



JÖNKÖPING UNIVERSITY

*School of Health and Welfare*

# Se mig och låt mig berätta

Vårdtagares erfarenheter av överrapportering vid sängkanten

*En litteraturöversikt*

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*  
FÖRFATTARE: *Louise Karlsson*  
HANDLEDARE: *Eva Karin Hultgren*  
JÖNKÖPING: *2019-01*

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Dagens vårdtagare efterfrågar information och delaktighet i sin vård och behandling, trots detta sker den traditionella överrapporteringen utan vårdtagarens delaktighet. Detta kan påverka patientsäkerheten, genom att missvisande och felaktig information riskeras att överföras. Överrapportering vid sängkanten beskrivs främja ett flertal olika faktorer som ingår i begreppet personcentrerad omvårdnad, där vårdtagaren får möjlighet att delta och ta del av det informationsutbytet som sker vid överrapporteringen. **Syfte:** Syftet var att beskriva vårdtagares erfarenheter av överrapportering vid sängkanten. **Metod:** En litteraturöversikt genomfördes, där artiklar med både kvantitativ respektive kvalitativ metod sammanställdes, med en induktiv ansats. Samtliga artiklar granskades utifrån ett granskningsprotokoll framtaget av Hälsohögskolan i Jönköping och analyserades med hjälp av Fribergs femstegsmodell. **Resultat:** Med fokus på vårdtagares erfarenheter av överrapportering vid sängkanten framkom fyra huvudkategorier: *Relation, Delaktighet, Information samt Trygghet & Säkerhet*. **Slutsats:** Vårdtagarna erfor överrapporteringen vid sängkanten som positiv när momentet utfördes med ett personcentrerat förhållningssätt. I mötet mellan vårdtagare och sjuksköterska uppstår en fördjupad relation som synliggör människan bakom vårdtagaren. Detta bidrar till ett informationsutbyte som främjar relation, delaktighet, säkerhet och trygghet för vårdtagaren. **Nyckelord:** Bedsiderapportering, erfarenhet, patient, personcentrerad omvårdnad, rapportering, rapport.

## Summary

*See me and let me tell you*

*Patient's experiences of reporting at the bedside - A literature review*

**Background:** Today's patients demand information and participation in their care and treatment, despite this the traditional reporting takes place without the patients participation. This can affect patient safety by misleading and inaccurate information is risked to be transmitted. Reporting at the bedside is described as promoting a number of factors that are included in the concept of person-centered care, where the care-giver is given the opportunity to participate and take part in the exchange of information that takes place in the report. **Aim:** The aim was to describe patient's experiences of reporting at the bedside. **Method:** A literature review was conducted, compiling articles with both quantitative and qualitative method, with an inductive approach. All articles were examined on the basis of a review protocol developed by the School of Health Sciences in Jönköping and analyzed using Friberg's five-step model. **Results:** Focusing on the patient's experiences of reporting at the bedside, four main categories were found: *Relationship, Participation, Information and Safety & Security*. **Conclusion:** The patients present positive experiences of reporting at the bedside when performed with a person-centered approach. In the meeting between patient and nurse a deeper relation develops that makes the person behind the care becomes visible. This contributes to an exchange of information that promotes relationship, participation, safety and security for the patient. **Keywords:** Bedside handover, experience, patient, person-centered care, handover, hand off.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Överrapportering inom Hälso- och sjukvård .....	1
Muntlig rapportering .....	1
Läsrapportering .....	2
Bedsiderrapportering .....	2
Personcentrerad omvårdnad .....	2
Partnerskap .....	3
Patientdelaktighet .....	3
Patientsäkerhet .....	4
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>Metod</b> .....	<b>5</b>
Design .....	5
Urval .....	5
Datainsamling .....	5
Dataanalys .....	6
Forskningsetiska övervägande .....	6
<b>Resultat</b> .....	<b>7</b>
Relation .....	7
Delaktighet .....	7
Information .....	8
Trygghet & Säkerhet .....	9
<b>Diskussion</b> .....	<b>10</b>
Metoddiskussion .....	10
Resultatdiskussion .....	11
Relation .....	11
Delaktighet .....	12
Information .....	13
Trygghet & Säkerhet .....	13
<b>Slutsatser</b> .....	<b>14</b>
Kliniska implikationer .....	14
<b>Referenser</b> .....	<b>16</b>
<b>Bilagor</b> .....	
Bilaga 1 Granskningsprotokoll .....	
Bilaga 2 Sökmatrix .....	
Bilaga 3 Artikelmatrix .....	

## **Inledning**

Den traditionella dagliga överrapporteringen sker utan patientens deltagande, trots att rapporten till största del handlar om dennes behov, resurser och vårdplanering (Ekman & Segesten, 1995; Sandberg, 2014). Generellt är dagens vårdtagare pålästa och efterfrågar information och delaktighet i sin vård och behandling (Andlert, Högberg & Ogensjö, 2014), dock visar Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att vårdtagaren inte upplever sig få tillräckligt med information och delaktighet (IVO, 2016). Enligt patientlagen (SFS, 2014:821) ska vården, så långt som möjligt, utformas tillsammans med vårdtagaren, där en god relation mellan sjuksköterska och vårdtagare ska främjas, vilket är i enlighet med personcentrerad vård.

## **Bakgrund**

### Överrapportering inom Hälso- och sjukvård

Överrapportering syftar i detta arbete på den rapportering som sker mellan två skift av sjuksköterskor inom vården. Överrapporteringen inom Hälso- och Sjukvård är en väl etablerad ritual som i flera årtionden utgjort en betydande del av sjuksköterskans dagliga arbete (Kerr, 2002). Överrapportering definieras huvudsakligen som en kommunikationsprocess mellan två skift av sjuksköterskor, med syftet att förmedla väsentlig och patientspecifik information (Björvell, 2011; Kerr, Lu, McKinlay & Fuller, 2011) samt främja kontinuiteten av vårdtagarens vård och säkerhet (Mukhopadhyay et al., 2014). De rapporteringsformer som beskrivs är muntlig-, läs- och bedside rapportering (Björvell, 2011; Brown, 2007) och hur rapporteringen utformas beror på den aktuella avdelningens rutiner.

### *Muntlig rapportering*

Den muntliga överrapporteringen sker vanligtvis på sjuksköterskeexpeditionen där endast den personal som ska ge eller ta emot rapporten är närvarande (Clemow, 2006; Kerr et al., 2011). Denna form ger sjuksköterskan möjlighet att diskutera eventuella problem eller orosmoln som kan uppkomma tillsammans med sina kollegor i ett tidigt skede av arbetspasset (Flanagan, 2016). Dock kan kommunikationen påverkas av olika hinder, att kommunikationen uteblir, innehåller fel information, är ofullständig eller irrelevant då informatören kan välja vilken information som ges vidare beträffande vårdtagaren. Detta innebär att rapporten inte alltid består av saklig information, utan kan innehålla subjektiva och emotionella värderingar, vilket resulterar i förutfattade meningar som kan vara missledande, felaktiga och påverka patientsäkerheten (Björvell, 2011; Kerr et al., 2011). Detta stärks av World Health Organisation [WHO] som menar att det finns en säkerhetsrisk vid muntlig överrapportering, då information som förs vidare misstolkas eller är ofullständig. Detta beror på hur sjukvårdspersonalen har eller inte har utbildats inom kommunikation (WHO, 2007). Hinder för en effektiv kommunikation kan vidare bero på att mottagaren missförstår eller felvärderar innebörden av den information som ges och att det inte finns möjlighet och tid att reda ut oklarheter eller ställa följdfrågor. Ett problem kan också vara att den som lämnar rapport blir avbruten av andra deltagare eller att det småpratats under genomförandet (Riesenberg, Leisch & Cunningham, 2008). Struktur är därför en betydande del vid den muntliga överrapporteringen (Brown, Hemmings & Owen, 2009) för att undvika att patientsäkerheten äventyras (Thor & Wallin, 2008).

## *Läsrapportering*

Läsrapportering, även kallad skriftlig rapportering, innebär att sjuksköterskan läser rapporten istället för att lyssna (Björvell, 2011). Denna form är fördelaktig i det avseendet att den oftast innehåller en mindre mängd onödig information och fokus läggs på patientinformationen. Majoriteten av den information som dokumenteras överensstämmer med innehållet i den muntliga rapporten (Strople & Ottani, 2006). Problematiken med läsrapportering kan vara att det kollegiala utbytet av tankar och funderingar kring vårdtagaren minskar och rapporten kan upplevas som opersonlig, där den sociala funktionen fattas (Björvell, 2011; Strople & Ottani, 2006). I vissa fall används både muntlig rapportering och läsrapportering vilket innebär att läsrapportering sker först och därefter sker den muntliga rapporteringen. Detta arbets sätt tar mycket tid som skulle kunna användas till det direkta patientarbetet och leda till ökad vårdkvalité (Brown, 2007). De traditionella överrapporteringsformerna sker vanligtvis utan vårdtagarens närvaro. Detta kan medföra bristande information och missförstånd som i sin tur leder till felbehandling och vårdskada (Anderson & Mangino, 2006; Kerr, Lu & McKinlay, 2013).

## *Bedsiderapportering*

Dagens vårdtagare efterfrågar delaktighet i sin vård och behandling (Andlert et al., 2014), för att öka delaktigheten tillämpas en ny form av överrapportering, som benämns bedsiderapportering (BSR). Modellen innebär att rapporteringen mellan sjuksköterskor sker tillsammans med vårdtagaren vid dennes sängkant och förväntas involvera och öka dennes delaktighet (Tan, 2015; Evans, Grunawalt, Mc Clish, Wood & Friese, 2012). Momentet leds av ansvarig sjuksköterska som tillsammans med personal inleder sitt arbetspass (Liu, Manias & Gerdtz 2012). Vårdtagaren får tillfälle att själv berätta hur behandlingar och effekter upplevs och sjuksköterskan, som tar över omvårdnadsansvaret, får en chans att möta individen och skapa sig en överblick i ett tidigt skede (Liu et al., 2012; Mirsch, 2013). Som modell förväntas BSR öka vårdtagarens delaktighet och säkerhet i vården då möjlighet ges att ställa frågor, vara med i diskussion och erfara den information som överlämnas (Liu et al., 2012; Mirsch, 2013). Viktigt att påtala är att känslig information kan behövas diskuteras i enskilt rum tillsammans med vårdtagaren (Evans et al., 2012). Det är även vårdtagarens samtycke som avgör om anhöriga får delta (Chaboyer, Mc Murray & Wallis, 2010). BSR som rapporteringsform förväntas skapa en djupare relation och kommunikation mellan sjuksköterska och vårdtagare, då vårdtagaren direkt kan bekräfta information och ställa frågor vid eventuella oklarheter (Liu et al., 2012). Vidare har BSR visat sig främja sjuksköterskans tillfredsställelse, då vårdtagaren involveras mer i omsorgs arbetet (Sarvestani et al., 2015). Sjuksköterskan upplever sig även mer informerad kring vårdtagarens villkor, vilket bidrar till att rapporten blir mer noggrant utförd och informationen som förmedlas blir mer relevant (Sherman, Sand & Johnson 2013). När fokus läggs på vårdtagaren stärks den personcentrerade vården och därför bör ambitionen hos vårdgivaren vara att få vårdtagaren delaktig (Anderson och Mangio, 2006).

## **Personcentrerad omvårdnad**

Det traditionella paradigmet inom Hälso- och Sjukvård har ansetts vara det biomedicinska perspektivet, där människan består av delar och processer som påverkar varandra (Edvardsson, 2010). Personen blir ofta reducerad till patient, organ

eller DNA i strävan efter att diagnostisera och behandla. Sedan en tid tillbaka har det riktats kritik till det biomedicinska perspektivet inom Hälso- och sjukvård och fokus har istället lagts på livsvärldsperspektivet, som handlar om att uppmärksamma vårdtagarens dagliga verklighet och se till individens subjektiva upplevelse av situationen (Dahlberg et al., 2003). Personcentrerad omvårdnad (PCO) strävar efter att se människan som en helhet och inte som ett hälsotillstånd. Människan skall ses som en person och inte som en vårdtagare (Edvardsson, 2010; WHO, 2005; Dudas et al., 2012). PCO belyser vikten av att se personen bakom vårdtagaren där personens bakgrund, behov, känslor och individuella styrkor och svagheter uppmärksammas (Ekman et al., 2011). Vårdgivaren skall tillgodose personens behov av meningsfullhet, beslutsfattande och respektera personens tolkning av omvärlden (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008; McCormack, 2004). PCO förespråkas av WHO som en indikator för kvalitet som ökar tillfredsställelsen i vården och har påvisats skapa en uppfattning av säkerhet, struktur och trygghet för vårdtagaren (Dudas et al., 2012; Edvardsson, 2010). PCO bygger på ett partnerskap, mellan vårdtagare och vårdgivare, där vårdtagaren får stå i centrum och ses utifrån ett helhetsperspektiv som skapar möjlighet för delaktighet och gemensamt beslutsfattande (Ekman et al., 2011).

### *Partnerskap*

För att uppnå partnerskap i praktiken beskriver Ekman et al., en process i tre grundläggande steg; *patientberättelsen, delat beslutsfattande* samt *dokumentation*. Patientberättelsen är själva grundstenen i partnerskapet och syftar till att vårdtagaren ges möjlighet att berätta om sina upplevelser, känslor och preferenser. Genom berättelsen skapas en gemensam förståelse för vårdtagarens upplevelse som i sin tur ligger till grund för diskussion, behandling och vårdplanering. Sjuksköterskan har till uppgift att bekräfta individens upplevelser (Edvardsson, 2010; WHO, 2005) som leder till att vårdtagaren upplever informationen som viktig för sjuksköterskans ställningstagande. Sjuksköterskan kan därefter vägleda, urskilja behov, resurser och tillsammans med vårdtagaren skapa en vårdplan som utgår från vårdtagarens berättelse (Ekman et al., 2011; McCormack & McCance, 2010; Dudas et al., 2012). Andra steget är *delat beslutsfattande* som innebär att personen som vårdas ses som en jämbördig partner som innehar expertis kring sin egen sjukdom och livssituation. Det tredje steget är *dokumentation* som innefattar att dokumentera vårdtagarens preferenser, övertygelser och värderingar samt engagemang i beslutsfattande och behandling. Detta underlättar för kontinuiteten i omvårdnadsarbetet och skall betraktas lika obligatoriskt som de kliniska fynden (Ekman et al., 2011).

### *Patientdelaktighet*

Patientdelaktighet skapar möjlighet för samverkan i partnerskapet (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos 2008) och utmaningen för sjuksköterskan är att ge vårdtagaren möjlighet att presentera sig själv som en person och inte som en sjukdom och att uppmuntra vårdtagaren till att aktivt delta och hitta lösningar på sina problem (Ekman et al., 2011; Dudas et al., 2012). Det innebär att sjuksköterskan bjuder in, bekräftar vårdtagaren och vågar ha en öppen kommunikation, uppmuntrar till egenvård, samt bekräftar vårdtagarens känslor och beteenden. I mötet med vårdtagaren bör sjuksköterskan ta reda på vad som är hans specifika resurser genom ett utbyte av kunskap och information (Sahlsten, Larsson, Lindencrona & Plos, 2005). Vidare finns det hinder som påverkar delaktighet, exempel på detta är vårdtagarens attityd och inställning, hänsyn gällande regler och säkerhetsaspekter och sjuksköterskans

personliga förmåga att hantera tid då arbetsbördan blir för stor (Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane & Chaboyer, 2015). Således när vården skapar möjlighet för vårdtagaren att stå i fokus, kan patientdelaktigheten och patientsäkerheten öka och många missförstånd kan undvikas (Öhrn, 2014). Delaktighet leder till följsamhet i ordination, bättre behandlingsresultat och ökad patientsäkerhet som resulterar i färre vårdskador (Nordenström, 2015; Socialstyrelsen 2015).

### *Patientsäkerhet*

Patientsäkerhet handlar om att skydda vårdtagaren från vårdskada. Det är vårdgivarens skyldighet enligt patientsäkerhetslagen att så långt det är möjligt utforma och genomföra vård i samråd med vårdtagaren och vidta åtgärder som förebygger att individen drabbas av vårdskada. Lagen tydliggör även vårdgivarens ansvar gentemot patientsäkerhetsarbetet och anmälningsskyldigheten när vårdtagaren drabbas av eller utsätts för risk gällande vårdskada (SFS 2010:659). I patientlagens inledande kapitel beskrivs att syftet med lagen är att stärka vårdtagarens ställning och främja vårdtagarens integritet, självbestämmande och delaktighet, genom att vård och behandlingsåtgärder ska utgå från vårdtagarens önskemål och individuella förutsättningar (SFS 2014:821). När vårdtagaren inte får medverka i sin egen vård resulterar detta i ökad felbehandling och att preventiva åtgärder inte vidtas, vilket skapar ett onödigt lidande för vårdtagaren (Andersson et al., 2015). Säker kommunikation och informationsöverföring är också viktiga faktorer för att upprätthålla en patientsäker vård. En god och effektiv kommunikation mellan vårdgivare resulterar i att en god och patientsäker vård med hög kvalitet bevaras (Öhrn, 2014).

Partnerskap, patientdelaktighet och patientsäkerhet är viktiga delar inom begreppet PCO och inom den svenska lagstiftningen (2014:821; SFS 2014:821) Ökad patientdelaktighet ingår i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2017). BSR beskrivs främja ett flertal olika faktorer som ingår i begreppet PCO, där vårdtagaren får möjlighet att delta och ta del av informationsutbytet vid överrapporteringen (Liu et al., 2012; Mirsch, 2013). Genom att lyfta vårdtagares egna erfarenheter av BSR, kan förståelse skapas gällande om metoden bidrar till en mer personcentrerad omvårdnad.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva vårdtagares erfarenheter av överrapportering vid sängkanten.



## Metod

### Design

En allmän litteraturöversikt genomfördes med syftet att skapa en överblick över kunskapsläget inom valt område (Friberg, 2017b). Artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats sammanställdes, vilket beskrivs som en fördel då fenomenet kan belysas ur olika synvinklar (Forsberg & Wengström, 2017; Friberg, 2017b). Utifrån syftet analyserades innehållet i artiklarna med en induktiv ansats vilket innebar att forskaren beskrev ett fenomen och jämförde inte resultatet utifrån en tidigare teori (Polit & Beck, 2012). Litteraturöversikten hade sin grund i en problemformulering, som löpte som en röd tråd genom hela analysprocessen (Forsberg & Wengström, 2017). Erfarenheter benämns även som upplevelser i litteraturstudien.

### Urval

Litteraturöversikten genomfördes utifrån Fribergs tankeprocess (2017a). De artiklar som valdes ut till litteraturöversikten svarade mot problem och syfte och var av både kvalitativ och kvantitativ ansats. Inklusionskriterier var vetenskapliga originalartiklar skrivna på engelska, peer reviewed och som erhöll tillstånd från en etisk kommitté eller visade på noggranna etiska överväganden (Forsberg & Wengström, 2017). Även artiklar som innehöll fler perspektiv än vårdtagaren inkluderades om vårdtagarperspektivet återfanns, återfanns inte vårdtagarperspektivet exkluderades således artiklarna från litteraturöversikten. Exkluderades gjordes även artiklar som enbart hade sjuksköterskans perspektiv, artiklar med deltagare under 18 år samt artiklar som inte uppnådde kvalitetskriterierna, 10 av 12 poäng. Ingen avgränsning gällande kön och nationalitet gjordes, det ansågs irrelevant för att kunna undersöka fenomenet ur ett bredare perspektiv.

### Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes i databaserna CINAHL och MedLine som båda är inriktade på forskning inom omvårdnad vilket svarar mot litteraturöversiktens syfte (Forsberg & Wengström, 2017). Med syftet att skapa en första överblick genomfördes en inledande sökning, med hjälp av en bibliotekarie vid Högskolebiblioteket i Jönköping, med begreppen "Bedside report", "bedside handover", "bedside handoff" samt "patient" (Friberg, 2017b). Med den inledande sökningen som underlag gjordes en fritextsökning i olika kombinationer se (bilaga 2). Trunkeringar (asterisk\*) gjordes vid ordstammarna med avsikt att få med alla böjningsformer av sökorden (Östlundh, 2017). Booleska operatörer som "OR" och "AND", användes för att göra avgränsningar och möjliggöra användningen av flera ord i en och samma mening vilket förbättrade sökningsförfarandet (ibid.). Vid första sökningen i CINAHL gjordes en sökning mellan åren 2008–2018, men då antalet studier som svarade mot syftet blev för få togs avgränsningen årtal bort. I MedLine genomfördes hela sökningen mellan åren 2008–2018. Alla titlar lästes noga igenom och de titlar som erfors svara mot syfte och inklusionskriterier sorterades vidare. Därefter lästes utvalda titlars abstrakt igenom och överensstämde dess innehåll med syfte och inklusionskriterier lästes således studiens resultat. De artiklar vars resultat svarade mot syftet kvalitetsgranskades individuellt utifrån ett granskningsprotokoll, framtaget av Hälsohögskolan i Jönköping, se (bilaga 1). De artiklarna som kvalitetsgranskades skrevs ut och lästes noga igenom ett flertal gånger för att kunna säkerställa innehållet och kvalitén i

artiklarna. Fem studier exkluderades vid kvalitetsgranskningen, då 10 av 12 kriterier inte uppnåddes, tio artiklar valdes vidare till resultatanalysen.

## Dataanalys

Artiklarna analyserades enligt Fribergs analysmodell (2017c) som består av fem steg. Först lästes de valda artiklarna igenom ett flertal gånger och översattes för att få en förståelse av innehåll och sammanhang. Resultatet från de kvalitativa artiklarna genomsöktes efter nyckelfynd som beskrev deltagarnas upplevelser av BSR. Nyckelfynden markerades med färgpenna och antecknades i ett separat dokument med nummer efter vilken artikel nyckelfynden kom ifrån. På så vis upptäcktes likheter och skillnader i upplevelser från de olika artiklarna. Resultatet från de kvantitativa artiklarna genomsöktes efter nyckelfynd som beskrev vårdtagarnas erfarenheter av BSR, genom att studera statistiska samband mellan vårdtagarna som erfor och inte erfor BSR. Ur resultatet kunde statistiska samband urskiljas som nyckelfynd och antecknades på samma vis som nyckelfynden från de kvalitativa artiklarna. Därefter fördes områden och aspekter som titel, syfte, metod, resultat etc. in i en artikelmatris, se (bilaga 3). Sedan relaterades artiklarnas resultat till varandra, skillnader och likheter identifierades och sorterades. Utifrån bearbetningen utkristalliserades huvudfynd som utgjorde resultatet (Ibid). Huvudfynden, de mest utmärkande faktorer som beskrev vårdtagarnas erfarenheter av BSR, mynnade ut i följande huvudkategorier; *Relation, Delaktighet, Information och Trygghet & Säkerhet* (Ibid). Vid analysen har beaktande tagits till hur kvantitativ respektive kvalitativ data presenteras i resultatdelen. Kvantitativ data presenterades genom statistiskt signifikanta samband (vilket anges i p-värde) av erfarenheter av BSR medan kvalitativ data beskrevs genom upplevelser.

## Forskningsetiska övervägande

Forskningsetikens mening är att skydda den enskilda människan och värnar om individens grundläggande värde och rättigheter (Kjellström, 2017). I omvårdnadsbaserade studier är deltagarna oftast människor, därför är det viktigt att deras säkerhet, rättigheter och välbefinnande tillgodoses och skyddas (Polit & Beck, 2016). Författaren studerade artiklar som beskrev individers erfarenheter, därför gjordes etiska överväganden med hänsyn till urval och presentation till resultatet. Endast artiklar som var godkända av en etisk kommitté eller redogjorde noggrant för etiska överväganden, inkluderades (Forsberg & Wengström, 2017). Alla artiklar som ingick i litteraturöversikten har hanterats enligt god forskningssed, vilket betyder att materialet inte har förvanskats, förvrängts eller manipulerats (Kjellström, 2017). Studenten har ibland begränsningar i det engelska språket och de metodologiska kunskaperna för att förstå och kunna göra rättvisa bedömningar, där risk för feltolkningar finns (Ibid). Denna aspekt har tagits i beaktning under hela forskningsprocessen. En studie som är etiskt grundad skall bestå av frågeställningar som är av betydelse och nytta för samhälle, profession och individ (Kjellström, 2017). Litteraturöversiktens ämne var av värde att studera då kunskapen om vårdtagares erfarenheter av BSR kan förbättra sjuksköterskans möjlighet att bedriva en mer personcentrerad vård som i sin tur bidrar till att öka vårdtagares partnerskap, delaktighet och säkerhet där risken för vårdskada minskar. Genom minskade vårdskador minskar även kostnader för samhället vilket kan ses som en samhällsnytta.

## Resultat

Resultatet är baserat på 10 vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod (n=7) och kvantitativ metod (n=2) och mixad metod (n=1). Artiklarna var genomförda i Sverige (n=1) Australien (n=4), Storbritannien (n=2), Kanada (n=1), USA (=1), Italien (n=1). Sammanlagt deltog 585 vårdtagare. Resultatet består av följande huvudkategorier; Relation, Delaktighet, Information och Trygghet & Säkerhet.

### Relation

*Kategorin beskriver vårdtagarnas erfarenheter av relationen till sjuksköterskan och hur den påverkades av BSR momentet. Faktorer som relaterade till kategorin återfanns i nio artiklar, där sju var av kvalitativ metod, en av mixad metod och en av kvantitativ metod.*

Överrapportering vid sängkanten (BSR) bidrog till att vårdtagarna fick en bättre uppfattning kring vem deras vårdansvariga sjuksköterska var, att få ett ansikte i tidigt skede av dagen, bringade känslor av trygghet och lugn (Bradley & Mott, 2014; Bruton, Norton, Smyth, Ward & Day, 2016; Lupieri, Creatti & Palese, 2016). Introduktionen av den inkommande sjuksköterskan var också den vanligaste positiva upplevelsen som vårdtagarna nämnde kring BSR (Jeffs et al., 2014). Att få träffa sin vårdande sjuksköterska i ett tidigt skede gjorde att vårdtagarna upplevde BSR som ett mer personligt överrapporteringssätt än de traditionella överrapporteringsformerna (Bradley & Mott, 2014; Lu, Kerr & McKinlay, 2014; McMurray, Chaboyer, Johnson & Gehrke, 2011.). Vårdtagarna upplevde sig själva som en medmänniska i sjuksköterskans ögon och inte som ett sår eller ett rumsnummer (Kerr, McKay, Klim, Kelly, & McCann, 2014; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011;). Vårdtagarna upplevde också att BSR gav möjlighet till att lära känna sjuksköterskan på ett mer personligt plan (Bradley & Mott, 2014; Jeffs et al., 2014; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011). Då vårdtagarna var förpassad till sängen stora delar av dagen sågs BSR momentet som ett trevligt och socialt avbrott i vardagen tillsammans med sjuksköterskan (Bradley & Mott, 2014). BSR bidrog till att vårdtagarna fick lyssna in vad sjuksköterskan hade att säga och upplevde då ett ökat förtroende för sjuksköterskans fulla kompetens (Cahill, 1998; Kerr et al., 2014 ; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014). Vårdtagarna upplevde det också lättare att interagera med sjuksköterskan på grund av den ökade informationen som BSR medverkade till (Cahill, 1998) och när vårdtagarna kunde försäkra sig om att sjuksköterskan hade tillräckligt med information och kunskap om deras tillstånd och omvårdnadsbehov kunde vårdtagarna vila tryggt i sjuksköterskans händer (Cahill, 1998; Kerr et al., 2014, Lupieri et al., 2016). I Kullberg, Sharp, Johansson, Brandberg & Bergenmars studie framkom det ingen signifikant skillnad ( $p=0,3628$ ) mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen gällande vårdtagarnas tillfredsställelse i sjuksköterskans sociala förmåga och tillgänglighet i förhållande till om vårdtagarna upplevde BSR eller inte (Kullberg et al., 2017).

### Delaktighet

*Kategorin beskriver hur BSR momentet påverkade vårdtagarnas erfarenheter av delaktighet. Faktorer som relaterade till kategorin återfanns i nio artiklar, där sju var av kvalitativ metod och en av mixad metod och en av kvantitativ metod.*

BSR som överrapporteringsform bidrog till en ökad upplevelse av att vara delaktig i sin vård och behandling och förfrågan om att delta vid överrapporteringen välkomnades

från vårdtagarna (Bradley & Mott. 2014; Cahill. 1998; Jeffs et al., 2014; Kerr et al. 2014; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014; McMurray et al., 2011). Vårdtagarna upplevde tillfredsställelse i att få ta del av den information som överfördes (Bradley & Mott, 2014; Jeffs et al., 2014), detta bidrog till ökat självförtroende och känsla av kontroll över vårdsituationen (Kerr et al. 2014; Lu et al., 2014). Vårdtagarna beskriver hur BSR ger ökad empowerment, genom upplevelsen av att vara delaktig i processen och att ha tillräckligt mycket med information för att kunna ta beslut om vad som skall genomföras härnäst (Jeffs et al., 2014). Ett signifikant samband ( $p=0,001$ ) uppmättes mellan ett frekvent användande av BSR och vårdtagarnas erfarenheter av ökad delaktighet på grund av att vårdtagarna fick mer information som bidrog till en ökad förståelse för deras vård och behandling (Ford et al., 2014). BSR medverkade även till välbefinnande för vårdtagarna vid upplevelsen av att sjuksköterskan gjorde en medveten ansträngning i att involvera och delaktiggöra dem i processen (Bradley & Mott. 2014; Bruton et al., 2016; Jeffs et al., 2014; Kerr et al. 2014; Lu et al., 2014; McMurray et al., 2011). När vårdtagarna uppmuntrades till delaktighet bidrog det till upplevelsen av att sjuksköterskan lyssnade och beaktade vad vårdtagarna hade att säga (McMurray et al., 2011) att deras känslor, åsikter och tankar synliggjordes och besvarades (Bradley & Mott. 2014; Jeffs et al., 2014; Kerr et al. 2014). BSR momentet upplevdes som ett tillfälle för vårdtagarna att bjuda in närstående och göra dem delaktiga i processen. Vårdtagarna upplevde närstående som ett språkrör, när orken inte räckte till, samtidigt som närstående fick en naturlig möjlighet att ställa frågor och få information om vårdtagarnas tillstånd (Kerr et al. 2014). Vårdtagarna önskade att sjuksköterskan skulle fråga först innan BSR momentet började, om dem ville att närstående skulle delta, då det i vissa fall inte var önskvärt (Kerr et al. 2014). Vårdtagarna upplevde att sjuksköterskan hade en roll att känna in och individanpassa BSR momentet utifrån vilken vårdtagare som rapporterades (Cahill, 1998; McMurray et al., 2011), till exempel när vårdtagarna aktivt ville delta vid BSR eller bara vara närvarande och lyssna. Anledningen till att bara vilja lyssna kunde vara att vårdtagarna var blyga, inte hade ork eller bara hade en önskan om att få sova vidare (Cahill. 1998; Bruton et al., 2016; McMurray et al., 2011). Vidare beskrivs att vårdtagarna kunde upplevde sig själva som en distraktion (Cahill, 1998; McMurray et al., 2011) och att bristande självförtroende var en anledning till att inte delta (McMurray et al., 2011). Ibland upplevde vårdtagarna en önskan om att delta mer men erfor begränsningar i sitt deltagande när sjuksköterskan pratade över huvudet eller inte bjöd in dem i samtalet (Cahill, 1998; Lupieri et al., 2016 ; McMurray et al., 2011). Vårdtagarna upplevde avsaknad av en tydlig rollfördelningen mellan dem och sjuksköterskan, exempel var när vårdtagarna inte visste när dem fick prata eller "antog" att de endast fick det när sjuksköterskan gav ordet (Cahill, 1998; Kerr et al. 2014) och när sjuksköterskan förväxlades med att vara läkare (Lupieri et al., 2016).

## Information

*Kategorin beskriver vårdtagarnas erfarenheter av informationsutbytet mellan dem och sjuksköterskan och hur BSR momentet påverkade. Faktorer som relaterade till kategorin återfinns i nio artiklar, där sju var av kvalitativ metod och två av kvantitativ metod.*

Vårdtagarna upplevde att BSR skapade en möjlighet till att både verifiera och förmedla viktig information till sjuksköterskan (Bruton et al., 2016; Jeffs et al. 2014; Kerr et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014; McMurray et al., 2011). Vårdtagarna upplevde att BSR var ett tillfälle för lärande och en möjlighet till att få en förståelse för sin vård och behandling (Bruton et al., 2016; Jeffs et al., 2014; Kerr et al. 2014; Lupieri et al.,

2016). Upplevelsen av att vara uppdaterad kring sin vård (Bruton et al., 2016; Cahill, 1998; Jeffs et al., 2014; Kerr et al. 2014; Lu et al., 2014; McMurray et al., 2011) bidrog till känslor av kontroll, självförtroende (Cahill, 1998; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011) och empowerment i vårdtagarnas situation (Jeffs et al., 2014). Ett statistiskt signifikant samband ( $p=0,002$ ) fanns vid frekvent användande av BSR och vårdtagarnas erfarenheter av ökat informationsinflytande och förståelse kring deras egen vård (Ford, Heyman & sChapman, 2014). När vårdtagarna blev mer informerad kring sin vårdssituation upplevdes en minskad rädsla och ångest (Jeffs et al., 2014). Vårdtagarna upplevde också att BSR var ett tillfälle som gjorde det möjligt för vårdtagarna att ställa frågor och få svar direkt från sjuksköterskan, vilket upplevdes som en trygghet (Bruton et al., 2016; Jeffs et al., 2014; Kerr et al. 2014). Vårdtagarna upplevde tillfredställelse i att BSR momentet bidrog till möjligheten att kunna kontrollera den information som överfördes från ansvarig sjuksköterska till inkommande sjuksköterska så att inga fel eller missförstånd uppstod (Bruton et al., 2016; Cahill, 1998; Jeffs et al., 2014; Kerr et al. 2014; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014; McMurray et al., 2011.) Vårdtagarna upplevde en trygghet i att kunna kontrollera att sjuksköterskan förmedlade all information som var viktig för dem till nästkommande sjuksköterska (Jeffs et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014). När BSR inte användes kontinuerligt upplevde vårdtagarna stress och oro över att betydande information inte skulle förmedlas vidare (Cahill, 1998). Ett statistiskt signifikant samband ( $p=0,001$ ) uppmättes mellan ett frekvent användande av BSR och en ökad tillfredställelse hos vårdtagarna gällande hur informationsöverföringen genomfördes och vetskapen om vilken information som förmedlades (Ford et al., 2014). En statistisk signifikant samband ( $p=0,0058$ ) uppmättes även mellan att erfara BSR och vårdtagarnas ökade tillfredställelse gällande informationsöverföringen mellan vårdgivare (Kullberg et al., 2017). Vårdtagarna upplevde att sjuksköterskan överförde informationen till den nästkommande sjuksköterskan på ett lämpligt språk som bidrog till förståelse och begriplighet (McMurray et al., 2011) och att informationen förmedlades på ett professionellt, mänskligt och känslofullt sätt, framförallt vid ny eller känslig information, vilket gav känslan av att bli sedd och tilltalad som medmänniska (Lupieri et al., 2016). Vårdtagarna upplevde en uteslutning från sjuksköterskans sida när hen pratade med ett medicinskt språk som var svårt att förstå (Cahill, 1998; Kerr et al. 2014; Lupieri et al.; 2016;) och skapade ett hinder för vårdtagarnas delaktighet (Lu et al., 2014). Detta var en upplevelse som framförallt äldre och personer med utländsk bakgrund upplevde och som bringade ångest och oro (Kerr et al. 2014; Lupieri et al., 2016). Samtidigt upplevde andra vårdtagare att ett medicinskt språk bidrog till tillit och förtroende för sjuksköterskans kompetens (Cahill, 1998). BSR momentet kunde också upplevas som ett uppreparande och onödigt moment (Bruton et al., 2016; Jeffs et al., 2014) framförallt för vårdtagare vars sjukhusvistelse varit lång eller där hälsosituation inte förändrades nämnvärt under tid (Jeffs et al., 2014). Genom kunskapen om vilken information som överfördes säkrades enligt vårdtagarna kontinuiteten i vården och gav en känsla av trygghet och tillit (Kerr et al. 2014; Lupieri et al., 2016). Vetskapen om att rätt information överfördes gjorde också att vårdtagarna upplevde att dem kunde slappna av och fokusera på sitt tillfrisknande (Lupieri et al., 2016).

### Trygghet & Säkerhet

*Kategorin beskriver vårdtagarnas erfarenheter av trygghet och säkerhet och hur BSR momentet påverkade. Faktorer som relaterade till kategorin återfanns i nio artiklar, där sju var av kvalitativ metod och en av mixad metod och en av kvantitativ metod.*

Vårdtagarna upplevde en ökad trygghet och säkerhet vid BSR (Bruton et al., 2016; Cahill, 1998; Jeffs et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014). Att vara informerad, att få ta del av det som rapporteras och möjligheten till att korrigera fel och misstag var en stor anledning till att vårdtagarna upplevde trygghet (Bruton et al., 2016; Cahill, 1998; Jeffs et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014). Vårdtagarna beskriver upplevelsen av trygghet och säkerhet när dem blev introducerad för sjuksköterskan i ett tidigt skede som gav möjligheten att veta vem som hade vårdansvaret för dagen (Jeffs et al., 2014; Lupieri et al., 2016). När vårdtagarna upplevde att sjuksköterskan hade god kunskap om deras vård och omvårdnadsbehov var det en källa till trygghet (Bruton et al., 2016; Kerr et al. 2014; Lupieri et al., 2016). Faktorer som bidrog till minskad upplevelse av trygghet var när vårdtagarna upplevde att sjuksköterskan förmedlade fel information kring vårdsituationen eller kring dem själva. Överensstämmande upplevde en del vårdtagare att det var viktigt att BSR momentet utfördes på samma sätt (Cahill, 1998) och att momentet utfördes kontinuerligt för att vårdtagarna skulle uppleva trygghet (Bruton et al., 2016, Cahill, 1998). Ett signifikant samband ( $p=0,001$ ) uppmättes mellan frekvent användande av BSR och vårdtagarnas minskade erfarenheter av rädsla och ångest (Ford et al., 2014). Vårdtagarna upplevde att sjuksköterskan skötte känslig information på ett tyst och säkert sätt (Lupieri et al., 2016) och att fördelarna med BSR var så många fler än oron över att andra kunde höra information som var av privat och intim karaktär (Bradley & Mott, 2014; Cahill, 1998; Jeffs et al., 2014; Kerr et al. 2014; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014; McMurray et al., 2011). Faktorer som bidrog till oro var när andra vårdtagare kunde höra vårdtagarnas fullständiga namn eller tillstånd (Jeffs et al., 2014; Kerr et al. 2014; Lu et al., 2014), så som sexuellt överförbara sjukdomar, mentala sjukdomar eller känsliga ämnen som sexualitet eller religion då detta kunde få övriga vårdtagare att känna sig illa till mods (Lu et al., 2014).

## Diskussion

*Syftet med litteraturöversikten var att beskriva vårdtagares erfarenheter av överrapportering vid sängkanten (BSR) och skildra faktorer som främjade respektive hindrande vårdtagarnas olika erfarenheter. Detta gjordes genom en litteraturöversikt med sammanställning av artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats.*

## Metoddiskussion

Litteraturöversikten innehåller artiklar av både kvalitativ och kvantitativ ansats, vilket beskrivs som en fördel då fenomenet kan belysas ur olika synvinklar (Forsberg & Wengström, 2017; Friberg, 2017b). Resultatartiklarna beskriver vårdtagares erfarenheter av överrapportering vid sängkanten, vilket bidrar till att litteraturöversiktens syfte blir väl besvarat. En induktiv ansats valdes för att analysarbetet inte skulle styras av en viss teori (Henricson, 2017), i efterhand kunde en deduktiv ansats ha valts då resultatet belyser PCO i många delar. Sökningen genomfördes i de omvårdnadsorienterade databaserna CINAHL och MedLine, vilket stärker litteraturöversiktens trovärdighet och validitet, då en sökning i flera databaser ökar chansen att finna relevanta artiklar (Henricson, 2017). Sensitiviteten i litteraturöversikten är hög genom att sökningen genomfördes i olika databaser och genom att de artiklar som valdes vidare till resultatet återkom vid olika

sökordskombinationer (ibid). En inledande sökning togs fram med hjälp av en bibliotekarie vid Högskolebiblioteket i Jönköping, vilket kan ses som en styrka, med avsikt att finna sökord som svarade på litteraturöversiktens syfte, detta genom att studera abstrakt och nyckelord. Funna sökord användes sedan till en första litteratursökning (Henricson, 2017) och redovisades i sökmatrisen, (se bilaga 2). Enbart artiklarna som var godkända av en etisk kommitté eller hade noggranna etiska överväganden samt godkända enligt peer reviewed valdes vidare till resultatet, vilket stärker litteratursturöversiktens trovärdighet/ validitet (ibid). Artiklarna som valdes innehöll inte samma metod men då nio av tio artiklar hade överensstämmande resultat, kan detta ses som en styrka, (se bilaga 3). Samma orsak bidrog till att artiklar äldre än tio år inkluderades, detta kan ses som en svaghet då vetenskapligt material är en färskvara enligt Östlundh (2017). Endast en artikel i resultatet kom från Sverige. Att en litteraturöversikt består av artiklar från olika länder kan anses vara en svaghet, då olika länder har skilda hälso- och sjukvårdssystem, vilket kan leda till att resultaten inte blir generaliserbart och överförbart (Henricson, 2017). Resultatet visade på liknande resultat oberoende av vilket land artikeln kom ifrån, vilket styrker möjligheten till att kunna överföra en viss del av resultatet. Dock överensstämde inte faktorn *Relation*, där den svenska artikeln inte överensstämde med övriga artiklar. Ingen förförståelse fanns hos författaren, eftersom klinisk erfarenhet av BSR saknas, vilket kan ses som en styrka (Mårtensson & Fridlund, 2017). Dock genomfördes en litteratursökning tidigt i forskningsprocessen, vilket bidragit till en förförståelse som kan ha påverkat analysarbetet och resultatet. Mårtensson & Fridlund (2017) menar att det finns en osäkerhet i att ögat, tanken och minnet söker sig till information som är bekant. Detta överensstämmer med Polit och Beck (2016) som menar att det inte går att utesluta att förförståelsen påverkar dataanalysen och resultatet. Resultatartiklarna kvalitetsgranskades och analyserades därefter enligt Fribergs (2017) femstegsmodell och trestegsmodell, artiklarna lästes noga igenom, nyckelfynd markerades och sorterades i ett separat Word-dokument. Litteraturöversikten genomfördes ensam, vilket kan ses som en svaghet eftersom det enligt Forsberg & Wengström (2017) är en styrka att vara två författare när artiklarna skall bearbetas och analyseras. Författaren har även haft begränsningar i det engelska språket och de metodologiska kunskaperna, där risk för feltolkning finns, vilket kan ses som en svaghet (ibid). Trovärdigheten/validiteten stärks dock av att handledaren och studenter som ingick i handledningsgruppen har kommit med förslag på förbättringar och granskat resultatbeskrivningen, så att den svarar mot syftet (Henricson, 2017). Författaren har även låtit två sjuksköterskor ta del av analysen, för att få en ny synvinkel av texten, vilket ökar trovärdigheten (Wibeck, 2010).

## Resultatdiskussion

*Resultatanalysen mynnar ut i fyra huvudkategorier som består av; Relation, Delaktighet, Information samt Trygghet & Säkerhet.*

### *Relation*

Resultatet i litteraturöversikten visar på hur betydande det är för vårdtagare att bli bemötta och behandlade som människor. Den lilla extra stunden som vårdtagaren fick sitta ner och prata med sjuksköterskan, på ett personligt plan, gör att vårdtagaren går från vårdtagare till människa och kan ses ur ett holistiskt perspektiv. BSR kan skapa möjlighet för en god relation mellan sjuksköterska och vårdtagare, vilket främjar vårdtagares delaktighet. Detta stärks av Larsson, Sahlsten, Sjöström & Lindencrona (2007) som menar att delaktigheten formas i relationen mellan vårdtagare och

sjuksköterska. Eldh, Ekman & Ehnfors (2010) nämner också att delaktighet för vårdtagaren innebär det medmänskliga mötet med sjuksköterskan och möjligheten i att bli hörd. När vårdtagare, i sjuksköterskans ögon, går från vårdtagare till människa blir vården mer personcentrerad. Det överensstämmer med PCO som strävar efter att vända det biomedicinska perspektivet, från, att se vårdtagare som ett tillstånd, till att se vårdtagare som människor (WHO, 2005). Relationen som uppstår under BSR i mötet med sjuksköterskan, bidrar till ett partnerskap som underlättar för vårdtagares delaktighet. Sahlsten, Larsson, Lindencrona & Plos (2007) låter förstå att det centrala i vårdtagares delaktighet är att utbytet och samarbetet sker där vårdtagaren ses som en jämlik partner. När jämställdheten i interaktionen ökar mellan vårdtagare och sjuksköterska, leder det till att vårdtagare vågar ta en aktiv roll i sin egen vård (Millard, Hallett & Luker 2006). Detta ger också ett utbyte till sjuksköterskan, som får en förståelse för vårdtagares behov gällande omvårdnad, samt behov som finns i själva mötet med sjuksköterskan. Gilbels (1995) och Vuckovich & Artinian (2005) menar att problem ofta uppstår när sjuksköterskan inte förmår göra mötet med vårdtagaren så givande som möjligt. BSR gynnar därför relationen mellan vårdtagare och sjuksköterska som främjar båda parter intressen. I den svenska studien gjord av Kullberg et al. (2017), framkom det att vårdtagarna inte upplevde en skillnad i sjuksköterskans sociala förmåga och tillgänglighet, i förhållande till om vårdtagarna erfor BSR eller inte.

### *Delaktighet*

Resultatet i litteraturöversikten visar på i första hand att BSR som överrapporteringsform bidrar till ökade erfarenheter av delaktighet för vårdtagarna. Ekman & Segersten nämner, redan år 1995, att den traditionella överrapporteringen är ett moment som behandlats utan vårdtagares deltagande trots att informationen till största del handlar om deras vård och behandling. Enligt litteraturöversiktens resultat kan BSR vara en förbättringsmöjlighet, då momentet erbjuder vårdtagare delaktighet i vårdprocessen där tillfälle ges för vårdtagare att ta del av information som ger en ökad förståelse för vårdsituationen. Detta i sin tur ökar vårdtagares upplevelse av kontroll och självförtroende som ökar vårdtagares känsla och möjlighet till delaktighet. I Whitty, Spinks, Bucknall, Tobiano & Chaboyer (2017) artikel uppgav 100% av vårdtagarna att den viktigaste faktorn som BSR bidrog till var delaktighet, att få lyssna, ställa frågor och bidra med viktig information. Detta styrks även av Tan's (2015) och Kerr et al. (2014) som menar att BSR är en överrapporteringsform som involverar och ökar vårdtagares delaktighet. Faktorer som motverkar delaktigheten som BSR bringar är när sjuksköterskan av olika anledningar väljer att inte uppmuntra eller delaktiggöra vårdtagare i processen. Då påverkar det inte huruvida överrapporteringen sker vid vårdtagares sängkant eller ej, då sjuksköterskans beteende minskar vårdtagares möjlighet och vilja till delaktighet. I en studie gjord av Millard, Hallett & Luker (2006) framkom det att vårdtagarnas delaktighet i första hand påverkades av sjuksköterskans attityd och beteende. Samma studie visade också att endast två sjuksköterskor av 22 tillät vårdtagarna att vara totalt involverad gällande beslut rörande deras egen vård och behandling (ibid). Det framkommer även i resultatet att vårdtagarna upplever att sjuksköterskan bör ta i beaktan att BSR momentet ska individanpassas och genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt. Sjuksköterskan behöver ha en förståelse för att alla vårdtagare är unika människor med exklusiva behov, känslor och tankar. Sahlsten et al. (2007) menar att genom att använda vårdtagares egna erfarenheter och utgå ifrån deras individuella behov, besitter sjuksköterskan viktiga faktorer för hur vårdtagares delaktighet kan stimuleras. Somliga vill delta aktivt i BSR



och andra vill lyssna, här behöver sjuksköterskan vara lyhörd för den individuella vårdtagaren. Oavsett ett aktivt eller icke aktivt deltagande kommer vårdtagare få ett större intag av information under BSR och därigenom få en större förståelse för vårdsituationen vilket i sinom tid kan stimulera en ökad vilja till att delta. McCormack & McCance (2010) menar att det är en utmaning för sjuksköterskan att ge vårdtagaren möjlighet att presentera sig själv som en människa och samtidigt uppmuntra hen till delaktighet. Litteraturöversikten visar på att BSR är en möjlighet för sjuksköterskan att göra vårdtagare delaktiga, men det är sjuksköterskas ansvar att ta den chansen.

### *Information*

IVO (2016) menar att vårdtagares erfarenheter av delaktighet och informationsöverföringen i vården är ett problem, där sjuksköterskan stundtals inte ger rätt information under pågående vård, eller inte gör vårdtagare delaktiga. Detta kan öka missnöjet och försämrar tilliten till vården (ibid). Litteraturöversikten visar på att BSR fungerar som ett säkerhetsnät för vårdtagaren, genom ökad delaktighet som ger ökat informationsinflytande som bidrar till att vårdtagaren både kan verifiera, korrigera och lägga till information som är av vikt. Detta skapar en trygghet för vårdtagaren och främjar tilliten till kontinuiteten i vården. Detta styrks av Zucca, Sanson-Fischer, Waller & Carey, (2014) som menar att när vården skapar tillfälle för vårdtagare att stå i centrum kan patientsäkerheten öka och många missförstånd kan undvikas. WHO (2005), anser att färre vårdskador kan uppnås genom ökad delaktighet som leder till följsamhet i ordination, bättre behandlingsresultat och ökad patientsäkerhet. I dagens samhälle finns ett växande konsensus om att vårdtagare har en rättighet att få ta del av den information som finns, gällande deras vård och behandling. I Socialstyrelsens rapport (2015), står det att förståelse och insikt är en utgångspunkt för vårdtagares möjligheter att kunna använda sig av den kunskapen som förmedlas och på så sätt kunna vara delaktiga i och ha inflytande över deras vård. Resultatet i litteraturöversikten visar på att vårdtagarna värdesatte BSR som bidrar till ett ökat informationsintag, där momentet blir ett lärande, som ger en förståelse för vårdtagarnas vård och behandling vilket ökar förutsättningen för vårdtagarna att aktivt kunna delta. Hem, Nortvedt & Heggen, (2008), menar att om vårdtagare har kunskap om vad som hände och varför, är det lättare för dem att acceptera olika åtgärder. Detta mynnar ut i ett samarbete och en djupare förståelse mellan parterna. Sjuksköterskan bör ta i beaktan att informationen som överförs ska individanpassas, förstår inte vårdtagare informationen som överförs har dem ingen möjlighet att delta. Detta överensstämmer med Eldh, Ekman & Ehnfors (2008), som menar att om vårdtagaren har förståelse skapas möjligheten till delaktighet men om vårdtagaren inte förstår har denne heller ingen möjlighet att kunna delta. Kan inte sjuksköterskan anpassa informationsöverföringen till vårdtagarens nivå, förmår BSR vara ett moment som skapar oro och ångest vilket leder till minskad upplevelse av trygghet och delaktighet för vårdtagaren.

### *Trygghet & Säkerhet*

Resultatet visar att BSR bidrar till känslor av trygghet och säkerhet för vårdtagarna men att dessa förminskas när BSR inte utförs kontinuerligt. Detta överensstämmer med Ford & Heyman (2017), som menar att när BSR inte utförs kontinuerligt finns det en negativ korrelation mellan vårdtagarnas erfarenheter av trygghet och säkerhet i sin vårdupplevelse och vilken information som förs vidare i förhållande till att BSR utförs

sällan. Detta innebär att vårdtagare upplever minskad kontroll och minskad informationsinflytande vilket skapar känslor av otrygghet och osäkerhet. Detta styrks av Segersten (1994), som visar i sin trygghetsmodell att ha kunskap och kontroll skapar trygghet men i brist av dessa faktorer skapas en motsatt effekt. Litteraturöversiktens resultat visar på att BSR ger en möjlighet för vårdtagare att stå i centrum, där deras känslor och tankar och åsikter värderas, vilket bidrar till att delaktigheten och patientsäkerheten ökar. Zucca, Sanson-Fischer, Waller & Carey (2014) menar att när vården skapar möjlighet för vårdtagare att stå i fokus, kan patientdelaktigheten och patientsäkerheten öka. Detta överensstämmer även med patientsäkerhetslagen som menar att det är vårdgivarens skyldighet att utforma och genomföra vård i samråd med vårdtagaren vilket leder till minskade vårdskador (SFS 2010:659). Litteraturöversiktens resultat förvånar då merparten av vårdtagarna inte upplevde oro kring att känslig information kunde höras av andra vårdtagare utan upplevde att det som BSR bidrog till övervägde oron. Detta överensstämmer med Whitty et al. studie (2017) där endast 2,1% av vårdtagarna erfor oro, kring att behandla känslig information vid sängkanten medan 21,5% av sjuksköterskorna upplevde det obekvämt att behandla känslig information vid vårdtagares sängkant (ibid). Oron över vårdtagares integritet och sekretess vid BSR kan vara hos sjuksköterskan som upplever det obekvämt att prata kring känslig information framför vårdtagare vilket troligen är kopplat till sjuksköterskans lagenliga skyldigheter när det gäller vårdtagares integritet och tystnadsplikten/sekretessen. Detta överensstämmer med Hjørleifsdóttir & Carter (2000) studie där det framkom att i avsaknad av tid och i brist på avskildhet upplevde sjuksköterskan en betydande barriär i skapandet av en god kommunikation med vårdtagare. Resultatet i denna litteraturöversikt visar att vårdtagarna välkomnar BSR och dess fördelar och att sjuksköterskan inte behöver vara rädd för att förmedla känslig information. Däremot behöver sjuksköterskan arbeta personcentrerat, visa hänsyn och tänka över hur känslig information skall överföras under BSR momentet för att inte riskera att viktig information missas att överföras.

## Slutsatser

Litteraturöversikten visar utifrån vårdtagares perspektiv att BSR är ett utmärkt verktyg för att främja en mer personcentrerad omvårdnad, då metoden understödjer relation, delaktighet, information, trygghet och säkerhet för vårdtagare. I mötet mellan vårdtagare och sjuksköterska uppstår en fördjupad relation som synliggör människan bakom vårdtagaren. Att utgå från vårdtagarens perspektiv är en stor förändring som måste genomsyra sjuksköterskans alla moment som berör vårdtagaren så även BSR. Utgår inte sjuksköterskan utifrån vårdtagarens perspektiv liknar BSR en traditionell överrapporteringsform med frånvaro av vårdtagarens deltagande. Om sjuksköterskan i utbyte använder BSR som ett personcentrerat verktyg, kan vårdtagaren bli en viktig resurs i att säkerställa en trygg och säker vård.

## Kliniska implikationer

Resultatet visar att vårdtagarnas erfarenheter av BSR både främjar respektive hindrar faktorer som ingår i begreppet personcentrerad omvårdnad. Använder sjuksköterskan BSR utan ett personcentrerat förhållningssätt riskerar vårdtagares delaktighet, partnerskap och säkerhet att minska. Men väljer sjuksköterskan att se varje vårdtagare utifrån ett personcentrerat förhållningssätt skapas förutsättningar för att BSR som överrapporteringsform bidrar till att främja sjuksköterskans arbete med att bedriva personcentrerad vård. När BSR införs bör sjuksköterskan få utbildning i hur momentet

skall genomföras och verksamheten behöver säkerställa kontinuiteten av momentet. Detta i sin tur kan bidra till att öka vårdtagares partnerskap, delaktighet och säkerhet där risken för vårdskada minskar. Genom minskade vårdskador minskar även kostnader för samhället vilket kan ses som en samhällsnytta. I dagsläget är det oklart huruvida BSR går att använda till vårdtagare med sänkt medvetandegrad eller med kognitiv funktionsnedsättning. I kommande forskning vore det angeläget att utöka efterforskningen i området av vårdtagares erfarenheter av överrapportering vid sängkanten, för att få en bra grund, för implementering i verksamheten. Studier gjorda i Sverige med både kvalitativ och kvantitativ design välkomnas. Trots behovet av mer forskning i ämnet visar litteraturöversikten att överrapportering vid sängkanten är användbart redan idag och det är upp till verksamheten och den enskilda sjuksköterskan att våga använda det.

## Referenser

Resultatartiklar benämns med \*

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.

Andlert, E., Högberg, L., & Ogensjö, E. (2014). *Patientdelaktighet*. Revisionsrapport. Hämtad 28 Februari, 2018, från <https://wssext.regionostergotland.se/Revision/2013-2014/Beslutat%20evrapport%20140410%20Patientdelaktighet%20.pdf>

Björvell, C. (2011). *Sjuksköterskans journalföring och informationshantering*. Lund: Studentlitteratur AB.

\*Bradley, S., & Mott, S. (2014). 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. <https://doi.org.bibl.proxy.hj.se/10.1111/jocn.12403>

Brown, E. (2007). Shift report redesign. A Midwest medical center uses server-based phone technology to streamline shift reporting. *Health Management Technology*, 28(8), 16, 18-9.

Brown, T., Hemmings, L., & Owen, C. (2009). Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia* 21, 102-107. <https://doi:10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x>

\*Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: Patient and staff experiences. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(7), 386-90, 392-3. <https://doi:10.12968/bjon.2016.25.7.386>

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

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

Clemow, R. (2006). Care plans as the main focus of nursing handover: information exchange model. *Journal of Clinical Nursing*, 15(11): 1463-1465. <https://doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01524.x>

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårddvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dudas, K., Olsson, L-O., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2012). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centered care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 521–528. <https://doi:10.1177/1474515112472270>

Edvardsson, Winblad., & Sandman. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7(4), 362-367. [https://doi: 10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)

Edvardsson, D. (2010). Inledning. Edvardsson, D. (red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 15-18.). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., & Segesten, K. (1995). *Deputed power of medical control: the hidden message in the ritual of oral shift reports*. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1006-1011. [https://doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb02655.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02655.x)

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. [https://doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008)

Eldh, AC., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2010). A Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 21(1), 21-32.

Evans, D., Grunawalt, J., McClish, D., Wood, W., & Friese, C. (2012). Bedside Shift-to- Shift Nursing Report: Implementation and Outcomes. *Clinical Practice*, 21, 281-292.

Flanagan, D. (2016). The key to a good handover. *World Of Irish Nursing & Midwifery*, 24(3), 50.

Ford, Y., & Heyman, A. (2017). Patients' Perceptions of Bedside Handoff: Further Evidence to Support a Culture of Always. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(1), E1-E2.

\*Ford, Y., Heyman, A., & Chapman, L. (2014). Patients' Perceptions of Bedside Handoff: The Need for a Culture of Always. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(4), 371-378. [https://doi: 10.1097/NCQ.0000000000000056](https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000056)

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2017). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (5. uppl.). Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2017a). Tankeprocessen under examensarbetet. Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl.) (s. 37-48). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017b). Att göra en litteraturöversikt. Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl.) (s. 141-151). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017c). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl.) (s. 129-140). Lund: Studentlitteratur.

Gilbels, H. (1995). Mental health nursing skills in an acute admission environment: perceptions of mental health nursing and other mental health professionals. *Journal of advanced nursing*, 21, 460-465. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02728.x>

Henricson, M. (2017). Diskussion. Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl.) (s. 411-420). Lund: Studentlitteratur AB.

Hjörleifsdóttir, E., & Carter, D. E. (2000). Communicating with terminally ill cancer patients and their families. *Nurse Education Today*, 20, 646-653. <https://doi.org/10.1054/nedt.2000.0483>

Hem, M.H., Nortvedt, P., & Heggen, K. (2008). Only a manic depressive!": the zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care. *Research & Theory for Nursing Practice: An international Journal*, 1, (22), 56-77.

Inspektionen för vård och omsorg. (2016). *Tillsynsrapport 2016*. Hämtad 3 januari, 2019, från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2017/tillsynsrapport-2016.pdf>

\*Jeffs, L., Beswick, S., Acott, A., Simpson, E., Cardoso, R., Campbell, H., & Irwin, T. (2014). Patients' Views on Bedside Nursing Handover: Creating a Space to Connect. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2), 149-154. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000035>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl.) (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

Kerr, MP. (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio- technical perspective. *J Adv Nurs*, 37(2), 125-34. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02066.x>

Kerr, D., Lu, S., McKinlay, L., & Fuller, C. (2011). Examination of current handover practice: Evidence to support changing the ritual, *International Journal of Nursing Practice*, 17(4), 342-350. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01947.x>

Kerr, D., Lu, S., & McKinlay, L. (2013). Bedside handover enhances completion of nursing care and documentation, *Journal of Nursing Care Quality*, 28(3), 217-225. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31828aa6e0>.

\*Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A-M., & McCann, T. (2014). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1685-1693. <https://doi.org/10.1111/jocn.12308>

\*Kullberg, A., Sharp, L., Johansson, H., Brandberg, Y., & Bergenmar, M. (2017). Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care – A cross-sectional study. *PLoS One*, 12(4), E0175397.

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.M., Sjöström, B., & Lindencrona, C. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313-20.

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.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.008>

\*Lu, S., Kerr, D., & McKinlay, L. (2014). Bedside nursing handover: Patients' opinions. *International Journal of Nursing Practice*, 20(5), 451-459.  
<https://doi.org/10.1111/ijn.12158>

\*Lupieri, G., Creatti, C., & Palese, A. (2016). Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 35, 28-37. [https://doi: 10.1016/j.iccn.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.001)

McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13(3a), 31-38.  
[https://doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x)

McCormack, B. & McCance, T. V. (2010). Introduction. *Person-centered nursing: theory and practice*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. United Kingdom.

\*Mcmurray, Chaboyer, Wallis, Johnson., & Gehrke. (2011). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18(1), 19-26.  
[https://doi:10.1016/j.colegn.2010.04.004](https://doi.org/10.1016/j.colegn.2010.04.004)

Millard, L., Hallett, C., & Luker, K. (2006). Nurse- patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing* 55(2), 142-150. [https://doi: org/10.1111/j.1365-2648.2006.03904.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03904.x)

Mirsch, H. (2013). Överlämning hos patienten. *Vårdfokus*. Hämtad 26 Februari, 2018, från <https://www.vardfokus.se/tidningen/2013/nr-2-2013-2/overlamning-hos-patienten/>

Mukhopadhyay, A. Leong, B. Lua, A. Aroos, R. Wong, J J. Koh, N. Goh, N. Choong See, K. Phua, J., & Kowitlawakul, Y. (2014). Differences in the handover process and perception between nurses and residents in a critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 778-785. [https://doi: 10.1111/jocn.12707](https://doi.org/10.1111/jocn.12707)

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl.) (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur AB.

Nordenström, J.(2015). *Värdebaserad vård- Är vi så bra vi kan bli?.* Vingåker: Karolinska Institutet University Press.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Riesenberg, LA., Leisch, J., & Cunningham, JM. (2008). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *Am J Nurs*, 110(4), 24-34. <https://doi:10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09>.

Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C., & Plos, K. (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 14(1), 35-42. <https://doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00957.x>

Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C., & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 630-7.

Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., & Plos, K. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing forum*, 43(1), 2-11. <https://doi:10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x>

Sandberg H, (2014) *Sjuksköterskans samtal: professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur

Sarvestani, R., Moattari, M., Nasrabadi, A., Momennasab, M., & Yektatalab, S. (2015). Challenges of Nursing Handover. *Clinical Nursing Research*, 24(3), 234-252. <https://doi:10.1177/1054773813508134>

Sherman, J., Sand-Jecklin, K., & Johnson, J. (2013). Investigating bedside nursing report: A synthesis of the literature.(CNE SERIES). *MedSurg Nursing*, 22(5), 308-312,318.

Segersten, K. (1994). *Patienters upplevelse av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 8 maj, 2018, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 7 Maj, 2018, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Strople, B., & Ottani, P.(2006). Can technology improve intershift report?: What the research reveals. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 197–204. <https://doi:10.1016/j.profnurs.2006.03.007>

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Hämtad 3 Maj, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-10>



Socialstyrelsen. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Tan, A. (2015). Emphasizing Caring Components in Nurse-Patient-Nurse Bedside Reporting. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 188-193.

Thor, J., & Wallin, C-J. (2008). SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal: Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador inom vården. *Läkartidningen* 26-27(105), 1922-1925.

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2015). Nurses' views of patient participation in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2741–2752. <https://doi: 10.1111/jan.12740>

Vuckovich, P.K., & Artinian, B.M. (2005). Justifying coercion. *Nursing Ethics*, 12(4), 370-380. <https://doi: 10.1191/0969733005ne8020a>

Whitty, Jennifer A., Spinks, Jean, Bucknall, Tracey, Tobiano, Georgia., & Chaboyer, Wendy. (2017). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 20(4), 742-750. <https://dx.doi.org/10.1111/hex.12513>

Wibeck, V. (2010). Fokusgrupper, Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. Hämtad 6 Mars, 2018, från [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report/en/)

World Health Organization. (2007). *Patient safety solutions preambles*. Hämtad 2018-05-23 från <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

Zucca, A., Sanson-Fisher, R., Waller, A., & Carey, M. (2014). Patient-centred care: Making cancer treatment centres accountable. *Supportive Care In Cancer*, 22(7), 1989-1997.

Öhrn, A. (2014). Patientsäkerhet. Ehrenberg, A., & Wallin, L. (red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. (2. uppl.) (s. 381-405). Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. uppl.) (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

## Bilagor

### Bilaga 1 Granskningsprotokoll

#### Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

##### Del I.

##### Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? Ja Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? Ja Nej

Är syftet relevant till ert examensarbete? Ja Nej

Är urvalet beskrivet? Ja Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

##### Del II

##### Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod? Ja Nej

Hänger metod och syfte ihop? Ja Nej

(Kvalitativt syfte – kvalitativt metod)

Beskrivs datainsamlingen? Ja Nej

Beskrivs dataanalysen? Ja Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ställningstagande? Ja Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? Ja Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen? Ja Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? Ja Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....  
.....  
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....  
.....  
.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....  
.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign: .....

**Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping**

## Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvantitativ metod

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning?	Ja	Nej
Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet?	Ja	Nej
Är syftet relevant?	Ja	Nej
Är urvalet beskrivet?	Ja	Nej
Hänger metod och syfte ihop? (Kvantitativt syfte – kvantitativ metod)	Ja	Nej
Beskrivs statistiska metoder/analys?	Ja	Nej
Beskrivs datainsamlingen?	Ja	Nej
Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ ställningstagande?	Ja	Nej
Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp validitet och reliabilitet i diskussionen?	Ja	Nej
Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?	Ja	Nej
Skär återkoppling till nyare forskning i relation till huvud fynden i diskussionen?	Ja	Nej

Är resultatet relevant?

Om ja, beskriv:

.....  
.....  
.....

Om nej, motivera kort varför:

.....  
.....  
.....  
.....

Patientkaraktäristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign: .....

## Bilaga 2 Sökmatrix

<b>Databas: (Begränsningar)</b>	<b>Sökning:</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Läst titel</b>	<b>Läst abstr akt</b>	<b>Artiklar till kvalitetsgranskning (Dubletter)</b>	<b>Artiklar till resultatet (Dubletter)</b>
CINAHL (Peer Reviewed, English Language, Published date: 2008-01-01 till 2018- 02-31)	((Bedside handover* or bedside report* or bedside handoff))AND Patient*	664				
	((Bedside handover* or bedside report* or bedside handoff*)) AND Patient* AND (Experience OR perspective OR view OR perception OR attitude OR feelings)	195	195	195	10	8
CINAHL (Peer Reviewed, English Language)	Bedside report* or bedside handoff* or bedside handover AND Patient* AND Experience OR perspective OR view OR perception OR attitude OR feelings	262	262 (195)	262 (195)	12 (10)	9 (8)
MedLine (Peer Reviewed, English Language, Published date: 2008-01-01 till 2018- 02-31)	((Bedside handover* or bedside report* or bedside handoff))AND Patient*	1672				
	((Bedside handover* or bedside report* or bedside handoff*)) AND Patient* AND (Experience OR perspective OR view OR perception OR attitude OR feelings)	381	381	381	11 (10)	10 (9)

\* Siffror inom parentes innebär artiklar som framkommit under tidigare sökning (dubletter).

## Bilaga 3 Artikelmatris

Författare/År/ Land	Titel	Syfte	Metod/ Design	Deltagare	Resultat Huvudfynd gällande vårdtagares erfarenheter av BSR:	Kvalitets- granskningspoäng
Bradley, S. & Mott, S. (2014). Australien.	Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals.	Syftet var att empiriskt studera processen och resultatet av genomförandet av BSR på tre landsbygds sjukhus i Australien.	Mixad metod med både kvantitativa och kvalitativa inslag. Etnografiska semistrukturerade intervjuer genomfördes med vårdtagaren. Frågeformulär med en sjugradig skala delades ut till sjuksköterskor.	Totalt 9 vårdtagare intervjuades, varav 5 var kvinnor och 4 var män. Deltagarna befann sig på tre olika mindre sjukhus.	Patientnöjdheten ökade i samband med BSR på grund av den <i>sociala</i> aspekten, den ökade <i>delaktigheten</i> samt den extra tid vårdtagandeperson fick med <i>sjuksköterskan</i> . Vårdtagarna erfor trygghet i att veta vem som hade vårdansvaret, få möjligheten att rätta fel och missförstånd. Vårdtagarna upplevde att deras åsikter och tankar togs i beaktan. Vårdtagarna upplevde att de fick information som de tidigare behövde fråga om.	Kvalitativ granskning: 11/12  Kvantitativ granskning: 10/11
Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H. & Day, S. (2016). Storbritannien	Nurse handover: patient and staff experiences.	Syftet var att förstå påverkan och erfarenheter av BSR ur ett personal- och vårdtagarperspektiv.	Grounded theory/ semistrukturerade intervjuer (inspelade) och observationer. Kvalitativ design.	Totalt 8 vårdtagare, tio sjuksköterskor, 1 student, 3 undersköterskor, 1 läkare och 1 fysioterapeut intervjuades. Deltagarna befann sig på två akutvårdsavdelningar.	Vårdtagarnas upplevelse av BSR varierade. Metoden upplevdes positiv gällande att få vara delaktig i sin egenvård, att veta vem som vårdar och vad som sägs i informationsutbytet. Somliga vårdtagare ville bara lyssna och inte aktivt delta, andra upplevde sig inte inkluderade i samtalet och andra upplevde metoden som påträngande.	Kvalitativ granskning: 12/12
Cahill, J. (1998). Storbritannien.	Patient's perceptions of bedside handovers..	Syftet var att beskriva vårdtagarens upplevelse av BSR och belysa de delar som var tillfredsställande/ otillfredsställande för vårdtagaren.	Grounded theory/ ostrukturerade intervjuer (inspelade). Kvalitativ design.	Totalt 10 vårdtagare intervjuades,. Deltagarna befann sig på en kirurgavdelning.	Tre huvudkategorier verifierades: <i>1. Att hålla en professionell distans 2. Att upprätthålla ett professionellt samspel 3. Att upprätthålla patientsäkerheten</i> . Vårdtagarnas upplevelse av BSR varierade. Metoden upplevdes positiv när vårdtagarna hade ork och kraft att delta, att få ta en aktiv roll i sin egenvård och möjligheten att rätta sjuksköterskan vid fel och missförstånd. Metoden upplevdes ibland negativ när den inte individanpassades, inte användes kontinuerligt och när sjuksköterskan pratade över huvudet, inte lyssnade samt när påtalad informationen inte förmedlades vidare.	Kvalitativ granskning: 10/12

Författare/År/ Land	Titel	Syfte	Metod/ Design	Deltagare	Resultat Huvudfynd gällande vårdtagares erfarenheter av BSR:	Kvalitets- granskningspoäng
Ford, Y., Heyman, A. & Chapman, Y. (2014) USA	Patients' Perceptions of Bedside Handoff: The need for a culture of always.	Syftet var att identifiera vårdtagarens uppfattning av BSR.	Enkätundersökning med 8 frågor. Kvantitativ prospektiv design.	Totalt 103 vårdtagare deltog. Deltagarna befann sig på två medicinska-kirurgavdelningar.	Vårdtagarna var överlag positiva till BSR. Ett signifikant samband uppmättes där BSR hade en positiv effekt på vårdtagarnas erfarenheter av trygghet, förståelse och tillfredställelse men endast vid frekvent användande. Vårdtagarna som erfor BSR frekvent upplevde att processen bidrog till att skydda dem från fel och misstag och gjorde dem mer informerade kring sin vård och vårdplanering som bidrog till ökad delaktighet.	Kvantitativ granskning: 10/11
Jeffs, L., Beswick, S., Acott, A., Simpson, E., Cardoso, R., Campbell, H. & Irwin, T. (2014). Kanada	Patients' views on bedside nursing handover: creating a space to connect.	Syftet var att beskriva vårdtagarens erfarenhet och upplevelse av BSR vid implementation av den samme.	Fenomenologisk/semistrukturerade intervjuer (inspelade). Kvalitativ deskriptiv design.	Totalt 45 vårdtagare deltog, varav 30 var kvinnor och 15 var män. Deltagarna befann sig på fyra olika avdelningar (neurologen, kirurgen, förlossningen och gynekologen).	Tre huvudkategorier verifierade; 1. <i>Skapa utrymme för personlig kontakt</i> , 2. <i>Att vara uppdaterad</i> , 3. <i>Variierande preferenser</i> . Vårdtagarnas upplevelse av BSR var överlag positiv, exempel på faktorer som bidrog var; att veta vem som vårdar, att bli lyssnad på, att kunna korrigera fel och missförstånd och att vara uppdaterad och involverad i sin egen vård och behandling. BSR upplevdes negativ då vårdtagarna hade varit på sjukhuset en längre tid, inte orkade delta och när vårdtagarna upplevde oro över sekretess och integritet.	Kvalitativ granskning: 11/12
Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A-M., & McCann, T. (2014). Australien.	Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside.	Syftet var att undersöka vårdtagares perspektiv av BSR på en akutavdelningen.	Fenomenologisk/semistrukturerade intervjuer (inspelade). Kvalitativ deskriptiv design.	Totalt 30 vårdtagare intervjuades, varav 18 var kvinnor och 12 var män. Deltagarna befann sig på en akutvårdsavdelning.	Två huvudkategorier verifierades; 1. <i>Patienten upplevde att deltagande i BSR ökade den individuella vården</i> . 2. <i>Att bibehålla integritet och sekretess vid BSR</i> . Vårdtagarnas upplevelse av BSR var överlag positiv, exempel på faktorer som bidrog var; att få lyssna och delta, att förstå sitt tillstånd, att kunna förmedla information, rätta fel och att närstående fick möjligheten att delta. BSR upplevdes negativt då det inte fanns en tydlig rollfördelning, när sjuksköterskan använde ord som inte vårdtagarna förstod och när hen upplevde oror över sekretess och integritet.	Kvalitativ granskning 11/12

Författare/År/ Land	Titel	Syfte	Metod/ Design	Deltagare	Resultat Huvudfynd gällande vårdtagares erfarenheter av BSR:	Kvalitets- granskningspoäng
Kullberg, A., Sharp, L., Johansson, H., Brandberg, Y. & Bergenmar, M. (2017). Sverige.	Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care- A cross-sectional study.	Syftet var att jämföra BSR med en icke-verbal överlämning, med avseende på patientnöjdhet.	En tvärsnittsstudie med två mätillfällen på en interventionsgrupp och två kontrollgrupper med hjälp av enkäter. Kvantitativ design.	Totalt deltog 325 vårdtagare, varav 182 var kvinnor och 143 var män. Deltagarna befann sig på tre olika onkologavdelningar.	Ingen signifikant skillnad uppmättes mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen gällande tillfredsställelse efter införande av BSR. Det fanns endast ett undantag där interventionsgruppen uppmätte ett statistisk signifikant högre resultat än kontrollgrupperna och det gällde hur vårdtagarna bedömde informationsutbytet mellan vårdgivare.	Kvantitativ granskning: 11/11
Lupieri, G., Creatti, C., Palese, A. (2016). Italien.	Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study	Syftet var att beskriva hur postoperativa hjärtpatienter upplevde BSR.	Fenomenologisk/ semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ deskriptiv design.	Totalt 14 vårdtagare intervjuades, varav 10 var män och 4 var kvinnor. Deltagarna befann sig på en hjärtavdelning.	Fyra huvudkategorier verifierades: <i>1. Upptäcka en ny omvårdnadidentitet. 2. Att uppenbarligen vara engagerad i BSR. 3. Uppleva motsägelsen av sekretess. 4. Att ha situationen under kontroll.</i> Majoriteten av vårdtagarna upplevde ökad tillfredsställelse vid deltagande av BSR. Faktorer som bidrog var; att få uppleva sjuksköterskans kompetens och kunskap, att sjuksköterskan ser till vårdtagarnas behov, möjligheten att bidra och säkerhetsställa viktig information. BSR upplevdes negativt när sjuksköterskan inte inkluderade vårdtagarna, när deltagandet var begränsat, när vårdtagarna inte fick tillräckligt med information och när känslig information inte framfördes med försiktighet.	Kvalitativ granskning: 11/12
Lu, S., Kerr, D., & McKinlay, L. (2014). Australien.	Bedside nursing handover: Patient's opinions	Syftet var att undersöka vårdtagarens upplevelse av BSR.	Fenomenologisk/ semistrukturerade djupintervjuer (inspelade). Kvalitativ deskriptiv design.	Totalt 30 vårdtagare intervjuades, varav 22 var kvinnor och 8 var män. Deltagarna befann sig på tre olika avdelningar (medicin, kirurgen och förlossningen).	Fyra huvudkategorier verifierades: <i>1. Ett mer effektivt och personligt bemötande. 2. Att ha befogenhet och delta till att minimera fel. 3. Integritet, sekretess och känsliga ämnen. 4. Utbildningsbehov och att undvika "fackspråk".</i> Majoriteten av vårdtagarna hade positiva upplevelser av BSR. Faktorer som bidrog var; att vara delaktig, en mer personlig upplevelse, att vara välinformerad och möjligheten att bidra och säkerhetsställa viktig information. BSR kunde upplevas negativt vid känslig information.	Kvalitativ granskning 11/12



Författare/År/ Land	Titel	Syfte	Metod/ Design	Deltagare	Resultat Huvudfynd gällande vårdtagares erfarenheter av BSR:	Kvalitets- granskningspoäng
McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., & Gehrke, T. (2011). Australien.	Patients' perspectives of bedside nursing handover.	Syftet var att undersöka vårdtagarens perspektiv på deltagandet vid BSR.	Beskrivande fallstudie med inspelade semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ deskriptiv design.	Totalt 10 vårdtagare intervjuades, varav 6 kvinnor och 4 män. Deltagarna befann sig på två medicinska enheter.	Fyra huvudkategorier verifierades: <i>1. Erkänna patienter som partners. 2. Korrigera fel. 3. Passivt deltagande. 4. Rapportering ett samspel.</i> Majoriteten av vårdtagarna hade positiva upplevelser av BSR. Faktorer som bidrog var; partnerskapet, en mer personlig vård, att vara välinformerad och möjligheten att bidra och säkerhetsställa viktig information. BSR upplevdes mindre bra när sjuksköterskan inte aktivt bjöd in vårdtagarna i samtalet.	Kvalitativ granskning: 11/12