



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ATT ARBETA MED BEDSIDERAPPORTERING PÅ EN KIRURGISK VÅRDAVDDELNING

- En intervjustudie

Clara Johansson
Karin Björck

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2020
Handledare:	Linda Åhlström
Examinator:	Catarina Wallengren
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka sjuksköterskorna och ledningen vid den samverkande kirurgavdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som initierade och möjliggjorde denna studie. Tack för gott samarbete och förtroende.

Tack Elsa för ditt varma välkomnande och engagemang.

Tack Linda för god handledning, vägledning och uppmuntran under arbetsprocessen.

Titel (svensk)	Sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med bedsiderapportering på en kirurgisk vårdavdelning
Titel (engelsk)	Nurses' experiences of working with bedside handover at a surgical ward
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2020
Författare:	Clara Johansson och Karin Björck
Handledare:	Linda Åhlström
Examinator:	Catarina Wallengren

Sammanfattning

Överrapportering mellan sjuksköterskor är ett grundläggande element i det dagliga arbetet och betydelsefullt för prioritering av omvårdnadsinsatser. En välfungerande kommunikation och informationsöverföring är avgörande för en god och säker vård. Bedsiderapportering (BSR) är en metod för överrapportering som sker i närvaro av patienten i syfte att främja patientdelaktighet, personcentrering och patientsäkerhet. Syftet med detta arbete var att med hjälp av kvalitativ metod undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med BSR. Sjuksköterskor verksamma på en kirurgisk vårdavdelning vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, samtliga med erfarenhet av BSR, intervjuades med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och resulterade i tre kategorier med tillhörande 13 underkategorier. Resultatet visar att sjuksköterskorna upplevde ett starkt professionellt yrkeskunnande samt en ökad patientinvolvering vid BSR. Sjuksköterskorna upplevde även utmaningar i arbetet med BSR såsom störd informationsgivning, blottande av patientintegritet och att metoden ansågs tidskrävande. Förhoppningsvis underlättar studien avdelningens långsiktiga och kontinuerliga arbete med BSR där ett personcentrerat och patientsäkert arbetssätt vid överrapportering bibehålls och utvecklas.

Nyckelord: *Bedsiderapportering, Patientsäkerhet, Personcentrering och Kommunikation*

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Bedsiderapportering	5
Traditionell överrapportering	6
Kommunikation	6
Patientsäkerhet	7
Sjuksköterskans kärnkompetenser	7
Personcentrering	7
Patientdelaktighet	8
Problemformulering	8
Syfte och frågeställningar	8
Metod	8
Resultat	11
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Fortsatt forskning	21
Klinisk implikation	22
Slutsats	22
Referenslista	23
Bilaga 1. Forskningspersonsinformation (FPI)	28
Bilaga 2. Etikansökan	30
Bilaga 3. Intervjuguide	33

Inledning

Under sjuksköterskeutbildningen har personcentrering, patientdelaktighet och patientsäkerhet varit centrala begrepp. Begreppen omfattar stora och komplexa kunskapsområden som i praktiken kan upplevas abstrakta och svåra att konkretisera. Inför vårt examensarbete fick vi möjlighet att skriva ett verksamhetsförankrat arbete (VFE) i samverkan med en kirurgisk vårdavdelning vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Bedsiderapportering (BSR) var ett av de ämnesförslag som avdelningen presenterade. Metoden gav oss en bild av hur arbetet med personcentrering, patientdelaktighet och patientsäkerhet fungerar i verksamheten. Intresset från vår sida växte då vi såg metoden som ett konkret verktyg för praktisk tillämpning av dessa abstrakta kunskapsområden i den kliniska omvårdnaden. Inför arbetet kom vi över mycket forskning som beskrev bedsiderapporteringens potentiellt positiva effekter men baserat på våra erfarenheter av att arbeta inom vården är vår uppfattning att BSR är ovanligt. Idén till implementering av BSR på avdelningen initierades som ett led i det personcentrerade arbetet men också då flera i personalen påtalat brister i den traditionella överrapporteringen vid skiftbyten. Viktiga frågor angående patienten och deras vård uppkom ofta när föregående personal gått för dagen. Förhoppningen var att bedsiderapportering kunde främja en patientsäker informationsöverföring mellan personalen om den skedde i närvaro av patienten. Väl där kunde sjuksköterskan se patienten och tillhörande medicintekniska utrustning och frågor om exempelvis infarter, infusioner och drän kunde beröras och besvaras. Bland personalen råder det dock delade meningar om BSR och dess effekt på hälso- och sjukvårdsverksamheten. Med bakgrund av detta önskar vi undersöka vilka erfarenheter sjuksköterskor har av arbetet med BSR samt belysa vilka förutsättningar och utmaningar de upplever i det dagliga arbetet. Förhoppningen är att utvärdera BSR som metod för att säkerställa en god omvårdnad som skapar förutsättningar för personcentrering, patientdelaktighet och patientsäkerhet.

Bakgrund

Bakgrunden avser beskriva sjuksköterskans arbete med informationsöverföring med ett primärt fokus på BSR. Inledningsvis ges en beskrivning av BSR i relation till traditionell överrapportering. Vidare görs en djupdykning i sjuksköterskans kompetensområden där kommunikation, patientsäkerhet och professionens kärnkompetenser beskrivs. Avslutningsvis presenteras det problemområde som ligger till grund för studiens syfte.

Bedsiderapportering

Bedsiderapportering (BSR) innebär att vårdpersonal vid skiftbyte genomför sin överrapportering i närvaro av patienten, ofta vid patients sängplats, i syfte att öka patientens delaktighet. Att tidigt på arbetspasset se patienten och samla in objektiv data underlättar sjuksköterskans prioritering av omvårdnadsinsatser och ökar patientsäkerheten (Anderson & Mangino, 2006). BSR ökar sannolikheten att patienten tar en mer aktiv roll i vården och gör vården mer individanpassad. Med patienten närvarande minskar dessutom utrymmet för att onödigt och icke-relevant information delas, kommunikationen blir mer effektiv och risken för kommunikationsmissar minskar. Förbättringen av kommunikationen har dessutom visat sig förkorta patientens vårdtid och att kvalitén på vården kan öka (Malfait, Eeckloo, Van Biesen & Van Hecke, 2016). Patientens närvaro kan också fungera som en påminnelse för noggrannhet vid informationsöverföringen. (Chaboyer, McMurray, & Wallis, 2010). Forskning visar att BSR främjar patientsäkerheten och personcentreringen ur flera perspektiv, samtidigt belyser även forskning utmaningar med metoden (Slade, Murray, Pun & Eggins,

2018; Chaboyer, McMurray, & Wallis 2010). I en litteraturöversikt framkommer att ett flertal studier ifrågasätter BSR i relation till patientsekretessen. Känslig information upplevs svår att beröra i närvaro av andra patienter och närstående (Gregory, Tan, Tilrico, Edwardson & Gamm, 2014). I en fallstudie argumenteras det för huruvida den traditionella överrapporteringen är tillräckligt tidseffektiv, specifik och relevant. Där diskuteras också hur bedsiderapportering, i relation till traditionell överrapportering, i vissa fall framstår som mer exakt och tidseffektiv men att denna forskning inte är enhällig (Chaboyer, McMurray, & Wallis, 2010). I tillägg presenteras forskning som menar att BSR kan vara mer tid- och resurskrävande. Vid observation av BSR har forskare sett att sjuksköterskan tenderar att bli avbruten flera gånger under BSR jämfört med traditionell överrapportering. Sjuksköterskan kan också hamna i långa samtal med pratglada patienter (O'Connell & Penney, 2001). BSR kan bidra till minskad kollegialitet och förlust av en social aspekt i arbetet där traditionell överrapportering har beskrivits som ett tillfälle att uttrycka känslor och söka stöd hos varandra (Malfait, Eeckloo, Van Biesen & Van Hecke, 2019a).

Traditionell överrapportering

Överrapportering är ett grundläggande element i det dagliga omvårdnadsarbetet där informationen som delges är avgörande för vårdpersonalens prioriteringar av omvårdnadsinsatser (Winters-Miner, et.al., 2014). I en översiktsartikel framkommer det att traditionell överrapportering i regel sker muntligt mellan sjuksköterskor i frånvaro av patienten, vanligtvis på sjuksköterskeexpeditionen eller i personalrummet (Galatza, 2019). Överrapporteringen är i huvudsak ett verktyg för patientspecifik informationsöverföring men litteraturen indikerar att den fyller ytterligare funktioner. Överrapporteringen är ett tillfälle att utbilda och inkludera ny personal i den sociala kulturen på arbetsplatsen samt ett verktyg för att utveckla gruppsammanhållningen. Överrapporteringen avser delge information som berör patientens nuvarande status, förändringar i hälsotillstånd, behandling samt eventuella komplikationer (Galatza, 2019; Chaboyer, McMurray, & Wallis, 2010).

Kommunikation

Kommunikation är en komplex process. Effektiv och god kommunikation ställer krav på individens kommunikationsförmåga, uppmärksamhet och självmedvetenhet. Sjuksköterskor behöver öva upp goda färdigheter i att vara flexibla då olika omständigheter, såsom fysiska, psykiska och sociala faktorer, påverkar kommunikationsprocessen. För sjuksköterskan är kommunikation ett viktigt verktyg i det dagliga arbetet. För en god och trygg omvårdnad krävs en effektiv, tydlig och säker kommunikation (Sully & Dallas, 2010). I sjuksköterskans roll ingår att kommunicera tvärvetenskapligt och interprofessionellt likväl som till sjuksköterske-kollegor, patienter och anhöriga. De höga kraven på sjuksköterskans kommunikationsförmåga har bidragit till att kommunikation idag ses som en grundläggande del av professionen. Resultatet av en kvalitativ studie som belyste sjuksköterskornas kommunikativa professionalism i teamarbetet, identifierade fyra särskilt viktiga kommunikationsförmågor hos sjuksköterskorna. Samarbete, trovärdighet, medkänsla och samordning. Författarna menar att goda kunskaper inom dessa kommunikationstekniker kan bidra till en minskad arbetsrelaterad stress och förbättring av kvaliteten på arbetslivet (Apker, Propp, Ford & Hofmeister, 2006). På ett universitetssjukhus i Danmark studerade forskare faktorer som påverkar patientsäkerheten vid överrapportering. I resultatet urskiljdes åtta centrala faktorer som särskilt riskfyllda gällande patientsäkerheten vid överrapporteringar. En av dessa faktorer var bristande kommunikation. Kommunikationen definierades som informationsutbyte av skriftlig och muntlig information. Forskarna kunde genom observationer bekräfta bristande och avsaknad av information under överrapporteringar vilket

utgjorde en patientrisk (Siemensen et al., 2012). Utöver att patienter avlider kan konsekvenserna av bristande kommunikation bidra till utebliven eller fördröjd provtagning, diagnostik och behandling. Kommunikationen och patientsäkerheten påverkas av faktorer såsom organisatorisk struktur, arbetsbelastning och rutiner (Siemensen et al., 2012; Galatza, 2019). Vid varje informationsöverföring uppstår en potentiell risk att information om patienten uteblir eller misstolkas. Många av de avvikelser som rapporteras till institutionen för vård och omsorg (IVO) kan härledas till kommunikationen vid överrapportering, vilket ger anledning att begrunda ämnet utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv (IVO, 2014).

Patientsäkerhet

Inom ramen för hälso- och sjukvård finns ett flertal lagar och regler som omfattar verksamhetens skyldigheter och rättigheter. Vården ska organiseras och bedrivas på ett sätt som värnar om patientens säkerhet. Vårdpersonalen är skyldig att behandla patienter med respekt och omtanke samt ge tillgång till individuellt anpassad och sakkunnig information. Vidare ska hälso- och sjukvårdsverksamheten främja god kontakt och i största möjliga mån bedrivas i samråd med patienten. Patienten har rätt till trygghet, kontinuitet, integritet och självbestämmande enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) samt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Enligt Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) omfattar sekretess och tystnadsplikt all sjukvårdspersonal och innebär att information om patienter inte får lämnas ut eller röjas. Sekretessen är en väsentlig del inom professionsetiken och sjuksköterskan är skyldig att värna om patientens integritet och värdighet. Uppgifter skall behandlas konfidentiellt och med stor respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). För ett patientsäkert arbete skall sjuksköterskan arbeta utifrån kunskap om hur risker undviks och minimeras. Ett sådant arbete kräver gott samarbete interprofessionellt samt rutiner och arbetsmetoder som stödjer en trygg och säker informationsöverföring (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Sjuksköterskans kärnkompetenser

Sjuksköterskans profession är omvårdnad. Sjuksköterskan ska leda omvårdnaden utifrån omvårdnadsprocessen där bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering är ett fortlöpande arbete. Sjuksköterskan ska värna om partnerskap med patienten och anhöriga. Arbetet ska ske självständigt såväl som med kollegor. I sjuksköterskans yrkesbeskrivning definieras sex kärnkompetenser vilka utgör grunden för en god och säker omvårdnad. Kärnkompetenserna är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik samt ledarskap och pedagogiska insatser (Lepp & Leksell, 2019).

Personcentrering

Personcentrerad vård (PCV) är ett förhållningssätt som innebär att patienten får delge sin berättelse. Denna berättelse ligger sedan till grund för vårdrelation och vårdplan. PCV vilar på en holistisk grund där patienten betraktas som en person med både resurser och behov. Vikt läggs vid att patienten är delaktig i sin vård och i de beslut som fattas. PCV har visat sig främja samsynen mellan sjuksköterskan och patienten, likaså patientens tillfredsställelse och hälsa. Det råder idag konsensus inom vården att personcentrerad vård är viktigt men för praktisk tillämpning krävs etablerade rutiner och ett systematiskt arbetssätt (Ekman m.fl., 2011).

Patientdelaktighet

Begreppet delaktighet innebär utöver involvering också att dela och kommunicera. Brist på dialog och kommunikation kan leda till missförstånd och är ett hinder för informationsöverföring, undervisning och kunskap. För att uppleva delaktighet behöver patienter ha kunskap om sin kropp och sitt hälsotillstånd samt tillit till sin förmåga att förstå. Utifrån kunskap om de här aspekterna kan förutsättningar skapas för patientdelaktighet i vården. God dialog där patienten inte bara får undervisning utan också förutsättningar att delge information och bli lyssnad på är viktigt för upplevelsen av delaktighet (Eldh, 2006). Patientdelaktighet anses idag vara en central del av omvårdnaden och i förbättringsarbetet av hälso- och sjukvården (Castro, 2018). Att patientdelaktighet och empowerment är grundläggande idag kan delvis förklaras av ett paradigmskifte där kroniska sjukdomar ökar vilket resulterar i högre krav på patientens delaktighet (Guanais, 2017). I tillägg till denna trend har olika metoder för att uppnå patientdelaktighet och empowerment implementerats och fått större uppmärksamhet. Bedsiderapportering är en sådan metod (Castro, 2018).

Problemformulering

Det har visat sig att bristande kommunikation mellan vårdpersonal är en av de främsta orsakerna till att patienter drabbas av vårdskador och utgör ett hot mot patientsäkerheten. På en kirurgisk vårdavdelning vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset har personalen sedan en tid tillbaka övergått från traditionell överrapportering till bedsiderapportering med förhoppning om en förbättrad personcentrering, informationsöverföring och patientsäkerhet. Tidigare forskning visar både för- och nackdelar med BSR som överrapporteringsmetod. Personcentreringen har visat sig öka men metoden utgör ett potentiellt hot mot bland annat patientsekretessen. Genom att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med BSR bidrar vi med ny kunskap och ger stöd till det fortsatta förbättringsarbetet på avdelningen.

Syfte

Syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med bedsiderapportering på en kirurgisk vårdavdelning vid ett universitetssjukhus.

Metod

Design

Ett verksamhetsförankrat examensarbete (VFE) genomfördes i samarbete med Göteborgs Universitet (Sahlgrenska akademien; institutionen för vårdvetenskap och hälsa) samt Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Västra Götalandsregionen). Metoden som användes var kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Valet av kvalitativ innehållsanalys motiverades av syftet, vilket var att undersöka och tolka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med BSR. Kvalitativ metod lämpar sig när personers beskrivningar utgör föremål för analys och tolkning (Henricson & Billhult 2017). I enlighet med induktiv ansats börjar forskaren i empirin och drar slutsatser utifrån observationer för att formulera teoretiska begrepp (Priebe & Landström, 2017).

Urval

Då syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med BSR inkluderades deltagare med yrkeserfarenhet av denna form av överrapportering. Sjuksköterskeutbildning

och yrkeserfarenhet av BSR var studiens inklusionskriterier. Ett strategiskt urval valdes för att inkludera deltagare som bidrog med informationsrika beskrivningar för att ge underlag till syftet (Henricson & Billhult, 2017). Deltagarna inkluderades enligt ett bekvämlighetsurval där deltagarna rekryterades utifrån tillgänglighet och möjlighet att genomföra intervjun (Persson & Sundin, 2017). Sjuksköterskor med möjlighet att gå ifrån arbetsuppgifter och lämna avdelningen i cirka 30 minuter deltog. VFE-ansvarig sjuksköterska på avdelningen bidrog i rekryteringsprocessen genom att informera och uppmärksamma sjuksköterskor på avdelningen om studien. I förberedelserna inför intervjuerna genomfördes en pilotstudie som engagerade fyra personer, samtliga med erfarenhet av att arbeta inom vården men utan specifik erfarenhet av BSR. Svaren i pilotintervjuerna blev således hypotetiska. På detta sätt kunde vi kontrollera och säkerställa att frågorna var tillräckligt tydligt formulerade. Därefter kunde vi justera oklarheter och undvika feltolkningar (Billhult, 2017). Utöver frågorna säkerställdes att den utsatta tidsramen var rimlig samt att den tekniska utrustningen fungerade. Mindre justeringar i form av omformuleringar och förtydliganden gjordes för att skapa goda förutsättningar för deltagarna att svara på studiens syfte.

Datainsamling

Lämplig dag, tid och plats för intervjutillfällena valdes i samråd med VFE-ansvarig sjuksköterska på avdelningen. Datainsamlingen skedde i form av semistrukturerade intervjuer. Längden på intervjuerna varierade mellan 15 och 25 minuter. Intervjuerna formulerades strukturerat men utan att följa en specifik ordningsföljd. Intervjuaren är vid semistrukturerad intervju fri att anpassa intervjun efter vart samtalet leder (Danielson, 2017a). Totalt genomfördes fem semistrukturerade intervjuer. Som underlag vid intervjun användes en intervjuguide (*bilaga 3, intervjuguide*) innehållande förslag till frågor vilket fungerade som ett stöd under intervjun (Danielson, 2017a). Frågorna till intervjuguiden diskuterades fram utifrån studiens syfte i samråd med studiens handledare och formulerades både i tematisk och dynamisk form. Den tematiska dimensionen tar hänsyn till studiens syfte medan den dynamiska dimensionen tar hänsyn till det mänskliga samspelet mellan intervjuare och deltagare (Kvale & Brinkmann, 2014a). För att få variationsrika svar där deltagarna delgav sina upplevelser, erfarenheter och åsikter ställdes frågorna i öppen form (Danielson, 2017a). Intervjuerna utspelade sig i avdelningens samtalsrum, utrustat med soffor och fåtöljer, vilket gav en lugn och harmonisk stämning. Ansvariga för studien närvarande under samtliga intervjuer. Intervjuperson 1 placerade sig mitt emot deltagaren och ledde intervjun. Samtidigt intog intervjuperson 2 en mer passiv roll och placerade sig i bakgrunden och förde anteckningar. På så vis gavs möjlighet för intervjuperson 2 att fylla i och ställa följdfrågor till deltagare som intervjuperson 1 inte berört. För att fördela arbetet rättvist skiftade ansvariga för studien roller inför varje intervju. Samtliga intervjuer spelades in för att senare kunna avlyssnas och transkriberas. Ansvariga för studien transkriberade intervjumaterialet i sin helhet, dvs pauser, upprepningar och suckar inkluderades. För att värna om att materialet behandlades likvärdigt var transkriberingsprocessen en gemensam process där båda forskningsansvariga deltog. Samtliga intervjuer avlyssnades och lästes igenom upprepade gånger för att säkerställa en sanningsenlig bild.

Dataanalys

Under processen att analysera intervjumaterialet användes ordagranna återgivning. Detta är relevant för den fortsatta tolkningsprocessen och för att bilda sig en uppfattning av den

underförstådda känslan (Kvale & Brinkmann, 2014b; Graneheim & Lundman, 2004). Under processen att organisera och strukturera den kvalitativa datan delades materialet inledningsvis in i färgkoder där varje färg representerade ett övergripande tema. Vidare sorterades textmaterialet och färgkoderna in i ett analyschema som byggdes upp till meningsenheter, dvs ord, meningar eller stycken som kunde relateras till innehåll och sammanhang. De meningsenheter som kunde sättas i relation till studiens syfte utgjorde underlag för koder som beskriver det mest väsentliga ur innehållet. I nästa steg identifierades koder som kunde likställas med varandra. Dessa grupperades och gav underlag för kategorier och subkategorier (Graneheim & Lundman, 2004; Danielson, 2017b). Att analysera och organisera materialet var en gemensam process där kontinuerlig diskussion fördes kring rimligheten i varje ställningstagande och tolkning. Under analysprocessen fanns studiens handledare närvarande för att säkerställa kvaliteten av analysprocessen.

Tabell 1. Exempel på dataanalys.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
“det är mycket information som man inte får... i vårt journalsystem... alltså det räcker ibland bara att se patienten så blir allting mycket klarare... man kan också se, ja men dränväska... urinmängd och sånt”	Sjuksköterskan känner sig uppdaterad på patienten vid BSR.	Klinisk undersökning Kontroll	Ökad kontroll	Klinisk bedömning

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
“Men det är lite det när vi går runt och rondar också... Att alla inne på rummet hör ju det. Det hade kanske fungerat ännu bättre om man bara hade haft enkelsalar men det blir svårt att hålla det till en patient.”	Flerbäddssalar utgör ett hot mot patientens integritet både vid BSR och vid läkarrond.	Flerbäddssalar Läkarrond Integritet	Blottande av patientintegritet	Utmanad yrkesutövning
“Patienten kan ge sitt perspektiv på det hela... patienten känner sig mer delaktig”	Patienten blir mer delaktig i sin vård.	Patient Delaktig	Tydligare patientberättelse	Ökad patientinvolvering

Etiska överväganden

Samtliga deltagare tog inledningsvis del av forskningspersonsinformation (*bilaga 1, forskningspersonsinformation*) och fick inför intervjun även muntlig information gällande frivillighet, etiska riktlinjer och samtycke. Detta skedde i enlighet med ett informerat samtycke som förutsätter att forskningsdeltagare behandlas med respekt, medverkar frivilligt och har tagit del av all information (Kjellström, 2017). Verksamhetschef och vårdenhetschef tog del av en etikansökan (*bilaga 2 etikansökan*) där information kring studiens syfte, metod och bakgrund förklarades. Etikansökan lästes igenom och godkändes av båda dessa parter.

Resultat

Sjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta med BSR resulterade i tre kategorier med tillhörande 13 underkategorier. Kategori 1: *Ökad patientinvolvering* med underkategorierna: *Ökat samarbete med patienten* och *Tydligare patientberättelse*. Kategori 2: *Stärkt professionellt yrkeskunnande* med underkategorierna: *Bättre klinisk bedömning*, *Ökad kontroll av patientens hälsostatus*, *Ökat lärande* och *Tidseffektivt*. Kategori 3: *Utmanad yrkesutövning* med underkategorierna: *Tidskrävande*, *Störd arbetsordning*, *Flexibilitet*, *Störd arbetsgång*, *Blottande av patientintegritet*, *Störd informationsgivning* och *Konflikt mellan omvårdnads- och medicinskt ansvar*.

Figur 1. Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med bedsiderapportering.



Ökad patientinvolvering

Ökat samarbete med patienten

Ur patientsynpunkt framkom det att sjuksköterskorna upplevde en fördel i att vara tillgängliga för patienten under överrapporteringstillfället. BSR blev ett tillfälle för patienterna att medverka i vården, träffa vårdpersonalen och delge sin berättelse. Det annars långa glappet mellan läkarrond och eftermiddagsrond blev mindre påtagligt. Upplevelsen var att patienterna kände ett lugn av att se personalen och få bekräftat att exempelvis röntgensvar fortfarande är på gång eller att nya prover planeras tas under kvällen.

“Patienterna kan få information om det ska hända något under kvällen till exempel... dom känner sig omhändertagna.”

Sjuksköterskorna reflekterade kring BSR som ett verktyg för patientdelaktighet. Till skillnad från traditionell överrapportering var det uppenbart att patienterna hade en mer delaktig roll under BSR blott genom att vara närvarande. Det framkom dock att sjuksköterskorna i många fall kände ett ansvar i att få sina patienter delaktiga genom att bjuda in till samtal och ställa frågor. Den generella uppfattningen var att patientdelaktigheten främjades vid BSR men sjuksköterskorna såg en utmaning gällande att få sina patienter aktiva under BSR. Sjuksköterskorna erfor att patienten både kunde ha en aktiv respektive passiv roll vilket varierade från fall till fall. Om patienten var väldigt framåt var det naturligt att överrapporteringstillfället blev mer av ett samtal medan exempelvis ett alltför stort medicinskt fokus bidrog till att patienten gavs en mer passiv roll.

“Man försöker väl ändå engagera patienten i samtalet och att dom har chans att ställa frågor. Ofta har dom ju frågor, så vi försöker väl få dom så involverade som möjligt.”

“... bjuda in patienten till samtal, att inte jag börjar berätta utan att patienten själv får berätta sin upplevelse över dagen.”

Tydligare patientberättelse

Deltagarna såg BSR som en möjlighet att lyssna till patienten, bjuda in till samtal och ställa frågor. Patienterna fick möjlighet att delge sin upplevelse och sjuksköterskorna kunde därefter komplettera med ytterligare fakta. Att informationen inhämtades direkt från patienten och inte som ett andra led via kollegor eller journalanteckningar upplevdes positivt och informationen ansågs mer tillförlitligt.

“Jag brukar oftast börja med att fråga patienten ‘Vad har vi gjort idag?’.”

Stärkt professionellt yrkeskunnande

Bättre klinisk bedömning

Sjuksköterskorna uppgav att de fick en mer omfattande datainsamling under BSR vilket underlättade för det fortsatta arbetet med omvårdnadsprocessen. Att tillsammans med en kollega observera och inhämta information kring patientens välmående och den medicintekniska utrustningen ansågs positivt. Sjuksköterskorna såg en fördel i att träffa patienterna tidigt på sitt arbetspass då förändringar i patientens status tidigt kunde upptäckas. Exempelvis kunde sårförband ses över likaså drän- och katetervätskor. Sjuksköterskan som arbetade dagpasset fick möjlighet att både beskriva och visa hur patientens status sett ut under dagen och det blev tydligt för kvälls-sjuksköterskan vad som var nytillkommet och inte.

”Sjuksköterskan ser patienten tidigare... och kan säkerställa att tillståndet var det samma när dagpersonalen var där att det inte är något nytillkommet t. ex. ändrad dränvätska eller att färgen har ändrats eller att buken har börjat bli stenhård, det är ju svårt att veta om det är nytillkommet eller inte.”

Ökad kontroll av patientens hälsostatus

Att träffa patienten tidigt och att snabbt få en överblick över patienterna ökade sjuksköterskornas känsla av kontroll. BSR beskrevs både som ett tillfälle att tidigt få hälsa på patienten och som ett tillfälle att bekräfta patientens aktuella status. Upplevelsen var att det skapade ett inre lugn hos sjuksköterskan vilket underlättade den fortsatta omvårdnadsprocessen och prioritering av omvårdnadsåtgärder. Ytterligare en aspekt som upplevdes positiv var att om plötsliga akuta situationer uppstod kunde sjuksköterskorna känna en tillfredsställelse i att ha presenterat sig för sina patienter tidigt på arbetspasset. Att detta momentet var avklarat genererade en minskad inre stress.

“... Det ger väl kanske lite självförtroende och att man känner att nu vet jag vad jag har att jobba med... jag vet det var någon gång jag hade så mycket att göra... det var en patient jag inte hade träffat förrän typ halv åtta på kvällen och ... ja jag kände mig dum som inte hade träffat patienten på så länge.”

Ökat lärande

Sjuksköterskor beskrev att under BSR kunde ny personal tillsammans med erfarna kollegor gemensamt gå igenom och se över patienten med tillhörande utrustning. Möjlighet gavs att iaktta hur erfaren sjukvårdspersonal samspelade med patienterna och höra vilka frågor som var av betydelse att ställa samt vilka svar som var lämpliga att ge patienten. Ny personal fick

träning i att bedöma patientens status på plats, vad som var normalt bukstatus och inte, hur dränvätskor förväntades se ut osv.

“Jag tycker att det kan vara bra, för att man växer från det... man ställer bättre frågor. Man kan få bättre svar från patienten direkt.”

Tidseffektivt

I ett fåtal fall kunde BSR upplevas som tidseffektivt då sjuksköterskan både kunde presentera sig och ha överrapportering samtidigt. Det var framförallt vid mindre komplicerade patientfall som detta upplevdes tidseffektivt. Ytterligare beskrevs möjligheten att samtidigt som sjuksköterskan fick rapport kunde denne också se och bedöma den medicintekniska utrustningen såsom drän, dropp och kateterpåsar, vilket upplevdes positivt ur en tidsaspekt.

“...vi inte behöver ställa lika mycket frågor för att vi ser patienten, vi ser hur det ser ut där inne så att det där med att fråga: ‘hur mycket har dom druckit?’ den frågan behöver vi ju inte ställa för det ser vi ju inne hos patienten.”

Utmanad yrkesutövning

Tidskrävande

Den generella uppfattningen var att BSR i de flesta fall var mer tidskrävande i jämförelse med traditionell överrapportering. En anledning till att sjuksköterskor upplevde BSR som mer tidskrävande var att det under BSR uppkom mycket frågor från kollegor, patienter och anhöriga. Deltagarna erfor dessutom att en utmaning i arbetet med BSR var tidsbrist och upplevde ofta ett behov att komplettera BSR med ytterligare en överrapportering i frånvaro av patienten.

“Och då kan jag uppleva att det blir lite mer dubbel-rapport, då ska vi först ha bedside hos patienten, sen ska vi även stämma av med kvälls-sjuksköterskan.”

Störd arbetsordning

Sjuksköterskorna redogjorde för bedsiderapporteringens många fördelar men såg också utmaningar i att metoden skulle kunna ersätta traditionell överrapportering helt och hållet. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns yttre störfaktorer och specifika tillfällen då det ansågs besvärligt och omotiverat. Upplevelsen var att det fanns situationer då traditionell överrapportering var ett bättre alternativ än BSR.

“Ibland är det... svårt att få till liksom att det så mycket annat som kanske händer samtidigt.”

Flexibilitet

Sjuksköterskorna upplevde att bedsiderapporteringen prioriterades bort i förmån för andra obligatoriska arbetsuppgifter inom verksamheten såsom utbildningar och möten. Vidare fanns tillfällen då patienten var iväg på undersökningar och BSR av den anledningen inte var möjlig.

“Det är om det är möten, till exempel APT och nu har vi haft mycket HLR-utbildningar då måste vi ta muntlig rapport för att dom har varit iväg till halv fyra dom som har haft HLR, så det är ju framförallt utbildningar och APT.”

Störd arbetsgång

BSR och besökstiden på avdelningen inträffade under samma tidpunkt på dagen. Sjuksköterskorna reflekterade över detta som en utmaning ur två aspekter. Delvis var uppfattningen att anhörigas frågor resulterade i en utdragen BSR. Vidare upplevde sjuksköterskorna att de vid BSR kunde störa patienten och dennes anhöriga under besökstiden.

“...det är att det tar mycket tid, ofta sker BSR när vi har besökstid och då har anhöriga kommit hit och då innebär det att det blir väldigt, väldigt mycket frågor... jag ibland att man kan bli fast inne hos en och samma patient väldigt länge.”

“Det kan vara om det kanske är att patienten har väldigt mycket besök... det kan bli ganska stökigt om man ska komma in och dom sitter och har besök av sina anhöriga.”

Blottande av patientintegritet

Beskrivningen av en ogynnsam vårdmiljö i form av flerbäddsalar där andra patienter riskerar att ta del av känslig patientinformation var återkommande i sjuksköterskornas berättelser. Sjuksköterskor reflekterade kring detta som ett hot mot patientens integritet och en utmaning i arbetet med BSR.

“Vi har ju liksom tre-rum det är ju svårt att hålla någonting privat överhuvudtaget... grannen vet ju allt om den andre.”

Vid frågor om patientsekretessen likställde sjuksköterskorna BSR vid traditionell läkarrond då även läkarronden sker på flerbäddsalar. Med bakgrund av detta såg inte sjuksköterskorna sekretessen som ett primärt hinder för BSR.

“Då tänker jag att det är ingen sekretess och det är det som sker dagligen när vi går runt med läkarronden, då kan det var en tre-sal och man rapporterar och stämmer av med patienten väldigt mycket som egentligen är sekretess-grejer men som inte blir sekretess om man ligger på flersal...”

Störd informationsgivning

I jämförelse med traditionell överrapportering uppgav sjuksköterskorna att det fanns viss typ av information som de undviker att delge under BSR.

“Jag kan inte uttrycka fullt ut, eller kan och kan, men det kan bli väldigt fel.”

En anledning till att sjuksköterskorna kände ett behov av att undanhålla information för patienter beskrevs dels vara rädslan för att informationen kunde skapa oro och dels att som sjuksköterska inte uppfattas som förtroendeingivande inför patienten. Sådan information kunde exempelvis handla om sjuksköterskors frågor kring ett läkemedel eller den medicintekniska utrustningen.

“... ’har patienten fått det här läkemedlet eller inte, det är inte signerat’... det är inte väsentligt att ta det framför patienten för det kan också inge oro hos patienten: ‘aha är det här en sjuksköterska som har haft hand om mig idag som inte har haft koll på om jag har fått mina mediciner eller inte’, så det är mycket sånt som kan skapa oro...”

Sjuksköterskorna reflekterade samtidigt kring det egna ansvaret av att vara inkännande och finkänslig gällande delgivning av information i närvaro av patienten, speciellt i fall där patienter av olika anledningar inte varit delaktig i beslutfattningsprocessen kring sin egen vård.

“Jag tycker vi tar upp ungefär samma saker som när vi rapporterar och om det är någonting som vi känner är för känsligt... att det blivit beslut om ej-HLR men att patienten inte är delaktig i det beslutet att då kanske inte vi tar det inne hos patienten utan då stämmer vi av efteråt... så att man får ju vara lite finkänslig så...”

Konflikt mellan omvårdnads- och medicinskt ansvar

Vikt lades vid det faktum att sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig och sjuksköterskorna upplevde en svårighet i att bemöta frågor relaterat till patientens medicinska tillstånd såsom diagnos och behandling. Deltagarna upplevde att informationen gällande patientens medicinska tillstånd var relevant för sjuksköterskans arbete och behövde diskuteras under en överrapportering men att detta inte var önskvärt i närvaro av patienten.

“... vissa grejer kanske man inte kan ta med patienten än... vissa saker ska inte vi informera om alltså cancerbesked som läkarna ska ta med patienten och det kan ju hända att läkaren inte har haft möjlighet att sätta sig ner och ha ett ordentligt samtal med patienten den dagen... men samtidigt så måste ju den som tar över veta om vad som har hänt och sådär och då tar man ju inte det framför patienten...”

Diskussion

Metoddiskussion

BSR var ett ämnesförslag som presenterades av kirurgavdelningen. De hade vid upprepade tillfällen infört överrapporteringsmetoden med bristfälliga resultat. För att kunna dra lärdom av tidigare försök valde vi att fokusera på sjuksköterskors erfarenheter, berättelser och observationer av deras arbete med BSR. För att svara på detta syfte ansåg vi att kvalitativ metod var ett lämpligt tillvägagångssätt. Denna metod är beprövad inom omvårdnadsforskningen och fokuserar på data från berättelser och observationer (Graneheim & Lundman, 2004). Kvantitativ metod ansåg vi inte var lika lämplig, dels då vi specifikt ville få inblick i kirurgavdelningens arbete men också då en kvantitativ metod lämpar sig när generaliserbara resultat efterfrågas (Elo et al., 2014). Däremot stödjer vi och diskuterar vårt resultat med kvantitativa artiklar som komplement för att styrka våra slutsatser och berika vår diskussion. Avsikten med studien var att tolka innehållet genom att utgå från verkligheten och skildra våra iakttagelser och observationer objektivt och förutsättningslöst, därav var induktiv ansats lämplig (Priebe & Landström, 2017). Deduktiv ansats hade kunnat diskuteras som ett alternativ om syftet med studien hade varit att dra slutsatser från teorier istället för erfarenheter (Billhult & Henricson, 2017).

Styrkan hos deltagarna var variationen av erfarenheter, från novis till expert, vilket gav en representativ bild av sjuksköterskor som grupp på avdelningen. Vid en kvalitativ

innehållsanalys stärks trovärdigheten om problemformuleringen nyanseras och ges olika perspektiv från en heterogen deltagargrupp med olika synvinklar och erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2004). Syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med BSR och samtliga av studiens deltagare hade erfarenhet av BSR. Urvalet var således strategiskt då deltagarnas berättelser var variationsrika och behandlade studiens syfte (Henricson & Billhult, 2017). En större urvalsgrupp hade rimligtvis genererat ytterligare variationsrikedom avseende erfarenheter som kunnat svara på studien syfte, relaterat till arbetets tidsbegränsning kunde inte fler intervjuer genomföras. Deltagargruppen anpassades efter den mängd datainsamling som vi ansåg rimlig att analysera. Att deltagargruppen är liten är ändå av stort värde då en kvalitativ studie oftast har ett färre antal informanter där rika beskrivningar är viktigare än kvantiteten (Henricsson & Billhult, 2017). Med hänvisning till arbetets begränsade tidsram i kombination med att variationsrika beskrivningar av BSR eftersträvades ansågs inga ytterligare inklusions- eller exklusionskriterier utöver yrkeserfarenhet av BSR och sjuksköterskeutbildning vara nödvändiga.

Att deltagarna rekryterades av VFE-ansvarig, som själv arbetar som sjuksköterska på avdelningen, kan ses som en svaghet då denne utifrån sin förförståelse om deltagarnas inställning till BSR eller privata relation kan ha påverkat urvalet och således utfallet. Hur deltagarna tillfrågades och av vem påverkar studiens överförbarhet, trovärdighet och giltighet (Henricson, 2017). Då både ledningen och VFE-ansvarig sjuksköterska var informerade om sjuksköterskornas deltagande fanns en risk att informanternas svar påverkades av denna medvetenhet vilket i sin tur kan ha influerat studiens trovärdighet och analysens djup (Bengtsson, 2016). Samtidigt är det tänkbart att informanterna upplevde ett starkt förtroende för studien och en ökad vilja att delta tack vare VFE-ansvarigs engagemang. VFE-ansvarig själv reflekterade kring sin förförståelse och arbetade aktivt för att välja en så variationsrik urvalsgrupp som möjligt. Utifrån variationsrikedom avseende ålder och kön är vår urvalsgrupp homogen vilket skulle kunna begränsa innehållsvaliditet och bekräftelsebarheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Båda intervjupersonerna närvarade under intervjuerna för att säkerställa att inga viktiga frågor glömdes eller utelämnades. Detta möjliggjorde även för oss att ställa ytterligare djupgående följdfrågor till sjuksköterskan, exempelvis "Kan du utveckla det?... På vilket sätt?", vilket vi upplever stärker vår insamlade data. Samtidigt är det en svaghet att maktförhållandet mellan intervjuperson och deltagare hamnar i obalans. Detta med hänvisning till Kjellström (2017) som beskriver att den som intervjuar alltid har en högre maktposition i förhållandet till personen som blir intervjuad. Detta skapar ett metodproblem som bland annat kan leda till att intervjun upplevs påtvingad. Vi lade vikt vid att formulera öppna och neutrala frågor för att undvika att färga deltagarnas förväntningar och svar under intervjun. Vår upplevelse var att informanterna var bekväma med att lyfta både positiva och negativa aspekter av BSR och att deltagandet baserades på frivillighet.

Intervjuguiden gav oss omfattande svar. Det material som under analyseringsprocessen ansågs relevant inkluderades och material som tolkades som icke-relevant utifrån studiens syfte exkluderades från resultatet. Bedömningen är att resultatet av studien avspeglar syftet, med vetskap om att trovärdigheten av en kvalitativ innehållsanalys avgörs av i vilken utsträckning material och analys adresserar och avspeglar syftet (Graneheim & Lundman, 2004). För att säkerställa denna process och öka pålitligheten samt trovärdigheten involverades studiens handledare, för att diskutera och granska resultatet (Henricsson, 2017). I tillägg presenteras en schematisk bild över arbetsprocessen under *Metod*.

Samtliga deltagare fick inför intervjutillfället ta del av forskningspersonsinformation (*bilaga 1*) om studiens metod, bakgrund och syfte i linje med etiska principer för frivillighet (Källström, 2017). Ytterligare togs både skriftligt och muntligt samtycke emot från deltagarna i mån om att säkerställa frivillighet. Verksamhetschef och vårdavdelningschef undertecknade innan studiens genomförande en etikansökan ställd till Sahlgrenska Universitetssjukhuset enligt deras nya riktlinjer från 2020 (*bilaga 2*). Etikansökan beskrev studiens syfte, metod och bakgrund. På grund av att VFE-ansvarig sjuksköterska var involverad i rekryteringsprocessen resulterade det i att deltagandet inte var helt anonymt. Samtliga deltagare har under arbetsprocessen avidentifierats och intervjumaterialet har beskrivits på gruppnivå. Insamlad data från samtliga intervjuer har används i studiens resultat. I enlighet med konfidentialitet och god forskningsetik förvarades intervjumaterialet inlåst och ofrånkomligt från obehöriga samt redovisades på ett sätt som värnade om deltagarnas anonymitet (Källström, 2017).

Materialet analyserades och tolkades textnära i mån om att förmedla sjuksköterskornas berättelser på ett ärligt och respektfullt sätt. Under processen att koda och kategorisera materialet togs hänsyn till både det manifest och latent innehåll. Medan det manifesta innehållet beskrivs konkret behöver det latent innehåll tolkas för att få fram det underliggande budskapet (Graneheim & Lundman, 2004). Vid en kvalitativ studie är materialet flerdimensionellt och analysen innebär alltid en ofrånkomlig grad av tolkning. Vidare påverkar tolkningen pålitligheten för de fynd som presenteras (Graneheim & Lundman, 2004). En viss grad av tolkning är dock nödvändig för att resultatet ska bli meningsfullt. Om data beskrivs alltför ytligt är risken att det inte leder till några nya insikter. (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017). Processen att analysera materialet var ett gemensamt arbete där handledare fanns närvarande för att säkerställa att ställningstaganden och tolkningar var rimliga och försvarbart genomförda.

Resultaten av en kvalitativ innehållsanalys går inte att generalisera men är lämpligt att överföra till liknande kontext (Danielson, 2017b). Vi har under arbetet reflekterat över att resultatet skulle kunna vara överförbart på annan vårdkontext där omvårdnadsprocessen till stor del baseras på objektiv data och där patienterna har möjlighet att delta aktivt under en BSR. Utifrån vårt resultat skulle dock BSR kunna ifrågasättas som metod för en patientgrupp med exempelvis demenssjukdom eller patienter som av andra orsaker inte har möjlighet att vara delaktiga i sin vård.

Resultatet av denna studie baseras på insamlad data från intervjuer med fem verksamma sjuksköterskor på en kirurgisk avdelning i Göteborg. Resultatets överförbarhet stärks av att de fynd som presenteras bekräftas av tidigare mer omfattande studier om BSR. Några av dessa studier presenteras i *bakgrund* samt nedan i *resultatdiskussion*. I studien presenterar vi kontexten, deltagare, egenskaper, urvalsprocess och analysprocess vilket skapar förutsättning för överförbarhet och trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004; Elo et al., 2014).

Resultatdiskussion

Följande resultatdiskussion är indelad i *förutsättningar i arbetet med bedsiderapportering* som innefattar *patientdelaktighet*, *patientsäkerhet* och *lärande* respektive *utmaningar i arbetet med bedsiderapportering* som innefattar *störfaktorer*, *sekretess* och *etiskt dilemma*.

Förutsättningar i arbetet med bedsiderapportering

Avseende sjuksköterskornas erfarenheter av att BSR ger en ökad patientinvolvering och ett stärkt professionellt yrkesutövande presenteras liknande resultat i tidigare forskning

(Anderson & Mangino, 2006; Malfait et al., 2016). I en litteraturöversikt beskrivs flera av BSR positiva effekter. BSR beskrivs främja en ökad person- och familjecentrering samt vårdrelation och patientdelaktighet. I arbetet med BSR upplever sjuksköterskorna en stärkt patientsäkerhet då de vid överrapportering har möjlighet att bedöma patienten kliniskt och kan inhämta mer patientinformation i jämförelse med traditionell överrapportering (Gregory, Tan, Tilrico, Edwardson, & Gamm 2014). Vad gäller patientmedverkan upplevde sjuksköterskorna i vår studie att BSR främjade delaktigheten och förutsättningen för delgivandet av patientberättelsen. Ekman m.fl. (2011) skriver att patientberättelsen är central inom PCV och ligger till grund för partnerskapet. Att bjuda in patienten att delge sin berättelse sänder ett viktigt budskap om att patientens upplevelse är betydelsefull. *Centrum för personcentrerad vård* (GPCC) vid Sahlgrenska akademi genomförde 2019 ett *Discrete Choice Experiment* (DCE) i syfte att undersöka sjuksköterskans respektive patientens preferenser av BSR. Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde inbjudan till delaktighet av patienterna som den viktigaste aspekten av BSR. Möjligheten att delta i kommunikationen samt ta del av information var den aspekt av BSR som patienterna värdesatte högst (Oxelmark et al., 2019). I vår studie upplevde sjuksköterskorna att de avstod från BSR i de fall där patienterna inte hade möjlighet att vara delaktiga. Med bakgrund av detta drar vi slutsatsen att sjuksköterskorna upplevde en stark koppling mellan BSR och PCV. Sjuksköterskorna arbetade aktivt med att försöka få patienten delaktig genom att involvera patienten under BSR. Deltagarna uppgav att patienterna inte nödvändigtvis hade en aktiv roll under BSR. Detta stämmer överens med resultatet av en fallstudie där resultatet visade att patienten endast hade en aktiv roll i mindre än hälften av de observerade överrapporteringarna, trots att BSR implementerats med önskan om en ökad patientdelaktighet. Författarna uppgav att BSR i sig inte främjade patientdelaktigheten utan att sjuksköterskorna själva bar ett stort ansvar gällande vårdledarskapet och i att göra sina patienter delaktiga under BSR (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010). Vi delar synen av att enbart implementering av BSR inte är tillräcklig om målet är en ökad patientdelaktighet. För ett sådant arbete krävs att sjuksköterskan aktivt arbetar för att göra sina patienter delaktiga vilket kräver ett intresse och ett engagemang för både metoden och PCV.

Patientsäkerhet

Att sjuksköterskorna upplevde en ökad datainsamling med förbättrad omvårdnadsstatus och omvårdnadsanamnes upplevde vi till stor del möjliggjordes av aspekter som karakteriserar avdelningen dvs vårdkontexten. På avdelningen består en stor del av sjuksköterskornas arbete av en omfattande klinisk datainsamling då de flesta patienterna har flera olika in- och utfarter i form av olika drän, katetrar, sonder samt operationssnitt. Sjuksköterskornas erfarenheter var att den ökade mängden datainsamling bidrog till att BSR upplevdes som patientsäker överrapporteringsmetod vilket styrks i flera vetenskapliga artiklar (Anderson, Malone, Shanahan & Manning, 2015; Tobiano, Bucknall, Sladdin, Whitty & Chaboyer, 2018.) Sjuksköterskornas erfor en ökad kontroll när de tidigt under sitt arbetspass fick träffa sina patienter och säkerställa deras välmående. Detta kan tolkas som att ökad kontroll leder till ökad patientsäkerhet särskilt med hänvisning till resultatet i Andersons och Manginos (2006) studie. Författarna menar att om sjuksköterskorna tidigt på arbetspasset får se patienten och samla in objektiv data underlättar detta prioritering av insatser och ökar patientsäkerheten.

För att sammanfatta *sjuksköterskornas upplevelse av förutsättningar i arbetet med BSR* i vår studie ihop med tidigare forskning, kan vi dra slutsatsen att BSR är positivt utifrån ett patientperspektiv. Vi ser därmed goda skäl att implementera denna metod för att uppnå en ökad personcentrerad samt främja patientsäkerheten. Detta med särskild hänvisning till hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) som betonar vikten av att hälso- och sjukvård ska

bedrivs i samråd med patienten. Enligt patientsäkerhetslagen ska dessutom patientsäkerheten vara central i sjuksköterskans alla arbetsuppgifter (SFS, 2010:659).

Lärande

I vår studie framkom det att sjuksköterskorna upplevde BSR som ett lärotillfälle. Detta till skillnad från Galatzan's (2019) studie, som beskriver att en fördel med traditionell överrapportering är att den utgör ett lärotillfälle för ny personal. Sjuksköterskorna i vår studie upplevde att BSR gav tillfälle att känna och lyssna på patienten samt observera in- och utfarter. Förutsättningar ges för nya sjuksköterskor och annan personal att träna sina praktiska färdigheter och sin kliniska blick tillsammans med erfaren sjuksköterska och är även ett tillfälle för reflektion och diskussion. BSR kan därmed utgöra ett betydelsefullt lärotillfälle för sjuksköterskorna och en utveckling av professionen för att diskutera omvårdnaden.

Utmaningar i arbetet med bedsiderapportering

De utmaningar som sjuksköterskorna upplevde i arbetet med BSR bekräftas även dessa i tidigare forskning (Gregory et al., 2014). I en omfattande studie deltog 200 sjuksköterskor verksamma inom olika vårdavdelningar vid två sjukhus. Studiens syfte var att undersöka vilka barriärer sjuksköterskor upplevde under BSR. I resultatet presenteras följande tre kategorier som upplevdes särskilt utmanande; *behov av att censurera information, störningar i informationsflödet* och *begränsande egenskaper hos patienten*. Sjuksköterskorna upplevde ett behov av att utelämna och censurera viss information under BSR. Informationen som delgavs vid en överrapportering upplevdes för känslig och privat att ta inför patienten, anhöriga och andra patienter. Exempel på känslig information var diagnos, prognos, patientens uppförande och sociala situation som sjuksköterskorna valde att behandla i frånvaro av patienten. Sjuksköterskorna erfor också störningar i informationsflödet vid BSR vilket upplevdes som tidskrävande exempelvis när patienten och dess anhöriga deltog under en BSR. Överrapporteringen blev tidskrävande på grund av mycket frågor. Sjuksköterskorna upplevde svårigheter i att upprätthålla en effektiv kommunikation i närvaro av patienten och dess anhöriga. En mycket viktig aspekt var att sjuksköterskorna upplevde utmaningar i arbetet med BSR i vården av patienter som av olika anledningar inte kunde vara delaktiga under BSR exempelvis då deras medicinska tillstånd inte tillät delaktighet eller om patienten hade en kognitiv nedsättning (Tobiano, Whitty, Bucknall & Chaboyer, 2017). Detta kan upplevas som ett dilemma. Hur ska vi sjuksköterskor inkludera patienten och samtidigt få en patient med kognitiv nedsättning att känna trygghet och delaktighet?

Störfaktorer

I vår studie var tidsaspekten något som återkommande beskrevs som ett hinder för BSR. Även om deltagarna kunde redogöra för ett fåtal fall där BSR var mer tidseffektivt i jämförelse med traditionell överrapportering var detta snarare ett undantag än en regel. Att upplevelsen av tidsaspekten är delad stämmer överens med tidigare forskning (Anderson, Malone, Shanahan & Manning, 2015).

Sjuksköterskorna nämnde inte besökstiden som en förutsättning för en ökad person- och familjecentrering utan primärt som ett hinder för BSR. En ökad patient- och anhörigkontakt var på bekostnad av andra arbetsuppgifter. Utifrån anhörigas perspektiv beskrivs tid med sjuksköterskan kunna minska oro och stress och när familjen ses som en resurs och erbjuds delta i vården kan det bidra till ökat välbefinnande, minskat lidande och förbättrad hälsa för patienten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2015; van Mol et al., 2017). Med bakgrund av detta kan besökstiden ses som en möjlighet för främjad person- och familjecentrering om rätt förutsättningar råder.

Sekretess

Resultatet i vår studie visar att sjuksköterskorna reflekterade kring BSR som ett potentiellt hot mot patientsekretessen. I litteraturen beskrivs hur sjuksköterskor är mer oroad för sekretessen än patienterna själva (McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke, 2011; Malfait, Van Hecke, Van Biesen & Eeckloo, 2019b). Att vårdpersonalen är mer oroad att BSR kan komma att röja patienters integritet än patienterna själva kan bero på att patienten accepterar att viss personlig information tas upp i närvaro av utomstående om det innebär en ökad delaktighet. En annan tänkbar förklaring är att sjuksköterskor i högre utsträckning värdesätter sekretess framför patientdelaktighet (Malfait et al., 2019b). I Oxelmarks m.fl. (2019) studie beskrivs dels diskrepansen mellan sjuksköterskor och patienters preferenser av BSR men också deras inställning till sekretess. Skillnaden mellan patienter och sjuksköterskors inställning ges som en förklaring till varför BSR inte används i så stor utsträckning. Trots att skillnaderna i sjuksköterskornas respektive patienternas ranking över de viktigaste aspekterna av BSR var marginella föredrog patienterna BSR i högre utsträckning än sjuksköterskorna som istället föredrog traditionell överrapportering i frånvaro av patienten. När sjuksköterskorna diskuterade BSR som ett hot mot sekretessen togs i sammanhanget läkarronden upp som ett lika allvarligt hot. Att rondens utgör ett hot mot sekretessen är ingen ny kunskap. Ekman (2014) skriver om sekretessen som en mångtydig och viktig aspekt för att värna om patientens trygghet men tar även upp rondens utgör ett hot mot sekretessen där medpatienter får ta del av varandras hälsotillstånd och sociala situation. Sjukvårdssekretessen är en grundläggande del i sjuksköterskans profession (OSL, SFS 2009:400). Vi upplever att den är starkt sammankopplad med personcentrering där en förutsättning att ta del av patientberättelsen är att skapa ett tryggt rum. Därför var denna aspekt särskilt intressant och något vi diskuterade mycket under arbetets gång. Hur kommer det sig att normen tillåter att patienternas integritet hotas och att sekretessen i många fall helt röjs i närvaro av en läkare, men i omvårdnadslitteraturen benämns så viktig att den anser vara det största hotet mot implementeringen av en ny mer patientdelaktig överrapporteringsmetod?

Etiskt dilemma

Sjuksköterskorna upplevde ett behov av att vara finkänslig kring delgivning av viss information. Patienterna och anhörigas medicinska frågor utgjorde ett stormoment i arbetet med BSR. Att behöva undanhålla och anpassa information som i högsta grad rör patienten och som patienten dessutom otåligt väntar svar på kan diskuteras ur ett etiskt perspektiv. Samtidigt som patienten ska behandlas med respekt och ges rätt till trygghet och självbestämmande (HSL, SFS 2017:30) ska hänsyn också tas till verksamhetens formella regler, i det här fallet att patienten ska få information från medicinskt ansvarig läkare. Här uppstår ett etiskt dilemma, det vill säga en situation där flera handlingsalternativ är värdefulla (Birkler, 2012). Samtidigt som sjuksköterskan har en önskan om att vara solidarisk mot patienten förväntas sjuksköterskan agera lojal gentemot vårdsystemet. Till skillnad från traditionell överrapportering så blir konfrontationen med patientens och anhörigas frågor mer påtaglig vilket kan antas leda till en ökad stress och känsla av otillräcklighet. Vi ser detta som en potentiell orsak till att sjuksköterskorna upplever etiskt dilemma som ett hinder i arbetet med BSR.

Fortsatt forskning

Få longitudinella studier bekräftar BSR positiva aspekter ur ett långsiktigt perspektiv. En tänkbar förklaring kan vara att de utmaningar vår studie, samt tidigare forskning, identifierat försvårar det kontinuerliga arbetet. Sjuksköterskor upplever både positiva och negativa aspekter i deras arbete med BSR. Diskrepansen mellan sjuksköterskor och patienter har

beskrivits som en anledning till bristande praktisk tillämpning. Även skillnader i sjuksköterskornas inställning till BSR kan försvåra förbättringsarbetet. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017b) är konsensus inom verksamheten en grundläggande förutsättning för förbättringsarbete av vårdkvalitén. Fortsatt kvalitativ forskning är önskvärd för att värna sjuksköterskornas berättelser och kliniska erfarenheter för ytterligare fynd av vilka möjligheter och störfaktorer sjuksköterskor upplever i arbetet med BSR. I tillägg till ytterligare kvalitativ forskning bör vikt läggas vid *hur* ny forskning skall implementeras i praktiken och *hur* man inför nya riktlinjer och rutiner i verksamheten.

Klinisk implikation

Studien är genomförd i samverkan med en kirurgisk avdelning och resultatet presenteras för deltagare och ledning. Förhoppningen är att en ökad förståelse för avdelningens utmaningar i arbetet med BSR är ett steg närmare en lyckad implementation. Vi upplever att det finns ett gap mellan teori och praktik, hur sjuksköterskorna *önskar arbeta* och hur sjuksköterskorna *arbetar*. Lösningar på upplevda hinder är troligtvis möjliga i flera fall. Där lösningar inte går att finna kan BSR förslagsvis betraktas som ett *komplement* snarare än en *motsättning* till traditionell överrapportering. BSR kan utgöra en vägledning i det personcentrerade arbetet och val av överrapporteringsmetod kan anpassas efter situation och patient.

Slutsats

Sjuksköterskornas erfarenheter av de viktigaste förutsättningar i arbetet med BSR var en ökad personcentrerad vård, en främjad patientdelaktighet och en stärkt patientsäkerhet. Studien visar också att BSR fungerar som ett lärotillfälle för nya sjuksköterskor och undersköterskor. Utmaningarna med BSR vid kirurgavdelningen var ogynnsamma förutsättningar i form av yttre störfaktorer och att sjuksköterskor upplevde ett behov av att exkludera information från patienten. För att avdelningen ska lyckas med BSR bör sjuksköterskorna ges förutsättningar i form av tid och rutiner. Andra åtaganden som möten, utbildningar och besökstider står idag i vägen för det kontinuerliga arbetet med BSR.

Referenslista

- Anderson, C. D., & Mangino, R. R. (2006). Nurse shift report: who says you can't talk in front of the patient?. *Nursing administration quarterly*, 30(2), 112-122. doi: 10.1097/00006216-200604000-00008
- Anderson, J., Malone, L., Shanahan, K., & Manning, J. (2015). Nursing bedside clinical handover—an integrated review of issues and tools. *Journal of clinical nursing*, 24(5-6), 662-671. doi: 10.1111/jocn.12706
- Apker, J., Propp, K. M., Ford, W. S. Z., & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of professional nursing*, 22(3), 180-189. doi: 10.1016/j.profnurs.2006.03.002
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Billhult, A. (2017) Enkäter. I. Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl s. 121-131). Lund: Studentlitteratur AB.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Vad är filosofi?* (1. uppl. s.11-17) Stockholm: Liber AB.
- Castro, E. (2018). *Patient participation and Empowerment. The involvement of experts by experience in hospitals*. (Doktorsavhandling, Centre For Sociological Research (CESO), Leuven). Hämtad från : http://www.zelfhulp.be/files/2018_11_13_Doctoraat_Eva_Marie_Castro.pdf
- Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 27-34. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01809.x
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I. Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s.143-153). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I. Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s. 285-297). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso-och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1 uppl. ed.). Stockholm: Liber AB.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Lidén, E. (2011). Person-centered care—ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>.

- Eldh, A. C. (2006). *Patient participation: what it is and what it is not* (Doctoral dissertation, Örebro universitetsbibliotek).
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE open*, 4(1). doi: 10.1177/2158244014522633
- Galatzan, B. J. (2019). Exploring the Content of the Nurse-to-Nurse Change of Shift Hand-off Communication. (Doctor Dissertation, College Of Nursing, The University of Arizona).
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Gregory, S., Tan, D., Tilrico, M., Edwardson, N., & Gamm, L. (2014). Bedside shift reports: what does the evidence say?. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(10), 541-545. doi:10.1097/NNA.000000000000115.
- Guanais, F. C. (2017). Patient empowerment can lead to improvements in health-care quality. *Bull World Health Organ*, 95, 489-490. doi: 10.2471/BLT.17.030717
- Henricson, M. (2017) Diskussion. I. Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s. 411-419). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017) Kvalitativ metod. I. Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s. 111-117). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Inspektionen för vård och omsorg. (2014). Kommunikationsbrister i vården. Hämtat 2020-04-13. (IVO-rapport). Hämtad från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>
- Kjellström, S. (2017) Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl s.57-79). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014a) Att genomföra en intervju. I S. Kvale., S. Brinkmann (Red.), *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (s.165-180). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014b) Intervjuanalys med fokus på meningen. I S. Kvale., S. Brinkmann (Red.), *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (s.245-259). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lepp, M., & Leksell, J. (2019). Sjuksköterskans kärnkompetenser. Stockholm: Liber AB.

Lundman, B., Hällgren-Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen., & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl.) (s.211-225). Lund: Studentlitteratur AB.

Malfait, S., Eeckloo, K., Lust, E., Van Biesen, W., & Van Hecke A. (2016). Feasibility, appropriateness, meaningfulness and effectiveness of patient participation at bedside shift reporting: mixed-method research protocol. *Journal of Advanced Nursing* 73(2), 482-494. doi: 10.1111/jan.13154

Malfait, S., Eeckloo, K., Van Biesen, W., & Van Hecke, A. (2019a). Barriers and Facilitators for the Use of NURSING Bedside Handovers: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(4), 289-298. doi: [10.1111/wvn.12386](https://doi.org/10.1111/wvn.12386)

Malfait, S., Van Hecke, A., Van Biesen, W., & Eeckloo, K. (2019b). Is privacy a problem during bedside handovers? A practice-oriented discussion paper. *Nursing ethics*. 26(7-8), 2288-2297. doi: [10.1177/0969733018791348](https://doi.org/10.1177/0969733018791348)

McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J & Gehrke T (2011). Patients' perspectives of Bedside Nursing Handover. *Collegian*. 18(19–26). doi:10.1016/j.collegn.2010.04.004

O'Connell, B., & Penney, W. (2001). Challenging the handover ritual: recommendations for research and practice. *Collegian*, 8(3), 14-18. doi: [10.1016/s1322-7696\(08\)60017-7](https://doi.org/10.1016/s1322-7696(08)60017-7)

Offentlighets- och sekretesslag (SFS 2009:400). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

Oxelmark, L., Whitty, J. A., Ulin, K., Chaboyer, W., Gonçalves, A. S. O., & Ringdal, M. (2019). Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: evidence from a discrete choice experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 103444. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103444.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Persson, C., & Sundin, K. (2017) Fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod - ett dialektiskt förhållningssätt. I. Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s. 325-336). Lund: Studentlitteratur AB.

Priebe, G., & Landström, C. (2017) Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I. Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod : Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl. s. 25-40). Lund: Studentlitteratur AB.

Siemsen, I. M. D., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, A. V., Andersen, H. B., & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. *Scandinavian journal of public health*, 40(5), 439-448. doi: [10.1177/1403494812453889](https://doi.org/10.1177/1403494812453889)

Slade, D., Murray K. A., Pun, J. K.H, Eggins, S. (2018). Nurses' perceptions of mandatory bedside clinical handover: An Australian hospital study. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 161-171. doi:[10.1111/jonm.12661](https://doi.org/10.1111/jonm.12661)

Svensk Sjuksköterskeförening. (2015). Familjefokuserad Omvårdnad [Broschyr] Hämtad 2020-05-01 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening (2016) Patientsäkerhet [Broschyr]. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var_d_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2020-04-13 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening (2017b) Teamarbete och förbättringskunskap, Hämtad 2020-03-20 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet/teamarbete.och.forbattringskundkap.pdf>

Sully, P., & Dallas, J. (2010). *Essential Communication Skills for Nursing and Midwifery* [Elektronisk resurs] (2nd ed). Elsevier Health Science. Hämtad från https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=70WYVXHkNQ4C&oi=fnd&pg=PP7&dq=Essential+Communication+Skills+for+Nursing+and+Midwifery+&ots=s7hrorYJvb&sig=Jd5ruBXOGQeRYJCok0mg-KmaSq8&redir_esc=y#v=onepage&q=Essential%20Communication%20Skills%20for%20Nursing%20and%20Midwifery&f=false

Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. A., & Chaboyer, W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: a systematic mixed-methods review. *International journal of nursing studies*, 77, 243-258. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014)

Tobiano, G., Whitty, J. A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017). Nurses' perceived barriers to bedside handover and their implication for clinical practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 343-349. doi: [10.1111/wvn.12241](https://doi.org/10.1111/wvn.12241)

Van Mol, M. M., Boeter, T. G., Verharen, L., Kompanje, E. J., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2017). Patient-and family-centred care in the intensive care unit: A challenge in the daily practice of healthcare professionals. *Journal of clinical nursing*, 26(19-20), 3212-3223. doi: [10.1111/jocn.13669](https://doi.org/10.1111/jocn.13669)

Winters-Miner, L., Bolding, P., Hill, T., Nisbet, B., Goldstein, M., Hilbe, J., Walton, N., & Miner, G. (2014). Predictive Analytics in Nursing Informatics. In Miner, L., Bolding, P., Hilbe, J., Goldstein, M., Hill, T., Nisbet, R., ... & Miner, G (Ed.). *Practical predictive analytics and decisioning systems for medicine: Informatics accuracy and cost-effectiveness for healthcare administration and delivery including medical research*. [Elektronisk resurs] (p. 969-973). Academic Press. Hämtad från <https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=qHgRBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Pra>

[ctical+predictive+analytics+and+decisioning+systems+for+medicine:+Informatics+accuracy+and+cost-effectiveness+for+healthcare+administration+and+delivery+including+medical+research&ots=5TC-_Y2JY3&sig=ybgB6Pxpe5pSWTUq-4xk5H89-2k&redir_esc=y#v=onepage&q=Practical%20predictive%20analytics%20and%20decisioning%20systems%20for%20medicine%3A%20Informatics%20accuracy%20and%20cost-effectiveness%20for%20healthcare%20administration%20and%20delivery%20including%20medical%20research&f=false](#)



Bilaga 1. Forskningspersonsinformation (FPI)

Forskningspersonsinformation till deltagare

Vi är två sjuksköterskestudenter i termin 5 på sjuksköterskeprogrammet vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska Akademien. Vi gör ett verksamhetsförankrat examensarbete på 15 hp som planeras presenteras i en kandidatuppsats. Arbete görs med kvalitativ ansats och vi är därför i behov av datainsamling i form av intervjuer som önskas genomföras inom slutenvården på en kirurgisk akutvårdsavdelning. Materialet kommer att sammanställas och skickas till avdelningens vårdenhetschef och presenteras för medarbetarna på avdelningen senare i vår.

Studiens bakgrund

För att skapa förutsättningar för god och säker vård är överrapportering ett av de viktigaste verktygen. Utebliven eller felaktig information, till följd av bristande kommunikation, kan leda till allvarliga konsekvenser och utgör ett hot mot patientsäkerheten. Bedsiderapportering är en metod som tagits fram i syfte att främja patientdelaktigheten och kommunikationen. Den praktiska tillämpningen är begränsad ute i vården, med bakgrund av detta vill vi undersöka sjuksköterskors upplevelse av bedsiderapportering.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med bedsiderapportering.

Hur går studien till?

Studien kommer att ske på en kirurgisk vårdavdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhus. Vi använder oss av en kvalitativ metod. För att nå vårt syfte önskar vi göra individuella intervjuer med sjuksköterskor som har erfarenhet av denna metod. Intervjun beräknas ta max 30 min. Fokus vid intervjun kommer att vara sjuksköterskans upplevelse av bedsiderapportering. Metoden som kommer att användas är kvalitativ innehållsanalys. Deltagande i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att skäl anges. Intervjun kommer att göras under din arbetstid. Intervjuerna kommer att spelas in och det inspelade materialet hanteras enbart av ansvariga för studien. Hantering av uppgifterna regleras enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Materialet kommer att sammanställas och examensarbetet beräknas vara klart i april 2020.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Att intervjuas kan ibland kännas utlämnande och obehagligt, då är det viktigt att komma ihåg att intervjun är frivillig. Du kan alltid avstå från att svara på vissa specifika frågor eller välja att avbryta intervjun utan anledning. Syftet med intervjuerna är att illustrera resultatet av alla intervjuer och inte enskilda svar. Resultatet i studien kan komma att klargöra ev. förbättringsområden och möjligheter att förbättra bedsiderapportering.

Ansvariga för studien:

Karin Björck
Sjuksköterskestudent

Clara Johansson
Sjuksköterskestudent

Linda Åhlström
Universitetslektor,
Med dr, M.Sc.
Översjukskötersk
VO Ortopedi
Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Elsa Östborg
Sjuksköterska

Bilaga 1

Samtyckesformulär

Undertecknad har gått igenom och tagit del av skriftlig forskningspersonsinformation samt haft möjlighet att ställa frågor. Studien är frivillig och kan avbrytas när som helst. Det insamlade materialet kommer endast att hanteras av ansvariga för studien och behandlas konfidentiellt. Forskningspersonen får behålla forskningspersonsinformationen och har därigenom möjlighet att i efterhand ta kontakt med ansvariga för studien om frågor uppkommer.

.....
Datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

Bilaga 2. Etikansökan

Etikansökan till verksamhetschef och vårdenhetschef Kirurgavdelning 136, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Studiens syfte

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med bedsiderapportering.

Studiens bakgrund

För att skapa förutsättningar för god och säker vård är överrapportering ett av de viktigaste verktygen. Utebliven eller felaktig information, till följd av bristande kommunikation, kan leda till allvarliga konsekvenser och utgör ett hot mot patientsäkerheten. Bedsiderapportering är en metod som tagits fram i syfte att främja patientdelaktigheten och kommunikationen. Den praktiska tillämpningen är begränsad ute i vården, med bakgrund av detta vill vi undersöka sjuksköterskors upplevelse av bedsiderapportering.

Setting/Metod

Studien kommer att äga rum på en kirurgisk vårdavdelning på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Vi använder oss av en kvalitativ metod och beräknar att göra totalt 4-6 stycken intervjuer. Frågorna utgår från en intervjuguide med fokus på sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av överrapportering i form av bedsiderapportering. Intervjuerna med sjuksköterskorna beräknas ta max 30 min. Intervjuerna kommer att analyseras utifrån kvalitativ innehållsanalys.

Samtliga som erbjuds att delta i intervjuerna kommer att tilldelas informationsmaterial (forskningspersoninformation, FPI) där det framkommer att deltagandet i studien är frivilligt och när som helst kan avbrytas utan att skäl anges. Intervjun kommer att ske under sjuksköterskans arbetstid. Intervjuerna kommer att spelas in och materialet kommer enbart hanteras av ansvariga för studien. Materialet kommer att låsas in i ett brandsäkert skåp vid Sahlgrenska Akademin, institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet. Hantering av uppgifter regleras enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Ingen utomstående kommer få tillgång till intervjuerna. Efter att studien är färdig kommer insamlad data att sparas i 10 år och sedan raderas.

Forskare/Sjuksköterskestudenter

De som utför studien är två sjuksköterskestudenter i termin 5 som studerar vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska Akademin. Studien är ett verksamhetsförankrat examensarbete på 15 hp som kommer att presenteras i en kandidatuppsats. Arbetet utgår från kvalitativ ansats och datainsamling kommer ske i form av intervjuer inom slutenvården på en kirurgisk akutvårdsavdelning. Materialet kommer att sammanställas och examensarbetet beräknas vara klart i april 2020. Materialet kommer att skickas till avdelningens vårdenhetschef och presenteras för medarbetarna på avdelningen samt göras tillgängligt på Västra Götalandsregionens intranät. Handledare för examensarbetet är Universitetslektor och översjuksköterska Linda Åhlström. Arbetet gör i samarbete med sjuksköterska Elsa Östborg som är anställd vid avdelningen där studien genomförs.

Bilaga 2. Etikansökan

Ansvariga för studien:
Karin Björck
Sjuksköterskestudent

Clara Johansson
Sjuksköterskestudent

Linda Åhlström
Universitetslektor,
Med dr, M.Sc.
Översjuksköterska
Verksamhet Ortopedi
Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

gusbjokab@student.gu.se

gusjohclh@student.gu.se

linda.ahlstrom@gu.se

073-870 31 50

070-729 18 48

031-7862350

Bilaga 3. Intervjuguide



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH
HÄLSA

Inledande frågor

1. Vad är din definition av bedsiderapportering (BSR)?
(Följdfrågor om sjuksköterskans egna upplevelse och uppfattning av andras upplevelser)
2. Påverkas omvårdnadsprocessen av BSR?
(Följdfrågor om datainsamling och planering)
3. Hur kommunicerar ni under BSR?
(Följdfrågor om kommunikationsmodell, vilka som deltar, vem som leder, samarbete och patientens roll och närvaro)
4. Hur gör du patienten delaktig?
(Följdfrågor om patientens upplevelse)
5. Om jag säger bedsiderapportering och patientsäkerhet. Vad tänker du då?
6. Om jag säger bedsiderapportering och sekretess. Vad tänker du då?

Öppna avslutande frågor

Kan du spontant ge något förslag på åtgärd? (Om upplevt problem). Är det något som du känner att du vill tillägga?

Frågornas ordningsföljd samt vilka följdfrågor som ställdes varierande beroende på vilken information som kommit fram under de inledande frågorna.