

# Bedsiderapport – vad tycker patienten och sjuksköterskan?

En litteraturöversikt

FÖRFATTARE	Ida Mellin Hanna Åsberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad OM5250, HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Iris Härd
EXAMINATOR	Tommy Johnsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



## **FÖRORD**

Författarna vill rikta ett stort tack till Iris Härd som med ett brinnande engagemang, värdefulla reflektioner och glada tillrop, handlett oss genom vårt skrivande.

Vi vill också tacka personalen på Göteborgs universitetsbibliotek för bra tips och hjälp med datainsamling.

Ida Mellin och Hanna Åsberg, Göteborg 29:e oktober 2013.

Titel:	Bedsiderapport – vad tycker patienten och sjuksköterskan?
Engelsk titel:	Bedside report – what does the patient and nurse think?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet/ 180 högskolepoäng/ OM5250/Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Ida Mellin och Hanna Åsberg
Handledare:	Iris Härd
Examinator:	Tommy Johnsson

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Överrapportering i samband med skiftbyte är ett återkommande arbetsmoment för sjuksköterskan. Många gånger upplevs traditionella rapporteringsmetoder, så som muntlig rapport, som problematiska då de ofta blir fragmenterade och ofullständiga.

Bedsiderapportering innebär att rapporten flyttas från expeditionen till patientens sängkant och patienten involveras i dialogen. Orsaken till att metoden implementeras sägs vara att patientdelaktigheten ökar. **Syfte:** Att bredda kunskapen om effekterna och upplevelsen av bedsiderapportering hos patienter och sjuksköterskor. **Metod:** Uppsatsen är en litteraturöversikt. Elva kvalitativa och kvantitativa artiklar analyserades och delades in i fyra kategorier. **Resultat:** De fyra kategorier som kom fram var: upplevelse, delaktighet, arbetsmiljö och patientsäkerhet. I resultatet framkom att både sjuksköterskor och patienter har en generellt positiv upplevelse av bedsiderapportering, att patientdelaktigheten ökar vilket har positiv inverkan på deras självkänsla och självförtroende och att sjuksköterskornas arbetsmiljö förbättras genom att de får lättare att prioritera och strukturera sitt arbete. Arbetsmoralen ökar och arbetspasset blir mer förutsägbart. Resultatet visar också att patientsäkerheten förbättras då patienten involveras i rapporten och kan hjälpa med att förtydliga information och rätta till felaktigheter.

**Nyckelord:** Bedsiderapportering, sjuksköterska, patient, patientdelaktighet, arbetsmiljö.

## Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING .....	6
INLEDNING.....	4
BAKGRUND .....	4
BEDSIDERAPPORTERING .....	4
DELAKTIGHET .....	5
<i>Sjuksköterskans skyldighet</i> .....	5
<i>Förutsättningar för delaktighet</i> .....	5
PATIENTSÄKERHET .....	6
<i>Sekretess</i> .....	6
ARBETSMILJÖ .....	7
KASAM .....	7
PROBLEMFÖRMULERING .....	8
SYFTE .....	9
FRÅGESTÄLLNINGAR .....	9
METOD .....	9
STUDIEDESIGN .....	9
LITTERATURSÖKNING .....	9
DATASAMLING .....	10
URVAL .....	11
KVALITETSGRANSKNING .....	11
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	12
DATAANALYS .....	12
RESULTAT.....	12
UPPLEVELSE .....	12
<i>Positiva upplevelser</i> .....	12
<i>Negativa upplevelser</i> .....	14
DELAKTIGHET .....	14
ARBETSMILJÖ .....	15
<i>Prioritera och strukturera</i> .....	16
<i>Arbetsmoralen ökar</i> .....	16
<i>Övertid</i> .....	16
PATIENTSÄKERHET .....	17
<i>Sekretess</i> .....	18
DISKUSSION .....	18
METODDISKUSSION .....	18

RESULTATDISKUSSION .....	20
IMPLIKATIONER FÖR VERKSAMHETEN .....	23
FRAMTIDA FORSKNING.....	23
SLUTORD.....	24
REFERENSER .....	24
BILAGA 1 - KVALITETSGRANSKNINGSMODELL .....	4
BILAGA 2 - ARTIKELÖVERSIKT .....	5

## INLEDNING

Flera gånger under vår utbildning har vi upplevt att de rapporteringar som sker i samband med skiftbyte på sjukhusavdelningarna är ineffektiva och osäkra.

Oväsentlig information, så som sjuksköterskornas personliga uppfattningar om patienterna och deras anhöriga, har många gånger upptagit mycket tid och viktig information glöms delvis eller helt bort att vidarebefordras. Den information som överlämnas visar sig dessutom ofta vara felaktig eller inte stämma överens med patientens upplevelse. Detta är något som vi båda har reagerat över på våra praktikplatser och intresset för att förbättra dessa rapporteringstillfällen väcktes.

I vårdförbundets tidning Vårdfokus läste vi om två avdelningar på onkologiska kliniken på Karolinska universitetssjukhuset som infört metoden bedsiderapportering med syfte att se hur patientdelaktigheten påverkades (Mirsh, 2013). Här startade vårt intresse för att undersöka denna metod vidare.

## BAKGRUND

### BEDSIDERAPPORTERING

Historiskt sett har sjuksköterskans rapportering i samband med skiftbyte skett inne på expeditioner eller konferensrum i frånvaro av patienten. Så ser det ut på de flesta sjukvårdsavdelningar även idag. Hur rapporten är utformad skiljer sig beroende på avdelningens rutiner.

Det finns flera olika modeller för rapportering. Den vanligaste är att sjuksköterskan tar emot en muntlig rapport. Informationen som överlämnas vid rapporten rör patientens allmäntillstånd, tidigare vårderfarenhet, sjukdom, behandling, svar på behandling samt hur den fortsatta vårdplanen ser ut.

Vid muntlig rapport sätter sig sjuksköterskorna, oftast på expeditionen eller konferensrum, ner tillsammans och går igenom patienterna (Reinbeck & Fitzsimons, 2013). Reinbeck et al (2013) belyser det som ett problem att patienten och anhöriga blir utestängda från detta moment; de anser att det hindrar patienten och anhöriga från att delta i sin vård fullt ut. Det finns forskning som belyser att de rapporteringsmetoder som används, på de flesta platser, idag ofta är ett mycket tidskrävande och ineffektivt arbetsmoment för sjuksköterskorna. Telefoner som ringer, personliga åsikter och antaganden om patienterna som vägs in, medarbetare som ställer frågor och ringningar från patientsalarna stör rapporteringen. Att rapporten blir avbruten flera gånger skapar risker för att missa att förmedla viktig information med bristande patientsäkerhet och stress för sjuksköterskorna som följd (Andersson et al, 2006, Reinbeck et al, 2013, Costedio et al, 2013).

Bedsiderapportering innebär att sjuksköterskorna flyttar sig från expeditionen ut till patienten där rapporten genomförs i närvaro av patienten. Den huvudsakliga anledningen till att

avdelningar väljer att implementera bedsiderapportering är att metoden anses öka patientens delaktighet i sin vård. Genom att flytta rapporteringen ut till patienten skapas möjlighet att ställa frågor, vara med i diskussionen och höra vilken information som överlämnas (Mirsch, 2013).

Inför bedsiderapporteringen läser sjuksköterskan, som går på sitt skift, igenom patienternas journaler och mottar sedan en muntlig rapport inne hos patienten av den sjuksköterska som lämnar över ansvaret (Andersson et al, 2006). De som närvarar vid överlämningen är vanligtvis patienten, sjuksköterskan som går av sitt skift, sjuksköterskan som påbörjar sitt skift, undersköterskan som går på sitt skift och eventuellt närstående (Mirsch, 2013). Patienten uppmuntras att delta och ställa frågor under rapporteringen. Rapporttillfället beräknas inte ta mer än två till tre minuter per patient (Andersson et al, 2006).

## DELAKTIGHET

Patientdelaktighet som begrepp började användas i vårdlitteratur på 1960-talet. Personer med sjukdom och ohälsa betraktades, som grupp, som de svagare i samhället med svag autonomi och låg ställning. I det västerländska samhället arbetades det för att stärka denna grupp människor och för att höja deras status. Möjligheten till självbestämmande och inflytande ökade och begreppet patientdelaktighet började användas (Eldh, 2009).

Det finns många aspekter av begreppet patientdelaktighet men under den senare tiden har det kommit att handla om att få möjligheten att medverka och engagera sig, att vara inblandad och ta del i beslutsfattandet. I juridiska aspekter har begreppet fått betydelsen att ”som patient ta del i beslut om ens vård och behandling.” (Eldh, 2009, s 48).

### *Sjuksköterskans skyldighet*

Att sjuksköterskan har en skyldighet att, i möjligaste mån, göra patienten delaktig framgår i flera svenska lagar och styrdokument. I både hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen står det att vården skall respektera patientens rätt till integritet och självbestämmande. Vården skall planeras och utföras i samråd med patienten i den utsträckning det går. Patienten har rätt till individanpassad information om sina behandlingsmöjligheter, sitt hälsoläge samt rätten att välja utförare inom den statligt finansierade vården (SFS 1982:763, SFS 2010:659). Även i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor står det skrivet att sjuksköterskan ansvarar för att patienten får individanpassad information och undervisning (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

### *Förutsättningar för delaktighet*

Individanpassad information är en förutsättning för att patienten skall kunna vara delaktig i sin vård, oavsett om det handlar om behandlingsalternativ eller om hur omvårdnaden skall utföras. Oavsett om informationen är skriftlig eller muntlig måste den vara anpassad på ett sådant sätt att patienten kan ta den till sig och omvandla den till kunskap. Det krävs en öppen dialog mellan patienten och sjuksköterskan för att kunna upptäcka vad patienten redan vet och vilka kunskapsluckor som finns och som behöver täckas (Eldh, 2009). Kännetecknet för delaktighet menar Eldh (2009, s 56) är ”ett ömsesidigt kunskapsutbyte, där både patient och

sjuusköterska bidrar med kunskap”. Det är viktigt att komma ihåg att patienten alltid är expert på sin egen kropp och upplevelsen av sin ohälsa och att vårdpersonalen har kunskapen om omvårdnad och behandling av ohälsa. Detta tillsammans skapar förutsättning för delaktighet (Socialstyrelsen, 2012).

## **PATIENTSÄKERHET**

Patientsäkerhet definieras som skydd mot vårdskada. Vad menas då med vårdskada?

Vårdskada definieras som ”lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom, eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd” (Öhrn, 2009, s 373). Vårdskador uppstår ofta på grund av brister i organisationen vad gäller rutiner, planering, information och kommunikation. En skada grundas ofta i ett samspel mellan mänskliga, tekniska och organisatoriska brister (Öhrn, 2009).

Bristande patientsäkerhet är ett stort problem både i Sverige och internationellt. Forskning utförd i Sverige har visat att nästan nio procent av alla patienter som vårdas inom somatisk slutenvård drabbas av en vårdskada, vilket resulterar i att de i genomsnitt behöver vårdas sex extra dygn. Vårdskador är vanligast i gruppen 65 år eller äldre. Av de patienter som drabbas av vårdskada får tio procent bestående men och i tre procent av fallen bidrar vårdskadan till att patienten avlider (Öhrn, 2009).

Ineffektiv kommunikation har visat sig vara en bakomliggande orsak till många misstag och skador inom hälso- och sjukvården. ”Det är av stor betydelse att information överförs och tolkas korrekt för att alla som är involverade i patientens vård ska kunna fatta riktiga beslut och kunna vidta korrekta åtgärder” (Öhrn, 2009, s 397).

En viktig del i patientsäkerhetsarbete är att uppmuntra patienten till att vara delaktig, på så vis kan många missförstånd undvikas exempelvis felmedicineringar. Sjuusköterskan ska uppmuntra patienten till att alltid fråga vid oklarheter, aktivt delta i alla beslut, lära känna sina mediciner, berätta för vårdpersonalen om sina levnadsvanor (Öhrn, 2009).

### *Sekretess*

All vårdpersonal omfattas av sekretess och tystnadsplikt gentemot sina patienter. Detta innebär att information som rör patientens hälsa, behandling, sjukdom och privata uppgifter som adress, familjeförhållanden och andra sociala omständigheter inte får lämnas ut till obehöriga. Obehöriga kan ses som vårdpersonal som inte är inblandade i patientens vård, arbetsgivare och så vidare. Även familjemedlemmar måste betraktas som obehöriga så länge patienten inte har lämnat samtycke till att informationen får lämnas vidare till dem. Andra patienter på avdelningen bör även de ses som obehöriga och detaljer som rör en specifik patient skall behandlas med försiktighet i närvaro av andra vårdtagare (Vårdhandboken, 2013).



## ARBETSMILJÖ

Arbetsmiljö definieras som ”förhållandena på en arbetsplats” (Nationalencyklopedin, 2013). En god arbetsmiljö innefattar både de fysiska och de psykosociala aspekter som påverkar en människa i sitt arbete. Tre faktorer som skapar arbetsglädje och en god arbetsmiljö är: ”möjligheter till kontroll och inflytande över sin arbetssituation, möjligheter att uppleva sin arbetssituation som meningsfull och angelägen” och få ”möjligheter att ha kontakt och gemenskap med andra människor” (Lennéer Axelson & Thylefors, 2005, sid 33). En god arbetsmiljö innebär också att det ska finnas möjlighet till såväl personlig som professionell utveckling, ansvar, självbestämmande och att den som arbetar skall kunna känna sammanhang mellan sina uppgifter (Lennéer Axelson et al, 2005).

Det kommer ständigt oroande signaler från hälso- och sjukvården rörande personalens arbetsmiljö. Vanliga problem är för låg bemanning, för lite tid till återhämtning, stress och otillräcklig handledning och stöd. Problemen förvärras av återkommande omorganiseringar, besparingar och lokalbyten. Sjukvårdspersonalens lojalitet med patienterna bidrar till att de står ut med en försämrad arbetsmiljö (Nitzelius & Söderlöf, 2008).

Brister i arbetsmiljön drabbar inte bara de som arbetar. Vårdskador uppkommer ofta som en konsekvens av att sjuksköterskornas arbetsmiljö brister, exempelvis kan brist på tid för fallriskbedömningar eller utbildning rörande ny teknisk utrustning ha konsekvenser för både sjuksköterskornas arbetsmiljö och patienternas säkerhet. Personalens oro över en bristande patientsäkerhet är i sig en källa till stress och frustration som kan leda till ohälsa (Nitzelius & Söderlöf, 2008).

En god arbetsmiljö för personalen innebär alltså en säkrare vård för patienterna (Ejd, 2013). Sveriges kommuner och landsting (SKL) argumenterar för att ”ett integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete skulle i många fall kunna skapa synergier som kan bidra till effektivitet, helhetssyn och delaktighet.” (SKL, 2013, s 4).

## TEORETISK REFERENSRAM - KASAM

Känsla av sammanhang (KASAM) är en salutogen modell som fokuserar på att stärka det friska hos individen. Utgångspunkten för Antonovskys teori om salutogenes och KASAM är att människans liv är fullt av påfrestningar, svårigheter, krav och konflikter. Antonovsky menar att det varken är möjligt eller lyckosamt att undvika dessa delar av livet utan det vi kan göra är att stärka våra friskfaktorer, vilket hjälper oss att hantera dessa stressorer (Hagström, 2000).

Enligt Antonovsky baseras en människas hälsa dels på hennes generella motståndsfaktorer såsom materiell standard, utbildningsnivå och socialt stöd, men också på vilken grad av känsla av sammanhang hon upplever sig ha i livet. I vilken grad en människa upplever sitt liv som begripligt, hanterbart och meningsfullt har avgörande inverkan på hennes hälsa. Ju högre grad av de tre faktorerna desto högre grad av hälsa (Langius-Eklöf, 2009).

Antonovsky delar in sin salutogena teori i tre dimensioner;

*Begriplighet* är ett uttryck för om en individ förstår det som händer i livet, att en händelse upplevs som förutsägbar eller åtminstone förståelig i efterhand. En människa med hög känsla av begriplighet upplever sin omvärld som ordnad och strukturerad medan en individ med låg känsla av begriplighet upplever den som kaotisk och otydlig (Langius-Eklöf, 2009). Begrepp som kan associeras med begriplighet är information, insikt och förutsägbarhet (Hagström, 2000).

*Hanterbarhet* handlar om att en individ känner att hon har kontroll och kan hantera de utmaningar som hon ställs inför genom livets gång. En människa kan antingen förlita sig på sina egna resurser eller ta hjälp utav andra. En individ med hög känsla av hanterbarhet upplever de resurser som finns till förfogande som tillräckliga, medan en individ med låg känsla av hanterbarhet saknar resurser och upplever att det är andra som styr ens liv eller till och med att ödet har makten (Langius-Eklöf, 2009). Begrepp som kan associeras med hanterbarhet är resurser, tillit och påverkan (Hagström, 2000).

*Meningsfullhet* är ett uttryck för om en individ känner engagemang och motivation i det som händer runt omkring en. En person med hög känsla av meningsfullhet kan se något påfrestande som en utmaning medan en person med låg känsla av meningsfullhet skulle uppleva det som meningslöst att lägga kraft på att hantera händelsen (Langius-Eklöf, 2009). Begrepp som kan associeras med meningsfullhet är framtidstro, delaktighet och engagemang (Hagström, 2000).

De tre dimensionerna är nära sammanflätade men meningsfullhet anses vara den viktigaste. En hög känsla av meningsfullhet kan kompensera för avsaknad av begriplighet och hanterbarhet. När det däremot saknas en känsla av meningsfullhet är det osannolikt att en människa förstår eller kan hantera en uppkommen situation. ”En person med hög KASAM har förmåga att identifiera omfattningen av en påfrestande händelse och förstå dess dimensioner, att välja de resurser som är ändamålsenliga och känna meningsfullhet genom att se situationen som en utmaning att klara av.” (Langius-Eklöf, 2009, s 99).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

En viktig uppgift som sjuksköterskan har i sitt arbete på en vårdavdelning är att överlämna rapport till den sjuksköterska som tar över patientansvaret vid skiftbyte. Många gånger blir denna rapport fragmenterad och osammanhängande, då de rutiner som finns kring rapporten i många fall inte är optimala. Patienten är sällan närvarande vid dessa tillfällen vilket författarna ser som en brist.

Bedsiderrapportering är en metod som innebär att patienten är närvarande vid rapporteringen och får ta del av och påverka den information som överlämnas. Detta kan ses som ett steg i att utöka arbetet med patientdelaktighet, något som uppmärksammas mer och mer genom bland annat att patienter, nu för tiden, upplevs allt mer pålästa om sina sjukdomar och att de ställer allt högre krav på sjukvården.

I ett omvårdnadsperspektiv upplever författarna att bedsiderapportering är intressant då det antas öka patienternas delaktighet, påverka patientsäkerheten positivt men även bidra till en förbättrad arbetsmiljö för sjuksköterskorna och säkerställa att rapporten blir mer komplett och effektiv.

Författarna vill undersöka bedsiderapporteringen som modell för att se ifall dessa antaganden stämmer och hur denna metod upplevs av såväl patienter som sjuksköterskor.

## **SYFTE**

Vårt syfte är att sammanställa kunskapen om effekterna och upplevelsen av bedsiderapportering hos patienter och sjuksköterskor.

## **FRÅGESTÄLLNINGAR**

- Hur påverkar bedsiderapportering patienternas upplevelse av vården?
- Påverkar bedsiderapportering patienternas delaktighet?
- På vilket sätt förändrar bedsiderapportering sjuksköterskans arbetsmiljö?
- Vad är sjuksköterskans upplevelse av bedsiderapportering?
- Har bedsiderapporten någon inverkan på patientsäkerheten, i så fall, på vilket sätt?

## **METOD**

### **STUDIEDESIGN**

Metoden som används är litteraturoversikt. Litteraturoversikt används när målet med studien är att kartlägga och sammanställa kunskapsläget inom ett avgränsat område (Friberg, 2012), vilket är uppsatsens syfte. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderas i uppsatsen då perspektiven kompletterar varandra och tillsammans ger en mer nyanserad bild av bedsiderapportering.

### **LITTERATURSÖKNING**

Sökord togs fram genom att identifiera nyckelord i syfte och frågeställningarna. De sökord som valdes är; bedsiderapportering, patient, patientdelaktighet, sjuksköterska och arbetsmiljö. Då svensk MeSH inte kunde hitta några motsvarande sökord på engelska användes svensk-engelsk ordbok för motsvarande engelska sökord. De sökorden blev; patient, patient participation, nurse och work environment. Ett matchande engelskt ord för bedsiderapportering hittades inte i ordboken utan översattes fritt till bedside report. Genom att läsa flera artiklar om det valda ämnet upptäcktes användandet av flera termer för bedsiderapport och sökorden bedside shift report, bedside handover, bedside handoff och bedside shift handover lades till. Sökorden användes i olika kombinationer för att få så många träffar som möjligt.

Trunkering, endast skriva stammen av ordet och sedan lägga till \*, av ordet 'nurse' användes för att hitta olika böjningsformer (Östlundh, 2012). Trunkering användes också av ordet 'bedside' för att få ett bredare resultat, men sökningarna gav då över 1000 träffar. Majoriteten av dessa behandlade inte rapportering utan andra aspekter, därför valdes trunkering av ordet 'bedside' bort. Även boolesk sökteknik användes. Ordet AND lades in så att databaserna söker artiklar som innehåller alla sökorden (Östlundh, 2012).

## DATASAMLING

De databaser som använts är PubMed, Cinahl och Scopus som alla finns tillgängliga via Göteborgs universitetsbibliotek.

Tabell över artikelsökningar.

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstracts	Valda artiklar
130903	Cinahl	Bedside shift handover AND nurs* AND patient participation	2	2	Wildner et al – 2012 McMurray et al – 2011
130904	PubMed	Bedside report, nursing	81	19	Maxson et al - 2012 Sand-Jecklin – 2013
130904	PubMed	Bedside handover	27	12	Kerr et al – 2013A
130904	PubMed	Bedside shift handover, nurs*, Work environment	0	0	
130904	PubMed	Bedside handoff, nurs*	15	7	Jeffs et al – 2013
130904	Scopus	“Bedside handover” AND nurs* AND “work environment”	0	0	
130904	Cinahl	Bedside shift report, nurs*, work environment	0	0	
130905	Cinahl	Bedside shift report AND patient participation AND nurs*	4	3	Timonen et al – 2000
131001	Scopus	“bedside handover” AND nurs*	16	7	Lu et al– 2013 Kerr et al– 2013B

## Manuell sökning

Datum	Hittad via	Vald artikel
130905	Jeffer, L., Acott, A., Simpson, E., Campbell, H., Irwing, T., Lo, J., ... Cardoso, R., (2013). The value of bedside shift reporting. <i>Journal of nursing care and quality</i> , 28(3), 226-232.	Tidwell, T., Edwards, J., Snider, E., Lindsey, C., Reed, A., Scroggins, I., ... Brigance, J. (2011). A nursing pilot study on bedside reporting to promote best practice and patient/family-centered care. <i>Journal of neuroscience nursing</i> , 43(4) 1-5.
130904	Sökning i PubMed när tidsbegränsningen inte var aktiverad med sökorden "Bedside handover AND nurs*"	Cahill, J. (1998). Patient's perceptions of bedside handovers. <i>Journal of clinical nursing</i> , (7), 351-359.

Av de artiklar som uppsatsen baseras på är sex kvalitativa och fem kvantitativa. Dock är det tre av de kvantitativa artiklarna som även har öppna frågor i sina enkäter där studiepopulationen får ge kommentarer vilket också ger kvalitativ data.

### URVAL

Först lästes titlar och abstracts för att finna studier som motsvarade syftet. Totalt 50 abstracts lästes och 17 artiklar valdes ut och lästes i sin helhet. Sex av dessa valdes senare bort då de ej svarade mot studiens syfte eller höll tillräckligt hög kvalitet.

De inklusionskriterier som valts är att studierna ska vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift, skrivna på engelska och vara peer reviewed. Som exklusionskriterier valdes en tidsbegränsning. Studier publicerade innan 2000 valdes bort. Dessutom exkluderades artiklar som krävde beställning eller betalning för att få tillgång till fulltext.

En vald artikel som faller utanför tidsramen är Cahills studie som är gjord 1998. Den inkluderades då den ansågs bidra med användbara fakta och motsvarade syftet. Denna studie återkom som referens i flertalet de artiklar som inkluderades i resultatet, därför ansågs det vara värdefullt att inkludera den.

Då syftet är att belysa patientens och sjuksköterskans perspektiv valdes artiklar med enbart anhörigperspektiv bort. Några valda artiklar har även inkluderat anhörigas perspektiv, men då har den delen av resultatet uteslutits och inte analyserats.

### KVALITETSGRANSKNING

Kvalitetsgranskning av artiklarna gjordes utifrån en omarbetad version av Fribergs (2012) granskningsprotokoll för kvalitativa och kvantitativa artiklar, se bilaga 1. Alla de valda artiklarna granskades och gavs ett poäng för varje av de nio kriterier som uppfylldes. Artiklarnas kvalitet bestämdes utifrån totalsumman. Alla studier som inkluderats i uppsatsen fick sex poäng eller mer vilket ger dem som lägst medelhög kvalitet.

## ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Åtta av de studier som ingår i uppsatsen har granskats och godkänts av en etikkommitté, ”institutional ethics panel” eller motsvarande. I tio av elva studier har de som deltagit fått lämna skriftligt informerat samtycke i samband med att de valt att delta. I en studie samlade artikelförfattarna inte in skriftligt informerat samtycke utan nöjde sig med ett muntligt godkännande.

## DATAANALYS

De elva artiklar som valts ut lästes igenom noggrant av var och en av författarna.

För att analysera artiklarna och sammanställa resultatet sammanställdes varje artikels resultat i stycken på ett papper. När det hade gjorts klipptes papprena sönder så att varje stycke fick en egen lapp med författarens namn på baksidan. Lapparna blandades, lästes upp och lades i kategorier och på så vis växte det fram kategorier som sedan blev mer övergripande teman. Den här processen genomfördes två gånger, första gången sammanställdes de delar av studiernas resultat som rör patienternas åsikter och upplevelser och andra gången sammanställdes de delar av studiernas resultat som rör sjuksköterskornas åsikter och upplevelser. Momentet att hitta teman var ibland svårt då de många gånger överlappade varandra och hade betydelse för både patient och sjuksköterska. Därför bestämdes slutligen en uppdelning efter kategorier/teman snarare än efter patient/sjuksköterska.

## RESULTAT

Under analysens gång har följande teman vuxit fram:

- Upplevelse
- Delaktighet
- Arbetsmiljö
- Patientsäkerhet

## UPPLEVELSE

### *Positiva upplevelser*

Patienterna upplever att vården blir mer personfokuserad när rapporten flyttas från expeditionen till patientens sängkant och de inkluderas i överrapporteringen (McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke 2011, Lu, Kerr & McKinlay, 2013). Att bli sedd och introducerad som den man är, som en person och inte en patient med en åkomma, får patienten att känna sig bekräftad och som en partner i vården. Det gör patienten mer engagerad och villig till att medverka i samtalet med sjuksköterskorna (McMurray et al, 2011, Kerr, McKay, Klim, Kelly & McCann, 2013A ). En patient menar att överlämningen skulle mista en viktig dimension om patienten inte inkluderas (Lu et al, 2013).

Bedsiderrapporteringen bidrar till att patienten i större utsträckning kan ge medhåll till de åtgärder som planeras och likväl får större möjlighet att neka till dem (Wildner & Ferri,

2012). Som ett resultat av detta ökar patientens känsla av att ha kontroll, vilket förbättrar deras självförtroende och självkänsla (Lu et al, 2013, Wildner et al, 2012).

*Patient: "For me, I would say I feel I'm a little bit in control, because I actually know, I can hear what's happening and I'm understanding the process of where I'm at and what everybody's thinking is happening with me, instead of just sitting here in the dark, wondering what's going on... just from feeling confident with where I'm at and what's happening to me, I personally think it's a good thing."* (Lu et al, 2013, s 4)

*Patient: "... it makes you feel like you're involved... like at the nurses' station they wouldn't have a clue who they were talking about."* (McMurray et al, 2011, s 22)

*Patient: "[Hearing handover] gives a friendly kind of feel, rather than just being a number. [You feel like] an actual person rather than just somebody with something."* (Kerr et al, 2013A, s 5)

Patienternas allmänna uppfattning är att de normalt sett saknar tillgång till information för att kunna förstå vad som händer och vad som väntar dem, något de anser sig ha rätt till (Lu et al, 2013). Resultatet visar att information om hälsotillstånd och vårdplan når fram till patienten i högre grad när rapporteringen flyttas ut från expeditionerna till patienternas sängkant (Lu et al, 2013, Maxson, Derby, Wroblewski & Foss, 2012, McMurray et al, 2011, Wildner et al, 2012). Bedsiderapporteringen blir ett viktigt tillfälle för patienten att tillgodogöra sig den information de saknar och en möjlighet att förstå vårdgivarens förväntningar på behandling och framsteg (McMurray et al 2011). Att få information bidrar till att patienten i större utsträckning kan förstå sin sjukdom, sätta sig in i sin vårdplan samt se hur deras tillstånd utvecklas (Timonen & Shivonen, 2000, McMurray et al 2011, Maxson et al, 2012, Wildner et al, 2012). Flera patienter känner att de kan bidra till sin egen vård genom att få berätta väsentlig information och verifiera det som rapporteras. Möjligheten att få medverka vid rapporten och därigenom öka sin delaktighet är något som patienterna välkomnar (Lu et al, 2013).

Patienterna upplever att bedsiderapportering leder till att vården effektiviseras då informationsflödet mellan dem och sjuksköterskan förbättras och att de i högre utsträckning vet vilken sjuksköterska som ansvarar för dem (Lu et al, 2013, Maxson et al, 2012, Sand-Jecklin & Sherman, 2013, McMurray et al, 2011). De upplever också att sjuksköterskorna får bättre förståelse för deras tillstånd och behov av omvårdnadsåtgärder (Lu et al, 2013).

Både patienter och sjuksköterskor känner att relationen dem emellan stärks efter att bedsiderapportering börjat användas (Lu et al, 2013, McMurray et al, 2011, Kerr, Lu & McKinlay, 2013B). De upplever att känslan av partnerskap förbättrats och att kommunikationen och samarbetet i personalgruppen har blivit bättre (Kerr et al, 2013B, Maxson et al, 2012). Att som patient få lyssna på konversationen får dem att känna ökad tillit till sjuksköterskorna som personer och ökad tilltro till deras professionalitet och kunskap (Wildner et al, 2012, Kerr et al, 2013B). Patienterna uppskattar möjligheten att få interagera med sjuksköterskorna och värdesätter om de frågar efter deras synpunkter (Lu et al, 2013, McMurray et al, 2011).

### Negativa upplevelser

En del sjuksköterskor upplever det pinsamt och mödosamt att rapportera inför patienten särskilt när det rör områden som stomier och urinkatetrar. En svårighet med bedsiderapportering, som sjuksköterskorna upplever, är att avgöra vilken fakta som ska tas upp i patientens närvaro och vad som ska undvikas. De upplever det svårt att veta var gränsen går för vad patienten ska vara med och diskutera och inte. De saknar även möjligheten att obehindrat jämföra åsikter och uppfattningar om patienten och patientens vård, som de tidigare kunnat göra när rapporten skedde på expeditionen (Wildner et al, 2012).

Många patienter känner att sjuksköterskan inte fokuserar på dem i samband med överlämningen. Strax under hälften av patienterna i Timonen et als studie upplever att sjuksköterskan koncentrerar sig för mycket på patientdokumentationen i förhållande till konversationen. Lika många tycker att de två till tre minuter som är avsatta för rapportering är för kort tid för att hinna diskutera det som känns nödvändigt. Av sjuksköterskorna är det en fjärdedel som anser det samma (Timonen et al, 2000).

### DELAKTIGHET

Hur pass delaktig och medverkande patienten är under rapporteringen varierar i hög grad. Det finns flera olika faktorer som påverkar hur delaktig patienten väljer att vara. De två övervägande faktorerna till begränsning av delaktigheten är trötthet och svår sjukdom. Andra faktorer är svårigheter att formulera frågor, brist på kunskap och information, sviktande självförtroende, tidigare vårderfarenheter, kulturell bakgrund och otydlighet vad gäller patientens roll vid rapporteringen (Cahill, 1998, Timonen et al, 2000, Wildner et al, 2012, McMurray et al, 2011).

Då tröttheten minskar och patienterna förbättras post-operativt tenderar deras vilja att medverka öka. Sjuksköterskans sätt att agera påverkar också patientens grad av delaktighet. Att bli talad om i tredje person eller att inte på ett tydligt sätt bjudas in till konversationen tenderar att minska patienternas delaktighet. Dock anser flertalet patienter att det är en självklarhet att delta (McMurray et al, 2011).

*Patient: "Well you're the subject aren't you? I mean you are the topic of conversation in the handover...They're talking about you so if you've got anything to say by all means say it and...they can sort of discuss it. You can get involved; you can speak to them and get involved in it." (McMurray, 2011 s. 23)*

Dock finns det patienter som deltar aktivt i rapporten som känner att de stämplas som oroliga och nervösa (Cahill, 1998).

*Patient: "I was determined to be involved and did get involved when I heard staff nurse X report that I was very anxious. I could not believe my ears. I was not anxious. I just wanted to know what to expect and consequently asked questions. It was this incorrect assumption that made me get involved. I certainly took the stance that I knew best here." (Cahill, 1998 s.355)*



En del patienter anser att det inte är deras uppgift att delta i rapporteringen utan detta tillhör sjuksköterskans arbete. Att avbryta med frågor, funderingar och att komma med egna åsikter anses som oartigt och att detta kan störa sjuksköterskans arbete (Cahill, 1998, Kerr et al, 2013A, McMurray et al, 2011).

Användandet av medicinska termer och dess påverkan på patientens förståelse visar inte ett entydigt resultat. Cahill (1998) antyder att de medicinska termerna och sjuksköterskornas förkortningar försvårar patientens förståelse och har negativ inverkan på patientens möjlighet till delaktighet. Att inte förstå skapar en känsla av oro och otrygghet, framför allt hos patienter som inte har det talade språket som modersmål (Kerr et al, 2013A). Andra forskare menar att det medicinska språket inte påverkar patienternas delaktighet negativt (McMurray et al, 2011 & Timonen et al, 2000). Det finns patienter som upplever att det medicinska språket skapar en känsla av trygghet och att det visar på professionalitet och kunskap hos sjuksköterskan (Cahill, 1998).

Resultatet visar att sjuksköterskorna upplever att patientdelaktigheten ökar efter införandet av bedsiderapporteringen (Sand-Jecklin et al, 2013). De uppskattar att patienten är aktiv i rapporteringen och menar att om patienten är med och redogör för sitt tillstånd, delger sina tankar och ställer frågor hjälper det dem att ge en vård av god kvalitet (Kerr et al, 2013B & Jeffs, Acott, Simpson, Campbell, Irwin, Lo ... & Cardoso, 2013).

*Sjuksköterska: "I think it gives the patient an opportunity to speak up...like something that they may not have thought was relevant, [or] they might not have wanted to bother anybody... It gives them an opportunity to contribute to their care... they know better than anybody how they are feeling"* (Kerr et al, 2013B, s 5)

I Kerr et als (2013 B) studie uttrycker sjuksköterskorna att det är bekymmersamt att vissa patienter inte tar den möjligheten som ges att delta i konversationen under rapporten. De efterfrågar undervisning till patienterna i samband med att de läggs in på avdelningen för att tydliggöra varför det är viktigt att de deltar och att rapporten även är till för dem.

## ARBETSMILJÖ

Patientens närvaro bidrar till att sjuksköterskorna upplever att överrapporteringen blir mer fokuserad och att de har lättare att koncentrera sig på överlämningen (Wildner et al, 2012, Kerr et al, 2013 B). Närvaron ökar effektiviteten och relevansen i den information som överlämnas och minskar sjuksköterskans privata åsikter om patienten (Maxson et al, 2013, Wildner et al, 2012, Sand Jecklin et al, 2013). De upplever även bedsiderapportering som en relativt stressfri överrapporteringsmetod eftersom de inte blir störda i samma utsträckning som vid användandet av traditionella överrapporteringsmetoder. Dock finns det sjuksköterskor som upplever rapporteringsmodellen som tidskrävande och ibland tjatig. De menar att de ibland känner att de stör patienterna genom att rapportera i patientsalen (Sand Jecklin et al, 2013).

### *Prioritera och strukturera*

Resultatet visar att bedsiderapportering hjälper sjuksköterskan att prioritera sitt arbete. Att tidigt på sitt skift få lov att träffa alla sina patienter och snabbt bedöma deras status och vårdbehov hjälper dem att mer effektivt planera och prioritera sitt arbete (Jeffs et al, 2013, Sand Jecklin et al, 2013, Timonen et al, 2000, Maxson et al, 2012, Wildner et al, 2012). Flera upplever att det är värdefullt att se patienterna under rapporten även om de sover (Wildner et al, 2012).

*Sjuksköterska: "[Bedside reporting] helps you prioritize your day. Sometimes by just going by the Kardex, you might prioritize your patient care one way, but when you actually physically see the patient, you might have to readjust who you see first."* (Jeffs et al, 2013: s 230).

I samband med överrapporteringen har sjuksköterskan möjlighet att ställa frågor om information som saknas och reda ut oklarheter, bedöma hur mycket information som patienten har fått av tidigare vårdgivare, gå igenom och förtydliga vårdplanen och få bekräftat att omvårdnadsåtgärder slutförts. Alltsammans bidrar till att de tycker att bedsiderapportering är ett mer ansvarstagande och noggrant tillvägagångssätt att rapportera i jämförelse med mer traditionella överlämningsmetoder (Kerr et al, 2013 B, Jeffs et al, 2013). Efter införandet av bedsiderapportering uppger sjuksköterskorna att de snabbare kan sätta sig in i sina patientfall och diskutera och svara på frågor rörande patienten med andra kollegor och läkare då de tidigt under sitt arbetspass träffar patienterna (Wildner et al, 2012, Maxson et al, 2012).

*Sjuksköterska: "I think the positives are you get a lot of more detailed information about your set of patients which is really helpful in terms of understanding what they've done for the day and what needs to be done."* (Kerr et al, 2013 B, s 4)

### *Arbetsmoralen ökar*

Att införa bedsiderapportering har visat sig i viss mån förbättra sjuksköterskans ansvarstagande och arbetsmoral. Det leder till att de är mer noggranna med att dokumentera, arbetar mer effektivt och slutför sina arbetsuppgifter i högre grad då de senare skall rapportera med patienten närvarande (Kerr et al, 2013B, Maxson et al, 2012 & Sand-Jecklin et al, 2012). Jeffs et al menar att kollegor och patienter håller den rapporterade sjuksköterskan ansvarig för de omvårdnadshandlingar som utförts under arbetspasset och för att slippa skämmas inför dem ökar sjuksköterskans ansvarstagande för att dessa handlingar verkligen har blivit utförda (Jeffs et al, 2013).

*Sjuksköterska: "it makes people more accountable...so you actually work a bit more efficiently because you know when you've got to do that handover that that paperwork is going to be checked and you want to make sure it's accurate"* (Kerr et al, 2013B, s. 4)

### *Övertid*

Tidwell, Edwards, Snider, Lindsey, Reed, Scroggins ... & Brigance (2011) har jämfört sjuksköterskornas övertid före och efter implementeringen av bedsiderapportering och funnit att antalet övertidstimmar sjunkit. Det totala antalet övertidstimmar sjönk från 1421 timmar under en sexmånaders period till 923,5 timmar under samma tidsintervall efter implementeringen. Antalet övertidstimmar per sjuksköterska var signifikant lägre efter

implementeringen. Minskad övertid innebar ekonomiska besparingar för sjukhuset (Tidwell et al, 2011).

## PATIENTSÄKERHET

Resultatet visar att bedsiderapportering har en viktig säkerhetsfunktion och att den förbättrar patientsäkerheten, dokumentationen och höjer kvaliteten på vården (Jeffs et al, 2013, Wildner et al, 2012, Maxson et al, 2012, Sand Jecklin et al, 2013, Kerr et al, 2013 B).

Genom att se och träffa varje patient i början av sitt skift kan sjuksköterskan tillsammans med patienten stämma av och gå igenom information gällande patientens medicinering och vårdplan. På så vis kan faktiska och/eller potentiella fel identifieras och åtgärdas i tid. Patienterna uppmärksammar ofta fel i sin vårdplan som de lyfter upp till diskussion i samband med rapporten. Att både patienter och sjuksköterskor tar upp säkerhetsfrågor i samband med överrapporteringen upplever sjuksköterskorna som positivt (Jeffs et al, 2013).

*Sjuksköterska: "Safety is key because we have had some incidents where big medical errors could have occurred if not for the TOA (transfer of accountability, which refers to the reporting at the bedside). So TOA really caught those big errors." (Jeffs et al, 2013: s 230)*

Bedsiderapportering bidrar även till en förbättrad patientsäkerhet genom att ge sjuksköterskorna möjlighet att dubbelkolla medicineringen med varandra (Maxson et al, 2012, Sand Jecklin et al, 2013). På en medicin- och kirurgiavdelning i USA minskade antalet fallolyckor med 35 procent och antalet dokumenterade felmedicineringar med 50 procent efter implementeringen av bedsiderapportering. Resultatet går inte, på grund av få incidenter, att generalisera men är av stor klinisk betydelse (Sand Jecklin et al, 2013).

*Sjuksköterska: "I think it has reduced the number of errors or missed medication... and it provides an opportunity to pick up things." (Kerr et al, 2013 B: s 4)*

Många patienter känner sig säkrare med vården efter att bedsiderapportering implementerats (Wildner et al, 2012). Då de hör vad som rapporteras kan de fungera som en extrakontrollant – ett säkerhetsnät – genom att rätta till felaktigheter, komplettera och förtydliga fakta (Lu et al, 2013, Cahill, 1998, Kerr et al, 2013A). Det kan handla om detaljer som att läkaren inte har varit här under förmiddagen, eller att patienten inte alls fått den tabletten som rapporteras (McMurray et al, 2011).

*Patient: "Hearing handover is wonderful because I can turn around and say you forgot something" (Kerr et al, 2013A s. 5)*

*Patient: "If they got anything wrong you could always put them right..." (McMurray et al, 2011 s. 22)*

Bedsiderapporteringen bidrar även till att både patienten och sjuksköterskorna vet hur vårdplanen ser ut. Alla har fått samma information och det leder till att vårdplanerna i större utsträckning efterföljs av alla parter (Cahill, 1998).

## *Sekretess*

Resultatet visar att patienterna inte upplever det som ett problem att obehöriga kan höra vad som sägs under rapporten (Lu et al, 2013, McMurray et al, 2011, Timonen et al, 2000) men de flesta anser att det är ointressant att lyssna på vad som sägs om sänggrannarna (Lu et al, 2013). Trots att majoriteten inte tycker att det är besvärligt att andra patienter kan höra rapporteringen, vill de hellre att rapporten utförs vid sängen där de själva hör vad som rapporteras än ute i korridoren där de saknar möjlighet att lyssna (Kerr et al, 2013A). Patienterna önskar att extra känsliga ämnen så som sexualitet, sexuellt överförbara sjukdomar, missbruksproblem, religion och psykiska sjukdomar inte bör diskuteras när det finns risk för att andra lyssnar. Detta upplevs allt för privat och många känner en risk för särbehandling och kränkning från medpatienterna om det kommer ut till allmän kändedom (Lu et al, 2013, Kerr et al, 2013A). Patienterna upplever att sjuksköterskorna, i de flesta fall, är duktiga på att hålla rapporten på en professionell nivå utan inblandning av oväsentlig och känslig information (Timonen et al, 2000).

Till skillnad från patienterna upplever sjuksköterskorna det bekymmersamt att obehöriga kan höra rapporten. De använder sig av olika strategier för att förhindra att patientens integritet kränks och för att värna om sekretessen. De försöker tala med lägre röst och ber obehöriga att lämna rummet. De undviker att tala om känslig information inför patienten utan talar om detta enskilt på expeditionen. Vissa sjuksköterskor väljer att peka på känslig information i journalen istället för att säga det högt (Kerr et al, 2013B).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Inledningsvis var syftet med uppsatsen att endast undersöka hur patientens delaktighet och sjuksköterskans arbetsmiljö förändrades efter införandet av bedsiderapportering. Men då i stort sett alla våra valda artiklar belyste mycket mer än så togs beslutet att bredda vårt syfte till att undersöka bedsiderapportering i stort. Eftersom detta beslut togs då vi redan hittat våra valda artiklar kan det vara relevant att reflektera över ifall sökorden hade kunnat vara annorlunda och eventuellt påverkat vårt resultat. Vi anser trots detta att resultatet har uppfyllt vårt syfte.

En svaghet i vår litteraturstudie är att området bedsiderapportering är relativt lite beforskat, vilket visade sig under våra sökningar. En mättnad nåddes relativt fort då samma artiklar återkom under flera av sökningarna. De artiklar som används refererar ofta till varandra, i bakgrund och diskussion, vilket kan ha påverkat resultatet men det är viktigt att poängtera att alla studier är genomförda oberoende av varandra. Tidsbegränsningen, år 2000 och framåt, valdes just då området måste anses relativt nytt och vi ville undersöka den senaste tidens forskning för att få ett resultat som kan appliceras på verksamheterna i vården idag.

Sökorden som använts till litteratursökningen gick inte att översätta med hjälp av svensk MeSH. Detta kan påverka resultatet av sökningen då vissa engelska termer kan ha missats.

Dock breddades sökningen genom att använda relativt få och breda sökord och därigenom anser författarna att en viss gardering mot omedvetna begränsningar har gjorts.

När ordet arbetsmiljö användes i kombination med de andra sökorden fick vi inga träffar. Vi valde dock att redovisa dessa sökningar i tabellen eftersom detta är ett av våra nyckelord.

Vårt tillvägagångssätt att ta fram teman och rubriker till resultatet gjordes genom att skriva ner innehållet i artiklarna på papper, klippa isär varje stycke, samla ihop dem och läsa upp dem högt för att tillsammans kunna diskutera och para ihop artiklarnas resultat i nya, gemensamma kategorier. Om denna metod är bra eller dålig är svårt att säga, men vi upplever att det var ett kreativt sätt att komma fram till våra kategorier. Dessutom upplevde vi att det underlättade den skriftliga sammanställningen av resultatet.

Processen att ta fram rubriker och underrubriker upplevdes problematiskt i vissa fall. Flera av patienternas och sjuksköterskornas upplevelser och tankar om bedsiderapportering överlappar varandra och kunde ibland vara svåra att skilja åt. Trots det så anses de rubriker som redovisats i resultatet vara de mest relevanta och de som speglar de granskade artiklarnas sammantagna resultat på bästa sätt.

För att begränsa resultatet har vi valt att exkludera bedsiderapporteringens effekter och upplevelser från ett närståendeperspektiv. Det kan vara relevant att fundera över hur resultatet hade blivit annorlunda om det hade inkluderats.

Av de elva studier som använts är en genomförd i Finland (Timonen et al, 2000), en i Storbritannien (Cahill, 1998), en i Italien (Wildner et al, 2012). Tre studier är genomförda i USA (Maxson et al, 2012, Sand-Jecklin et al, 2013 & Tidwell et al, 2011), en i Kanada (Jeffs et al, 2013) samt fyra stycken i Australien (Lu et al, 2013, Kerr et al, 2013A, Kerr et al, 2013B & McMurray et al, 2011). Studierna är alltså genomförda i vad som betraktas som höginkomstländer och det påverkar möjligtvis generaliserbarheten till medel- och låginkomstländer.

Av de artiklar som inkluderades i uppsatsen är det endast fem som redogör för patienternas könsfördelning. Efter att vi adderat dessa artiklars studiepopulationer framkommer det att 127 kvinnor respektive 97 män ingår i resultatet. Endast två av våra artiklar redovisar sjuksköterskornas könsfördelning. I de artiklarna deltog sex manliga sjuksköterskor och resterande 39 var kvinnor (Maxson et al, 2012, Kerr et al, 2013B). Ingen av artiklarna har lagt ett genusperspektiv på varken resultat eller diskussion, vilket vi ser som en brist. Det är ingen av studierna som lyft upp några skillnader vad gäller manliga och kvinnliga patienters eller sjuksköterskors åsikter om bedsiderapportering. Detta är dock inte något som påverkar vårt resultat åt något håll då vi inte har haft ett genusperspektiv som en del av vårt syfte, men det skulle vara intressant att se ifall det gick att utläsa några skillnader i uppfattningarna om bedsiderapporteringen.

Att tre av våra valda artiklar inte har granskats och godkänts av en etisk kommitté är något som måste lyftas fram. Ett godkännande från en sådan grupp är något som vi anser vara mycket viktigt och överväganden gjordes ifall dessa studier skulle få vara en del av resultatet.

Att de tillslut togs med beror på att vi anser att studierna är gjorda med ett etiskt tillvägagångssätt. I Wildner et al (2012) har studien godkänts av ledningen på det hospice där undersökningen ägde rum. I både Wildner et al (2012) och Cahills studie från 1998 har patienter och sjuksköterskor informerats om studiens syfte och de har fått lämna samtycke till att delta. Anonymitet har garanterats och möjlighet att avbryta när som helst har varit möjligt utan att behöva förklara varför.

I Tidwell et als studie från 2011 har deltagarna endast blivit muntligt tillfrågade ifall de vill delta. Viktigt att poängtera är att vi endast har använt den del i resultatet som belyser övertidstimmar på avdelningen och uteslutit alla andra delar. Då forskarna endast har tittat i ett datorprogram som registrerar arbetstimmar anser vi att en etisk prövning inte är av samma vikt som om resultatet som berör fysiska personer hade använts. Anledningen till att denna studie inkluderades var att det är den enda som har undersökt hur antalet övertidstimmar har förändrats före och efter implementering av bedsiderapportering, något som vi anser vara en intressant och viktig aspekt och något vi ville lyfta fram i vårt resultat.

Studierna som vårt resultat baseras på är genomförda på olika typer av vårdavdelningar, så som hospice, akutmottagning, kirurgi, medicin och BB. Eftersom studierna har gjorts på många olika avdelningar ger det en bred studiepopulation och det förstärker trovärdigheten i att bedsiderapportering skulle vara en bra metod inom flertalet områden.

## RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna litteraturöversikt är att sammanställa kunskapen om effekterna och upplevelsen av bedsiderapportering hos patienter och sjuksköterskor. Frågeställningarna som vi ville besvara var hur patienten tycker att bedsiderapportering påverkar deras upplevelse av vården och deras delaktighet, sjuksköterskans upplevelse av bedsiderapportering och hur det påverkar sjuksköterskans arbetsmiljö och till sist om bedsiderapportering har en inverkan på patientsäkerheten och i så fall hur?

Resultatet visar att både patienter och sjuksköterskor generellt sett har en positiv upplevelse av bedsiderapportering. De upplever att delaktigheten ökar, patientsäkerheten blir bättre och sjuksköterskorna upplever att arbetet kring de dagliga rapporteringarna har effektiviserats och förbättrats. Vi ville undersöka både för- och nackdelar med bedsiderapportering och något som förvånat oss är de övervägande positiva resultaten. Vi hade förväntat oss fler motsägelsefulla resultat än vad som framkommit.

Vårt resultat visar att bedsiderapporteringen bidrar till att stärka patienternas självförtroende och självkänsla. Patienterna känner sig bättre informerade, mer delaktiga och upplever sig kunna påverka sin situation i större utsträckning. Detta tolkar vi som att deras KASAM stärkts. Genom ökad information stärks patienternas känsla av begriplighet likväl som den ökade tilliten till sjuksköterskan och känslan av att ha kontroll över sin situation stärker känslan av hanterbarhet. Meningsfullheten stärks genom att patienten upplever en känsla av delaktighet och engagemang (Hagström, 2000). Intressant nog ligger det helt i linje med hur

sjuksköterskan bör arbeta, för i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor framgår det att vi ska arbeta hälsofrämjande (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Antonovskys salutogena teori om KASAM ligger ofta till grund för hälsofrämjande arbete. Detta ser vi som ett av flera argument till varför bedsiderapportering bör implementeras i större utsträckning än idag.

Något som förvånat oss är resultatet som visar att sjuksköterskornas arbetsmoral ökar efter implementeringen av bedsiderapportering. Varför är det så? Skärper de sig för att de vet att de ska rapportera inför patienterna och att det då skulle vara pinsamt att framstå som oengagerad och lat eller är det ett resultat av att även sjuksköterskornas KASAM stärkts efter införande av bedsiderapportering? Kan det vara så att den förbättrade informationen om patienterna bidrar till att göra arbetspasset mer förutsägbart för sjuksköterskan vilket ökar känslan av begriplighet. På samma sätt kan känslan av hanterbarhet öka genom att sjuksköterskan har bättre möjlighet att prioritera sitt arbete och därmed känna att arbetssituationen går att påverka. Om känslan av begriplighet och hanterbarhet ökar så ökar även känslan av meningsfullhet. En människa som känner en ökad känsla av meningsfullhet blir motiverad och engagerad vilket skulle kunna förklara resultatet att bedsiderapportering ökar sjuksköterskornas arbetsmoral. En annan orsak till den ökade arbetsmoralen kan vara att patienternas ökade engagemang och delaktighet smittar av sig och att det bidrar till att sjuksköterskorna upplever sitt arbete som roligare och mer meningsfullt. Vårt antagande om att KASAM ökar för både sjuksköterskor och patienter tolkar vi som en huvudorsak till varför bedsiderapportering upplevs positivt av båda grupperna.

Vårt resultat visar att både sjuksköterskor och patienter upplever att patientens delaktighet ökar med bedsiderapportering. Att arbeta på ett sätt som ökar patientens delaktighet ligger i linje med hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (SFS 2010:659, SFS 1982:763, Svensk sjuksköterskeförening, 2008) som vi som sjuksköterskor är skyldiga att arbeta efter. Att patienten närvarar under rapporteringen underlättar för sjuksköterskan att ge individanpassad information då det blir tydligare vilken kunskap patienten har med sig och vilka luckor som behöver fyllas i. Bedsiderapportering blir, enligt oss, en naturlig grund för ett fortlöpande delaktighetsarbete.

Resultatet visar att faktorer, så som trötthet och svår sjukdom, påverkar patienternas tendens att medverka under rapporteringen. Det finns dock de patienter som helt enkelt inte vill vara delaktiga (Cahill, 1998, Timonen et al, 2000, Wildner et al, 2012). Vi anser att det här ställer stora krav på sjuksköterskan att föra en dialog och vara lyhörd inför patientens önskemål och att respektera om önskan finns att inte vara delaktig. Rapporteringen behöver inte ske på patientens rum bara för sakens skull utan bör anpassas från fall till fall.

Det finns egentligen bara ett område där artikelförfattarna har kommit fram till helt olika resultat och det handlar om hur sjuksköterskornas användande av medicinska termer och förkortningar påverkar patientens förståelse. I Cahills studie från 1998 har resultatet visat att språket påverkar förståelsen negativt men också att det finns patienter som känner sig trygga och får en större tilltro till sjuksköterskans kompetens då det medicinska språket används. Kerr et al (2013A) menar att det medicinska språket skapar en känsla av otrygghet och oro, framförallt för de patienter som har ett annat modersmål. McMurray et al (2011) och Timonen

et al (2000) menar dock att det inte påverkar deltagandet och förståelsen negativt. Varför resultaten skiljer sig åt är svårt att veta och för oss känns det underligt att okända termer och främmande sätt att uttrycka sig inte skapar utanförskap och minskad förståelse. Kanske är det så att sjuksköterskorna är duktiga på att ändå förklara för patienten vad de pratar om trots att de använder förkortningar och termer sjuksköterskorna emellan? Eller är det så att de patienter som inte upplever språket som ett problem ändå inte deltar i rapporten speciellt mycket och inte bryr sig nämnvärt om det? Eller kan det vara så att de patienter som upplever språket som problematiskt är de som är mest angelägna om att delta i rapporten och därför inte vill missa någonting? Oavsett orsak så anser vi att det är självklart att prata på ett sätt som patienten förstår och vi anser det vara en grundsten för att kunna skapa delaktighet.

En svaghet med bedsiderapportering, som poängteras i resultatet, är att sjuksköterskorna saknar möjligheten att obehindrat diskutera patientens behandling med varandra, något vi har förståelse för. En lösning vore att sjuksköterskorna, efter att ha rapporterat i närvaro av patienten, avslutar rapporteringen inne på expeditionen för att överlämna känslig information och diskutera patientens behandling med varandra. Då får de även möjlighet att snabbt utvärdera hur de upplevde att rapporteringen gick. För att bedsiderapportering som överlämningsmetod ska förbättras och för att personalen ska lära sig att hantera de svårigheter som uppkommer anser vi att det krävs att personalen har en ständigt pågående dialog, framför allt då bedsiderapportering nyligen implementerats.

Vårt resultat visar att bedsiderapportering hjälper sjuksköterskan att prioritera och strukturera sitt arbete, att arbetet upplevs mer meningsfullt och att kontakten med patienter och kollegor förbättras. Det här stämmer överens med Lennéer Axelson och Thylefors (2005) tre faktorer som skapar arbetsglädje och en god arbetsmiljö. Vi är överraskade av bedsiderapporteringens goda effekter på sjuksköterskornas arbetsmiljö och vi ställer oss undrande inför frågan om det på sikt kan minska sjuksköterskornas ohälsotal. Vi anser att bedsiderapportering och dess goda effekter på arbetsmiljön kan vara ett sätt för en vårdavdelning att profilera sig och bli mer attraktiv och på så vis behålla och rekrytera ny personal.

Att patientsäkerheten förbättrats är något som förts fram i flertalet av de artiklar som resultatet baseras på (Jeffs et al, 2013, Wildner et al, 2012, Maxson et al, 2012, Sand-Jecklin et al, 2013, Kerr et al, 2013B). Både patienter och sjuksköterskor upplever att säkerhetsarbetet stärks och även faktiska mätningar, om än av begränsad omfattning, antyder att antalet felmedicineringar och fallskador minskar. Både i Sverige och internationellt är vårdskador ett stort problem som orsakar lidande, i vissa fall död och stora samhällskostnader. Enligt Öhrn (2009) är ineffektiv kommunikation ofta en bakomliggande orsak till att fel och skador uppstår i vården. Att som sjuksköterska få ett extra tillfälle att dubbelkolla medicineringar, att som patient kunna rätta till felaktig information som lämnas över och att alla inblandade i högre utsträckning blir väl insatta i patientens vårdplan är i våra ögon mycket viktiga resultat som stärker patientsäkerhetsarbetet. Vi efterfrågar större studier för att få säker evidens för om bedsiderapportering har positiv inverkan på antalet vårdskador.

Angående sekretessen förvånas vi över att patienterna inte känner sig mer besvärade av att andra medpatienter kan höra vad som sägs under rapporteringen. Vi hade förväntat oss att det



skulle ses som ett större problem och därför tala emot bedsiderapportering som överlämningsmetod. Att sjuksköterskorna upplever det som ett större problem tror vi kan kopplas till att de har tystnadsplikt som måste efterföljas. Vi anser att sjuksköterskorna måste fortsätta att hålla hårt på dessa principer för att behålla patienternas förtroende. Tystnadsplikten är inget som vi kan välja att bortse ifrån enbart för att vårt resultat visar att patienterna inte besvärar av det. Istället hoppas vi att sjuksköterskor fortsätter att utveckla metoder för att kunna använda bedsiderapportering utan att det sker på tystnadspliktens bekostnad.

## IMPLIKATIONER FÖR VERKSAMHETEN

Eftersom bedsiderapportering visade sig vara övervägande positivt så rekommenderar och önskar vi se att fler vårdavdelningar börjar använda sig av denna överrapporteringsmetod. Dock ser vi att informationen till patienten kan förbättras. Vi föreslår att vårdavdelningar som implementerar bedsiderapportering bör ta fram en informationsbroschyr som överlämnas till patienten i samband med inskrivningen på avdelningen. I den bör det framgå tydligt vad som är syftet med bedsiderapportering, hur den går till, att informationen som överlämnas är till för både patient och vårdpersonal, uppmuntra patienterna att vara delaktiga och förväntad tidsåtgång. Broschyren kommer att underlätta för patienten att förstå syftet med bedsiderapportering och kan samtidigt undanröja eventuella besvikelser som att rapporteringen inte bör hålla på längre än två-tre minuter. Broschyren skulle även kunna innehålla en liten ordlista med vanligt förekommande medicinska termer.

För att kunna kringgå problematiken med sekretessen föreslår vi att de patienter som är väl mobiliserade kan förflytta sig till ett enskilt rum där överrapporteringen kan ske. I de fall där en patient inte kan lämna salen och det är möjligt för medpatienterna att göra det kan vårdpersonalen be att dem att lämna salen för en kort stund för att rapporteringen ska kunna genomföras ostört.

## FRAMTIDA FORSKNING

Under skrivandets gång har nya frågeställningar väckts. Flertalet av dem har vi inte hittat svar på i de artiklar vi använt och kan därför ses som förslag på frågeställningar för framtida forskning.

- Minskar sjuksköterskornas sjukskrivningar på avdelningar som använder bedsiderapportering?
- Vad är det som bidrar till att sjuksköterskornas arbetsmoral ökar? KASAM eller känslan av tvång?
- Minskar bedsiderapportering sjuksköterskornas etiska stress i och med att de tillbringar mer tid hos patienterna?
- Tolk i samband med bedsiderapportering. Hur hanterar sjuksköterskorna patienter som inte förstår det talade språket?

- Sekretessproblematiken. Fördjupad forskning om sjuksköterskornas strategier för att bevara patientens integritet på flerbäddsrum.
- Förbättras teamarbetet på avdelningar där bedsiderapportering används?

## SLUTORD

Anledningen till varför flera vårdavdelningar valt att implementera bedsiderapportering är att metoden antas ha en positiv inverkan på patientdelaktighet, patientsäkerhet samt sjuksköterskornas arbetsmiljö. När uppsatsen nu avslutas så ser vi att det stämmer. Vi anser att vårt resultat har svarat på vårt syfte och frågeställningar och därför har vi uppnått det vi ville åstadkomma.

Att slutresultatet övervägande är positivt glädjer oss då vi ser bedsiderapportering som en bra överlämningsmetod som vi båda önskar se mer av i vår framtida profession som sjuksköterskor.

## REFERENSER

- Anderson, C-D., Mangino, R-R. (2006). Nurse shift report, Who says you can't talk in front of the patient? *Nurs Admin Q. Vol.30*, No. 2, pp. 112-122
- Cahill, J. (1998). Patient's perceptions of bedside handovers. *Journal of clinical nursing*, (7), 351-359.
- Costedio, E., Powers, J., L. Stuart, T. (2013) Change-of-shift report: From hallways to the bedside. *Nursing 2013* s. 18-19
- Ejd, M. (2013, juni). SKL. Arbetsmiljö och patientsäkerhet hänger samman. *Vårdfokus*. Hämtad 131015 från <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2013/Juni/Arbetsgivarna-vill-se-okad-helhetssyn->
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F (red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund; Studentlitteratur.
- Hagström, U., Redemo, E. & Larsson, G. (2000) När självkänslan växer. Folkhälsoinstitutet.
- Häggström-Nordin, E., Magnusson, C., Berg, L. (2009). Inledning. I Magnusson, C. & Häggström-Nordin, E (red.) *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Lund; Studentlitteratur.
- Jeffs, L., Acott, A., Simpson, E., Campbell, H., Irwing, T., Lo, J., ... Cardoso, R., (2013). The value of bedside shift reporting. *Journal of nursing care and quality*, 28(3), 226-232.
- Kerr, D., Lu, S., McKinlay, L. (2013B). Towards patient-centred care: Perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *International journal of nursing practice*, Doi: 10.1111/ijn.12138 (E-pub.)
- Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A-M. & McCann, T. (2013A). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of clinical nursing*, Doi: 10.1111/jocn.12308. (E-pub.)
- Langius-Eklöf, A. (2009) Känsla av sammanhang. I Edberg, A-K. & Wijk, H. (Red) *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur
- Lennéer Axelson, B., Thylefors, I. (2005) Psykosocial arbetsmiljö. I Forsling, A. (red.) *Arbetsgruppens psykologi*. Natur och kultur: Stockholm.
- Lu, S., Kerr, D., McKinlay, L. (2013). Bedside nursing handover: Patients' opinions. *International journal of nursing practice*. Doi: 10,1111/ijn.12158. (E-pub.)
- Maxson, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D. M., Foss, D M. (2012). Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nursing*, 21(3), 140-145.
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., Gehrke, T. (2011). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, (18), 19-26.
- Mirsch, H. (2013, Feb.). Överlämning hos patienten. *Vårdfokus*. Hämtad 2013-10-14 från [https://www.vardforbundet.se/Documents/V%C3%A5rdfokus/v2\\_s8-11.pdf](https://www.vardforbundet.se/Documents/V%C3%A5rdfokus/v2_s8-11.pdf)
- National Encyklopedin. Arbetsmiljö. Hämtad 2013-10-17 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/arbetsmilj%C3%B6/117073>

- Nitzelius, T. & Söderlöf, G (2008). Sjukvårdens arbetsmiljö – praktiska typfall i hälso- och sjukvården. Norstedts Juridik AB: Stockholm.
- Reinbeck, D M., Fitzsimons, V. (2013). Improving the patient experience through bedside shift report. *Nursing Management*. February 2013 16-17.
- Sand-Jecklin, K., Sherman, J. (2013). Incorporating bedside report into nursing handoff – evaluation of change in practice. *Journal of nursing care quality*, 28(2) 186-194.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2013). *Patientsäkerhet och arbetsmiljö. En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2013-10-15 från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5309.pdf?issuusl=ignore>
- Svensk sjuksköterskeförening, 2008. *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 1301014 från <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Tidwell, T., Edwards, J., Snider, E., Lindsey, C., Reed, A., Scroggins, I., ... Brigance, J. (2011). A nursing pilot study on bedside reporting to promote best practice and patient/family-centered care. *Journal of neuroscience nursing*, 43(4) 1-5.
- Timonen, L., Sihvonen, M. (2000). Patient participation in bedside reporting on surgical wards. *Journal of Clinical Nursing*, 9: 542-548
- Vårdhandboken (2013). Översikt – sekretess. Hämtad 131018 från <http://www.vardhandboken.se/texter/sekretess/oversikt/>
- Wildner, J., Ferri, P. (2012). Patient participation in change-of-shift procedures – The implementation of the bedside handover for the improvement of nursing quality in an Italian hospice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(3), 216-224.
- Öhrn, A. (2009). Patientsäkerhet. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (Red.) *Omvårdnadens grunder, Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F (red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund; Studentlitteratur

## BILAGA 1 - KVALITETSGRANSKNINGSMODELL

Kvalitetsgranskningsmodell för kvantitativa/kvalitativa artiklar. Omarbetad från Friberg (2012).

1. Finns ett tydligt problem formulerat?
2. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?
3. Är syftet klart formulerat?
4. Är metoden tydligt beskriven?
5. Är urvalet tydligt beskrivet?
6. Är datan analyserad utifrån en vedertagen metod?
7. Är resultatet tydligt beskrivet?
8. Förs det några etiska resonemang?
9. Finns det en metoddiskussion?

Artiklarna poängsattes med ett poäng per kriterium som uppfyllts.

1-4/9 = låg kvalitet

5-7/9 = medelhög kvalitet

8-9/9 = hög kvalitet

## BILAGA 2 - ARTIKELÖVERSIKT

	<b>Patients' perspectives of bedside nursing handover</b>
Författare	McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J & Gehrke T
Tidskrift	Collegian (2011) 18 (19-26)
Land	Australien
Syfte	Undersöka patientens upplevelse av att delta i bedsiderapportering
Metod	Beskrivande fallstudie. Intervjuer med tio patienter
Urval	Patienter som varit inneliggande under minst en natt, orkar med en timmes intervju och som talar och förstår engelska. Patienter med stora infektioner eller utan ork exkluderades.
Antal referenser	65
Kvalitet	8/9 – hög kvalitet

	<b>Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside</b>
Författare	Kerr D, McKay K, Klim S, Kelly A-M & McCann T.
Tidskrift	Journal of Clinical Nursing, 2013.
Land	Australien
Syfte	Att undersöka patientens uppfattning av bedsiderapportering utförd av sjuksköterskor på en akutvårdsavdelning.
Metod	Semistrukturerade intervjuer
Urval	För att bli inkluderad var patienten tvungen att närvara vid bedsiderapportering, kunna prata engelska, vara kliniskt stabil, mentalt alert och ha fyllt 18 år.
Antal referenser	28
Kvalitet	8/9 – hög kvalitet

	<b>Bedside Nurse-to-nurse handoff promotes patient safety</b>
Författare	Maxson P M, Derby K M, Wroblewski D : & Foss D M.
Tidskrift	Medsurg Nursing may-june 2012. Vol. 21/no.3
Land	Minnesota, USA
Syfte	1. Att avgöra om bedsiderapportering ökar patientens tillfredsställelse med dess vårdplan och ökar patientens upplevelse av att vårdpersonalen arbetar i team. 2. Att avgöra om bedsiderapportering ökar tillfredsställelsen hos personalen vad gäller kommunikation och ansvar
Metod	Enkätundersökning
Urval	Alla sjuksköterskor som arbetade på kliniken samt patienter som var över 18 år, förstår och pratar engelska samt inte har någon kognitiv nedsättning
Antal referenser	9
Kvalitet	8/9 – hög kvalitet

	<b>Patient participation in bedside reporting on surgical wards</b>
Författare	Timonen L & Sihvonen M
Tidskrift	Journal of Clinical Nursing, 2000; 9: 542-548
Land	Finland
Syfte	Att jämföra sjuksköterskors och patienters åsikter om nyttan av bedsiderapportering, undersöka patienternas delaktighet under rapporteringen och identifiera faktorer som främjar och motverkar patienternas deltagande.
Metod	Enkätundersökning
Urval	Enkäten distribuerades till alla sjuksköterskor som deltagit i bedsiderapportering under forskningsperioden samt till de patienter som deltagit minst en gång i bedsiderapportering, som var i stånd att kunna fylla i en enkät och som har fyllt 18 år.
Antal referenser	33
Kvalitet	8/9 – hög kvalitet

	<b>The value of bedside shift reporting. Enhancing nurse surveillance, accountability, and patient safety</b>
Författare	Jeffs L, Acott A, Simpson E, Campbell H, Irwin T, Lo J, Beswick S, Cardoso R.
Tidskrift	Journal of Nursing Care Quality 2013 Vol 28, No. 3, pp. 226-232
Land	Kanada
Syfte	Att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter och uppfattningar i samband med implementeringen av bedsiderapportering
Metod	Strukturerade intervjuer
Urval	Sjuksköterskor anställda på en av de avdelningar som ingick i studien
Antal referenser	29
Kvalitet	7/9 – medelhög kvalitet

	<b>Patient participation in change-of-shift procedures – The implementation of the bedside handover for improvement of nursing quality in an Italian hospice</b>
Författare	Wildner, J & Ferri, P
Tidskrift	Journal of hospice & palliative nursing.
Land	Italien
Syfte	Att beskriva implementeringen av bedsiderapportering med fokus på patienternas och sjuksköterskornas uppfattningar om bedsiderapportering.
Metod	Enkätstudie med både öppna och stängda frågor. Ger både kvantitativ och kvalitativ data
Urval	Alla sjuksköterskor som jobbar på enheten samt de patienter som var ineliggande på enheten vid implementeringstillfället.
Antal referenser	20
Kvalitet	6/9 – medelhög kvalitet

	<b>A nursing pilot study on bedside reporting to promote best practice and patient/family-centered care</b>
Författare	Tidwell T, Edwards J, Snider E, Lindsey C, Reed A, Scroggins I, Zarski C & Brigance J.
Tidskrift	Journal of neuroscience nursing. Vol. 43. Number 4, august 2011
Land	USA
Syfte	Fastslå om implementering av sjuksköterskor hade effekt på patienternas och sjuksköterskornas tillfredsställelse och om rapporteringsmodellen har haft effekt på sjuksköterskornas övertid.
Metod	Enkätstudie med retrospektiv och prospektiv. Olika enkäter till sjuksköterskor och patienter. Studien genomfördes sex månader innan och sex månader efter implementering av sjuksköterskor.
Urval	Alla patienter på avdelningen som pratar och förstår engelska fick enkäter. Alla sjuksköterskor på avdelningen fick enkäter skickade via e-mail.
Antal referenser	8
Kvalitet	7/9 – medelhög kvalitet

	<b>Patient's perceptions of bedside handovers</b>
Författare	Cahill J.
Tidskrift	Journal of clinical nursing 1998; 7: 351-359
Land	Storbritannien
Syfte	Framställa och delge en analys av patientens upplevelse av sjuksköterskor
Metod	Ostrukturerade intervjuer med både öppna och stängda frågor
Urval	Tio patienter valdes ut på en kirurgisk vårdavdelning
Antal referenser	57
Kvalitet	6/9 – medelhög kvalitet

	<b>Incorporating bedside report into nursing handoff – Evaluation of change in practice</b>
Författare	Sand-Jecklin K & Sherman J.
Tidskrift	Journal of nursing care quality 2013 Apr-Jun;28(2):186-9
Land:	USA
Syfte	Undersöka patientens och sjuksköterskans tankar och upplevelser av sjuksköterskor efter implementering
Metod	Enkätstudie för sjuksköterskor och patienter. Olika enkäter till de båda grupperna. Vissa öppna frågor till sjuksköterskorna som även ger ett inslag av kvalitativa data.
Urval	232 patienter och 70 familjemedlemmar svarade på enkät innan implementering. 178 patienter och 72 familjemedlemmar svarade efter implementering. De patienter som inkluderades hade varit på avdelningen minst 48 timmar.
Antal referenser:	25
Kvalitet	6/9 – medelhög kvalitet



	<b>Bedside nursing handover: Patients' opinions</b>
Författare	Lu S, Kerr D & McKinlay L
Tidskrift	International journal of nursing practice. E-publ.
Land	Australien
Syfte	Undersöka patienters uppfattningar av bedsiderapportering
Metod	En kvalitativ, semi-strukturerad intervjustudie
Urval	30 patienter som var inlagda på någon av de tre sjukhusavdelningarna som valts ut. För att inkluderas måste patienterna tala och förstå engelska, vara över 18 år gamla, ha observerat minst två rapporteringar samt varit på avdelningen minst tolv timmar.
Antal referenser:	34
Kvalitet	8/9 – hög kvalitet

	<b>Towards patient-centred care: Perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover</b>
Författare	Kerr D, Lu S & McKinlay L
Tidskrift:	International journal of nursing practice. E-publ.
Land	Australien
Syfte	Att undersöka sjuksköterskors och barnmorskors inställning till introduktionen av bedsiderapportering i klinisk miljö.
Metod	Kvalitativ deskriptiv studie. Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer tolv månader efter implementeringen av bedsiderapportering.
Urval	Tio sjuksköterskor från en kirurgiavdelning, tio sjuksköterskor från en medicinavdelning och tio barnmorskor från en förlossningsavdelning. För att få delta måste de ha arbetet på avdelningen innan bedsiderapportering infördes. Totalt ingick fem män och 25 kvinnor.
Antal referenser	32
Kvalitet	8/9 – hög kvalitet