt av patienter och närstående innebär en risk för utebliven information. Utebliven information orsakad av distraktioner riskerar därmed att äventyra patientsäkerheten. Resultatet tyder på att bedsiderrapportering inte är lämplig i alla situationer inom slutenvården.

Mötet mellan patient och sjuksköterska

Socialstyrelsen (2015) beskriver att vården sker i mötet mellan patient och vårdpersonal och i samspelet sker identifieringen av behov och resurser samt beslutande av vårdåtgärder. King (1981) menar att sjuksköterskan har ansvar att stödja patienten att återställa och bibehålla hälsa samt utgöra ett stöd för de patienter som för stunden inte på egen hand kan uppnå sina basala behov. Socialstyrelsen (2015) framhåller att vårdsituationen är asymmetrisk där patienten befinner sig i en beroendeställning gentemot vårdpersonalen för att kunna vara delaktig i sin vård. Asymmetrin i vårdsituationen ställer krav på vårdpersonal att ta ansvar för att skapa en dialog med patienten som möjliggör för patienten att ta en aktiv roll i sin vård (ibid.). I föreliggande studie framkom att användning av bedsiderrapportering är ett sätt att värna om patientens autonomi och den humanistiska människosynen i överrapporteringsprocessen. Sjuksköterskor upplevde ökad patientdelaktighet vid användning av bedsiderrapportering. Bruton et al. (2016) samt Whitty et al. (2016) framhåller att bedsiderrapportering är ett tillfälle att involvera patienten genom att exempelvis ge patienten utrymme att ställa frågor samt klargöra och addera information.

King (1981) framhåller vikten av att vårdpersonal skapar en ömsesidig relation till patienten genom användning av god kommunikation. Sjuksköterskan bär största ansvaret för att främja

god kommunikation men relationen bygger på att både sjuksköterska och patient deltar, i vilken deras beteende påverkar den andre. King menar att delaktighet i beslutsfattande i frågor som rör sitt liv är en rättighet. Likväl är beslutsfattandet en viktig del i omvårdnaden då besluten påverkar utfallet av given vård. Om patienten görs delaktig i beslutsfattandet minskar risken att patienten motsätter sig vård. Faktorer som kan påverka patientdelaktigheten i beslutsprocessen är exempelvis patientens kunskap, erfarenheter och mål med beslutsfattandet. King belyser vikten av att sjuksköterskan har förståelse för att personer kan erhålla olika upplevelser från samma situation och utifrån sina upplevelser agera olika (ibid.). I studien av Florin et al. (2007) framkom att patienter vill involveras i beslutsfattandet i olika stor utsträckning och sjuksköterskan bär ansvar att inte bara göra patienten delaktig utan också att göra patienten delaktig i den grad patienten önskar.

Olika hinder kan uppstå i mötet med patienten såsom avsaknad av en gemensam målbild, patienten känner sig osedd eller mindre värd. Uppkomna hinder måste överstigas för att vården ska kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt (Hörnsten, 2013). King (1981) menar att utformning av mål samt måluppfyllelse är en ömsesidig process som sker genom ett samarbete mellan sjuksköterska och patient. I föreliggande studies resultat framkom att bedsiderapportering gav möjlighet att lyfta patientens tillgångar och utveckling (Groves et al., 2016) samt att aktivt göra patienten delaktig och involverad i sin vård (Groves et al., 2016; Chaboyer et al., 2010; Sand-Jecklin et al., 2014).

King framhåller att interaktion som sker i mötet blir meningsfull och kan resultera i självförverkligande om samstämmighet kring måluppfyllnad samt obehindrat informationsutbyte mellan patient och sjuksköterska råder (King, 1981). Bedsiderapportering kan leda till ett mer obehindrat informationsutbyte, vilket framkom i studien av Kerr et al. (2014). Bedsiderapportering stärkte partnerskapet mellan sjuksköterska och patient, vilket skapade en tryggare patient som var mer tillfreds med att delge information. Delgiven och förtydligad information gav sjuksköterskorna större möjlighet att arbeta efter korrekt och uppdaterad information (ibid.). Bedsiderapportering var också ett tillfälle för patienten att rätta felaktig information, vilket sjuksköterskor menade ökade säkerheten och kontinuiteten i vården (Bruton et al., 2016). Tidig visualisering av patienten erfors också vara en aspekt som kunde öka patientsäkerheten (Chaboyer et al., 2009).

Bevarandet av patientens sekretess var problematiskt vid bedsiderapportering (Kerr et al., 2014; Bruton et al., 2016) Vissa ämnen beskrevs av sjuksköterskorna som särskilt svåra att diskutera med patienten vid sängkanten utan att bryta sekretessen (Kerr et al., 2014).

Sjuksköterskor erfor att ett sätt att skydda patientens konfidentialitet och sekretess var att avsluta rapporten utan patienten i annat rum eller i korridoren (Whitty et al., 2016; Kerr et al., 2014; Johnson et al., 2012; Johnson et al., 2015). I studien (Johnson et al., 2012) framkom att patientens delaktighet påverkades av sjuksköterskornas besvärade inställning till att diskutera känsliga ämnen inför patienten. I enlighet med King (1981) anser författarna att en ömsesidig relation mellan patient och sjuksköterska är av stor vikt och utelämnande av information till patienten riskerar bidra till en asymmetrisk relation.

Slutsats och kliniska implikationer

I föreliggande studie har sjuksköterskans perspektiv på bedsiderapportering lyfts fram. Det framkom i studiens resultat att bedsiderapportering stärker partnerskapet mellan patient och sjuksköterska samt mellan sjuksköterska och sjuksköterska. Likväl ökar patientens delaktighet i teamet och i sin vård, vilket sjuksköterskorna erfor som positivt. Studien har även visat på att bedsiderapportering minskar risken för vårdskador och således ökar möjligheterna för en god och säker vård.

Mot bakgrund till resultatet som belyste goda konsekvenser bedsiderapportering har på vård och omsorg finner författarna det av stor vikt att vidare forskning görs på området.

Bedrivning av vidare forskning om bedsiderapportering, från sjuksköterskor såväl som patienters perspektiv, kan skapa goda förutsättningar för att bedsiderapportering kan implementeras alltmer i den kliniska verksamheten i Sverige. När vidare forskning genomförts på området ser författarna också att en ökad användning av bedsiderapportering kan ske i takt med att vården blir mer personcentrerad.

Arbetsfördelning

Båda författarna intygar att arbetet med föreliggande litteraturstudie har fördelats jämt av båda parter. Samtliga delar av arbetet har utförts i samverkan och diskussion. Granskning av studiernas kvalitet samt den tredelade analysen av studierna var delar som författarna initialt genomförde enskilt för att inte påverka varandra i processen.

Referenser

Anderson, C., & Mangino, R. (2006). Nurse Shift Report: Who Says You Can't Talk in Front of the Patient?. *Nursing Administration Quarterly*, 30(2), 112-122.

Birmingham, P., Buffum, M. D., Blegen, M. A., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and patient safety: Grasping the story and painting a full picture. *Western Journal of Nursing Research*, 37(11), 1458-1478.

Bradley, S., & Mott, M. (2013). Adopting a patient-centred approach: An investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13/14), 1927-1936.

Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: Patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386-393.

Cairns, L., Dudjak, L., Hoffmann, R., & Lorenz, H. (2013). Utilizing Bedside Shift Report to Improve the Effectiveness of Shift Handoff. *The Journal of Nursing Administration*, 43(3), 160-165.

Chaboyer, W., McMurray A., Johnson J., Hardy, L., Wallis, M., & Chu, S. (2009). Bedside Handover; One Quality Improvement Strategy to "Transform Care at the bedside". *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 132-142.

Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal of Nursing Practise*, 16(1), 27-34.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: Predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2935-2944.

- Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gregory, S., Tan, D., Tilrico, M., Edwardson, N., & Gamm, L. (2014). Bedside shift reports: What does the evidence say?. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10), 541-545.
- Groves, P. S., Manges, K. A., & Scott-Cawiezell, J. (2016). Handing off safety at the bedside. *Clinical Nursing Research*, 25(5), 473-493.
- Hörnsten, Å. (2013). *Bemötande i vård och omsorg, patientperspektiv*, hämtad 7 december, 2016, från vårdhandboken
<http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-var-d-och-omsorg-patientperspektiv/Malet-ar-okad-patientcentrering/>
- Insulander, L., & Björvell, H. (2013). Patientempowerment: ett förhållningssätt i mötet med patienten. I B. Klang Söderkvist, B (Red.), *Patientundervisning* (s. 135-158). Lund: Studentlitteratur.
- Johnson, M., & Cowin, L. (2012). Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 121-129.
- Johnson, M., Sanchez, P., & Zheng, C. (2015). The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1/2), 257-268.
- Kerr, D., Lu, S., & McKinlay, L. (2014). Towards patient-centred care: Perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3), 250-257.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley.

King, I. M. (1997). Knowledge Development for Nursing: a Process. In B. King, I. M., & Fawcett, J (Eds.), *The Language of Nursing Theory and Metatheory* (pp. 19-26). Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Manias, E., & Street, A. (2000). The Handover: Uncovering the hidden practices of nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6), 373-383.

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2012). Incorporating Bedside Report Into Nursing Handoff: Evaluation of Change in Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2), 186-194.

Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2014). A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19), 2854-2863.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 12 mars, 2016, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 12 mars, 2016, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 29 februari, 2016, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/Sveriges Kommuner och Landsting. \(2015\). *Nationellt ramverk för patientsäkerhet* \[Broschyr\]. Stockholm: SKL. Från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5382.pdf?issuusl=ignore>](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/Sveriges_Kommuner_och_Landsting._(2015)._Nationellt_ramverk_för_patientsäkerhet)

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. hämtad 1 mars, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Kommunikation mellan vårdpersonal*. Hämtad 3 mars, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 12 mars, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Wakefield, D. S., Ragan, R., Brandt, J., & Tregnago, M. (2012). Making the Transition to Nursing Bedside Shift Reports. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(6), 243- 253.

Whitty, J., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2016). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health*, (In press).

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2009). *Human Factors in Patient Safety- Review of Topics and Tools*. Hämtad 14 mars, 2016, från WHO, http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 14 mars, 2016, från WMA, <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>