



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PATIENTERS UPPLEVELSE AV BEDSIDE RAPPORTERING

En systematisk litteraturstudie

Ellen Stuchly & Rebecca Nordh Viklund

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet / Examensarbete i omvårdnad
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Höstterminen 2020
Handledare: Johan Nilsson
Examinator: Catarina Wallengren
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Ett stort tack till vår handledare Johan Nilsson som har guidat oss genom hela arbetet med hjälpande diskussioner och kommentarer. Vi vill även tacka verksamhetschef Annika Henningsson och specialistsjuksköterska Sara Nasirian att vi fick skriva det här arbetet till avdelningen samt för all värdefull information ni bidragit med, det har varit roligt och mycket lärorikt.

Titel (svensk)	Patienters upplevelse av bedside rapportering – en systematisk litteraturstudie
Titel (engelsk)	Patients' experience of bedside handover – a systematic literature study
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet / Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Höstterminen 2020
Författare	Ellen Stuchly & Rebecca Nordh Viklund
Handledare:	Johan Nilsson
Examinator:	Catarina Wallengren

Sammanfattning:

Att vara patient innebär ofta ett makt- och kunskaps underläge gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen. Med olika verktyg kan sjuksköterskan bidra till att minska patientens underläge, exempelvis genom att öka patienternas delaktighet. För att patienten ska bli mer delaktig i sin vård kan bedside rapportering användas. Det innebär att rapporten vid sjuksköterskornas skiftbyte sker intill patientens säng, så att även patienten kan ta del av informationen. Det medför flera fördelar för sjuksköterskan och för organisationen, men hur upplever patienten bedside rapportering? Syftet med studien var att belysa den senaste forskningen angående patienters upplevelse av bedside rapportering. Metoden som valdes var systematisk litteraturöversikt. Tio artiklar granskades och analyserades med hjälp av integrativ översikt. Resultatet visade huvudkategorin delaktighet och underkategorierna information, sekretess och sjuksköterskans närvaro. Merparten av artiklarna pekade på att patienterna uppskattade att få vara delaktiga i sin vård. Två artiklar fann att bedside rapportering inte ökade patienternas upplevelse av delaktighet. Bedside rapporteringen bidrog till att patienterna upplevde en ökad tillgång till information samt att de fick en närmare kontakt med sjuksköterskorna. Patienterna upplevde att sekretessen inte kunde bibehållas i gemensamma salar. En del patienter upplevde inte det som ett problem, medans andra patienter var mer oroad över situationen. Slutsatsen som drogs var att majoriteten av patienterna uppskattade bedsiderapportering eftersom de fick vara delaktiga i sin vård, fick tillgång till mer information samt fick träffa sjuksköterskorna. Men att sekretessen inte bibehölls under rapporteringen framkom som ett stort problem som måste åtgärdas innan implementering av metoden sker.

Nyckelord: Bedside handover, patient preference, participation, patient centered care

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Maktförskjutning i vården	1
2.2 Sjuksköterskans ansvar	2
Personcentrering	2
Informatik	2
Säker vård	3
Evidensbaserad vård	3
2.3 Delaktighet	3
2.4 Bedside rapportering	3
Organisatoriska effekter	4
Sjuksköterskans upplevelse	4
2.5 Kontext	4
3. Problemformulering	5
4. Syfte	5
5. Metod	5
5.1 Design	5
5.2 Inklusion- och exklusionskriterier	5
5.3 Frågeställning	6
5.4 Sökord, sökblock och sökstrategier	6
5.5 Kvalitetsgranskning	7
5.6 Dataanalys	7
5.7 Etik	8
6. Resultat	8
6.1 Delaktighet	9
Information	10
Sekreteress	11
Sjuksköterskornas närvarande	11
7. Diskussion	12
7.1 Metoddiskussion	12
Systematisk litteraturstudie	12
Databassökningar	13
Etik	14

Analys.....	14
7.2 Resultatdiskussion.....	15
Kliniska implikationer.....	17
Bristande sekretess.....	17
Är bedside rapportering lämpligt för alla patienter?.....	18
Förslag på vidare forskning.....	18
Slutsats.....	18
Referenslista	19
Bilaga 1.....	26
Bilaga 2.....	28
Bilaga 3.....	30

1. Inledning

Omvårdnad är sjuksköterskans huvudämne och det innefattar många aspekter, för att göra ämnet mer begripligt kan sjuksköterskans sex kärnkompetenser underlätta.

Kärnkompetenserna består av sex kategorier; personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård och informatik (Furåker & Nilsson, 2019). De sex kategorierna är utformade för att patienten ska få en så bra omvårdnad som möjligt (Furåker & Nilsson, 2019).

Patienten är sårbar i mötet med sjuksköterskan eftersom det är patienten som är i behov av hjälp (Sandman, 2019). Sjuksköterskan har därför ett viktigt arbete i att hjälpa patienten känna sig trygg och delaktig i vården (Florin, 2019). Ett sätt att öka patientens delaktighet är att sjuksköterskan delger information så att patienten förstår och blir involverad i beslut angående vården (Eldh, 2019). Patienter har rätt till information gällande bland annat sitt hälsotillstånd, olika former av behandling samt vilken tid vård kan tänkas utföras (SFS 2014:821). Ett sätt att öka patientens delaktighet skulle kunna vara bedside rapportering.

Bedside rapportering är en rapporterings-metod som utvecklats för att göra patienten mer delaktig och för att effektivisera verksamheten (Anderson & Mangio, 2006). Författarna blev mycket intresserade när de fick läsa att en kirurgavdelning på Sahlgrenska var intresserade av att implementera den här rapporterings-metoden. Som sjuksköterskestudenter har författarna varit på flera praktikplatser under utbildningen och därmed medverkat under överrapportering till nästkommande skift. De rapporterings-metoder som har använts har varit så kallade stängda rapporteringar eller läs-rapporteringar. Båda författarna har upplevt att metoderna inte är fulländade samt att patienten och personalen gått miste om viktig information.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) kap 5. 4 § beskriver att kvalitén på vården ska utvecklas kontinuerligt på ett systematiskt och säkert sätt. För att göra det behöver hälso- och sjukvårdspersonal fortlöpande tillgång till ny forskning och evidens. Den här litteraturöversikten är därför till för att bland annat stödja kirurgavdelningens implementering av bedside rapportering.

2. Bakgrund

2.1 Maktförskjutning i vården

Makt kan definieras som en inre kraft och styrka som möjliggör till självbestämmande samt bestämmande över andra (Wallinvirta, 2017). Sjuksköterskan får en makt genom sin legitimation och ansvarar därefter att handla utifrån patientens bästa (Wallinvirta, 2017). Relationen mellan patient och sjuksköterska är dock ofta ojämn, vilket innebär att patienten hamnar i ett underläge (Hedman, 2020).

Patienten förväntas dela sina innersta tankar och sin kropp med främmande människor som besitter den medicinska kunskapen (Snellman, 2014). Eftersom det bara är patienten som gör sig sårbar främjas den ojämlika relationen och det skapas en maktförskjutning (Snellman, 2014). När en patient hamnar i en akut situation och läggs in på en traumaenhet ökar

maktförskjutningen ytterligare eftersom patienten lägger sitt liv i hälso- och sjukvårdspersonalens händer (Granström m.fl., 2019). Att hamna på en traumaenhet kan därför orsaka rädsla hos patienten, dels för situationen men också för sitt liv (Granström m.fl., 2019).

Att minska maktförskjutningen är viktigt eftersom känslan av maktlöshet är skadande för självkänslan och kan leda till ohälsa (Jormfeldt, 2011). För att minska den ojämlika maktrelationen skriver Snellman (2014) att sjuksköterskan ska bekräfta och respektera patienten samt förmedla en känsla av värme. Personcentrerad vård är en annan väg för att minska maktförskjutningen mellan patient och vårdgivare (Ekman m.fl., 2020). I patientsäkerhetslagen beskrivs det att vården som patienten mottar ska göras i samråd med patienten (SFS 2020:311). För att kunna möjliggöra det måste patienten få information från hälso- och sjukvårdspersonalen (Eldh, 2019). Informationen kan öka patientens känsla av delaktighet vilket i sin tur kan minska maktförskjutningen mellan patient och sjuksköterska (Eldh, 2019).

2.2 Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskans huvudsakliga uppgift är att finnas där för alla patienter och genom omvårdnad hjälpa patienten uppnå en förbättrad hälsa (Björkman m.fl., 2019). Sjuksköterskan har många ansvarsområden och dessa kan beskrivas med hjälp av sjuksköterskans sex kärnkompetenser. Där ingår personcentrerad vård, informatik, säker vård och evidensbaserad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2015), de fyra utvalda kärnkompetenserna syftar alla till att ge patienten bästa möjliga vård (Furåker & Nilsson, 2019).

Personcentrering

Personcentrerad vård eftersträvar ökad patientdelaktighet genom att lyfta patientens tillgångar och resurser (Ekman m.fl., 2020). Personcentrerat arbete innebär att det är personen som sätts i fokus, istället för patientens sjukdom (Ternestedt & Norberg, 2019). Sjuksköterskans möjlighet att skapa en personcentrerad omvårdnad kan ses som ett ramverk (McCane & McCormack, 2013). Ramverket består av fyra beståndsdelar som i tur och ordning öppnar upp för nästkommande del; förutsättningar, vårdmiljö, personcentrerade processer och till sist resultatet. Vidare beskrivs att alla delar kan skapas tillsammans med teamet, där patienten ska ingå (McCane & McCormack, 2013).

En personcentrerad vårdhandling innebär att forma vården, i den mån det går, efter patientens önskemål (Öhlén & Friberg, 2019). På det sättet individualiseras vårdandet och varje patient får chansen till delaktighet i sin vårdprocess (Öhlén & Friberg, 2019). En stor del av den personcentrerade vården bygger på att anpassa information så patienten kan ta den till sig. Vidare förklaras att individanpassad information kräver att sjuksköterskan lyssnar aktivt, då patientens upplevelser och berättelser skapar en bild av hur informationen ska formuleras (Eldh, 2019).

Informatik

I informatiken innefattas exempelvis sjuksköterskornas hantering av sekretessbelagd information (Liljequist & Florin, 2019). Sekretess innebär prohibition från att avslöja information på något sätt (SFS 2020:773). Sekretess och tystnadsplikt finns till för att skydda patientens integritet (Källberg & Öhrn, 2019). Information om patienternas tillstånd och exempelvis patientens fullständiga namn är faktorer som lyder under sekretess. All personal inom hälso- och sjukvården måste följa reglerna för att inte utsätta någon patient för fara

(Källberg & Öhrn, 2019). Enligt offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2020:773) 25 kap. 1 § är all hälso- och sjukvårdspersonal tvungna och följa sekretess om det inte betyder att patienten eller hans närstående kommer till skada av det.

Säker vård

Begreppet patientsäkerhet har vidareutvecklats sedan dess uppkomst, till en början handlade det främst om det medicintekniska men definitionen har vidgats och är idag en mer komplex fråga som rör hela vårdförloppet (Ödegård, 2013). Betydelsen av att utveckla ett system och en organisation som tillhandahåller patientsäker vård är viktigt, inte bara för patienterna men även för hälso- och sjukvårdspersonalen då de ska kunna stå för sina handlingar (Ödegård, 2013).

Organisationer med personalbrist eller dålig ekonomi lider en ökad risk för att säker vård inte prioriteras (Alamberti, 2013). Säkerhetsfrågor under en organisations förändringsprocess ska inte förbises, hälso- och sjukvårdspersonalen ska alltid kunna tillämpa säker vård (Alamberti, 2013). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2020:311) 3 kap. 4 § är vårdgivaren skyldig att möjliggöra för patienten och hans närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Evidensbaserad vård

Sjuksköterskan är skyldig att kontinuerligt granska om den vård som uträttas är den vård som är bäst lämpad enligt en vetenskaplig grund (Rosén, 2013). Detta kan göras genom att skapa en systematisk litteraturoversikt som granskar den tillgängliga vetenskapen. Det är omöjligt för varje enskild sjuksköterska att genomföra, men med hjälp av en god organisation som utför arbetet, är sjuksköterskan skyldig att ta till sig informationen som framförs (Rosén, 2013). Enligt Patientsäkerhetslagen (2020:311) 6 kap. 1 § är all hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att arbeta utefter vetenskap och beprövad erfarenhet.

2.3 Delaktighet

Delaktighet innebär en persons engagemang i en situation (Socialstyrelsen, 2020). Det är bland annat sjuksköterskornas förmåga att bjuda in och bemöta patienten som påverkar patientens känsla av delaktighet (Ylikangas, 2017). Ekstedt (2019) skriver att delaktighet möjliggör för patienten att vara involverad i beslut angående sin behandling och vård. Patienten ska dock inte känna att beslutet enbart ligger på patienten, utan det ska finnas ett gemensamt ansvar över beslutsfattandet (Ekstedt, 2019).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017) skriver att patientdelaktighet leder till förbättrad hälsa och bidrar till personcentrerad vård. De påpekar även att många patienter önskar vara delaktiga i sin vård. Människan ska ses som en aktivt handlande person med förmåga att ta beslut angående sitt eget liv, vilket involverar beslut angående sin behandling och vård (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017). Det kräver dock att patienten bjuds in till samtal och att hen får den information som krävs för att ta ett genomtänkt beslut (Eldh, 2019). Det beskrivs även i Patientlagen (SFS 2014:821) 5 kap. 2 § att hälso- och sjukvårdspersonal i möjligaste mån ska vårda i samråd med patienten.

2.4 Bedside rapportering

Bedside rapportering innebär att överlämnings-rapporten mellan sjuksköterskor sker vid sidan av patientens säng, patienten uppmuntras till deltagande genom att exempelvis ställa frågor till sjuksköterskorna (Anderson & Mangio, 2006). När alla bedside rapporter genomförts har

sjuusköterskan kunnat skapat sig en bild av patienterna samtidigt som sjuusköterskan fått information. Det underlättar vid prioriteringen av patienter och andra arbetsuppgifter (Anderson & Mangio, 2006).

Organisatoriska effekter

Bedside rapportering förbättrar kommunikationen mellan sjuusköterskor och ökar patientsäkerheten (Malfait m.fl., 2018). Bedside rapportering kan även effektivisera arbetet och bidra till ökad kvalitet av vården. Dessutom minskar hälso- och sjukvårdspersonalens övertid, vilket bidrar till ekonomiska vinster på enheten (Malfait m.fl., 2018).

Sjuusköterskans upplevelse

Sjuusköterskorna ansåg att bedside rapportering bidrog till att patienternas delaktighet ökade, patienterna fick mer information och möjligheten till att ställa fler frågor (Kullberg m.fl., 2018). Alla sjuusköterskorna i studien rankade patienternas delaktighet som det viktigaste vid bedside rapportering, tätt följt av patientens möjlighet att lyssna, att bli tillfrågad samt möjlighet att ställa frågor (Whitty m.fl., 2017). Sjuusköterskorna kunde lättare skapa sig en bild av patientens tillstånd, vilket förenklade prioriteringen av patienter och arbetsuppgifter (Kullberg m.fl., 2018).

Diskussionen angående patienters delaktighet ökade bland sjuusköterskorna, samtidigt upptäcktes även en minskning av störningar i arbetet (Malfait m.fl., 2018).

Sjuusköterskorna upplevde att hanteringen av sekretess och känslig information var svårhanterad när patienten delade rum eller hade en anhörig med sig (Kullberg m.fl., 2018). Vissa sjuusköterskor kände sig granskade av patienter, medarbetare och/eller anhöriga. Andra sjuusköterskor var även oroliga över att de inte var tillräckligt pålästa eller inte skulle kunna besvara frågor från patienten och/eller anhöriga (Kullberg m.fl., 2018).

2.5 Kontext

Den här kandidatuppsatsen är ett verksamhetsförlagt examensarbete (VFE), det innebär att det här arbetet görs åt en kirurgavdelning på Sahlgrenska universitetssjukhus. I dagsläget består avdelningen av 22 vårdplatser, de har även en traumaenhet med 6 vårdplatser. På avdelningen är medelvårdtiden 3 dygn samt 2 dygn på traumaenheten. År 2019 var könsfördelningen på avdelningen relativt jämn mellan patienter, 53 % män och 47% kvinnor. Avdelningen hade även samma år en medelålder på 60 år till skillnad från traumaenheten där medelåldern är 52 år. Könsfördelningen på traumaenheten år 2019 var mer obalanserad än på avdelning, 68% män och 32% kvinnor. All ovanstående statistik rörande vårdavdelningen kommer från kontaktsjuusköterskan på kirurgavdelningen som tagit informationen från det patientadministrativa systemet Elvis.

Avdelningen tar emot patienter som har en akut kirurgisk sjukdom och patienter som är i behov av traumavård (Västra götlandsregionen, 2020). Det kan röra sig om allt från akut blindtarmsinflammation till trafikolyckor. På avdelningen arbetar läkare, sjuusköterskor, undersköterskor, dietister, fysioterapeut och administrativ personal. Vårdtiden på avdelningen är max 3 dagar, om man behöver vidare inläggning förflyttas man till en annan avdelning (Västra götlandsregionen, 2020).

Kirurgavdelningen är intresserade av att införa bedside rapportering på traumaenheten för att öka patienters delaktighet samt effektivisera rapporteringen.

3. Problemformulering

En viktig aspekt vid implementering av bedside rapportering är patientens upplevelse av metoden. Bedside rapportering har en stor påverkan på patienten eftersom hen förväntas att delta under rapporteringen. Det är därför viktigt för sjuksköterskan att bära med sig den kunskapen för att rapporten ska bli så bra som möjligt för alla medverkande. I nuläget används en så kallad stängd rapport på kirurgavdelningen vilket innebär att rapporten sker bortom patienten när endast hälso- och sjukvårdspersonal är närvarande. Det betyder att patienten exkluderas från samtalet vilket i sin tur leder till att patienten utestängs från att delta i sin vård (Hedman, 2020). Bedside rapportering skulle kunna vara ett sätt att öka patienters delaktighet i vården. Av den orsaken belyser den här kandidatuppsatsen patientens perspektiv av bedside rapportering. Problemformuleringen är alltså, vilka fördelar respektive nackdelar kan finnas med bedside rapportering utifrån ett patientperspektiv?

4. Syfte

Att belysa den senaste forskningen angående patienters upplevelse av bedside rapportering inom slutenvården.

5. Metod

5.1 Design

För att svara på syftet valdes metoden systematisk litteraturöversikt. Forsberg och Wengström (2015) beskriver metoden som en sammanställning av material från redan utförda studier. Syftet med metoden är att granska forskningsläget angående en fråga, för att sedan kunna bidra till ny evidensbaserad kunskap (Rosén, 2017).

Förutsättningen för en väl utförd systematisk litteraturöversikt är att material finns (Forsberg & Wengström, 2015). Det kräver att all relevant data som berör det valda ämnet hittas, det minimerar risken för att slumpen påverkar resultatet (Rosén, 2017). Metoden utgörs av primärstudier som har granskats systematiskt på ett objektivt och standardiserat sätt (Greenhalgh, 2012). Granskningen av materialet är av stor vikt då det utgör vilken kvalitet underlaget har (Forsberg & Wengström, 2015). Material av god kvalitet är centralt då det utgör grunden för arbetet (Forsberg & Wengström, 2015).

5.2 Inklusion- och exklusionskriterier

Inklusion-och exklusionskriterier användes för att hitta relevanta artiklar till det valda ämnet (Rosén, 2017). Artiklar inkluderades om de innehöll tre kriterier; etiskt godkännande, informanterna i studien har gett sitt samtycke och patienternas perspektiv av bedside rapportering beskrivs. Författarna valde även att endast inkludera artiklar skrivna på engelska samt att fulltexten var tillgänglig via universitetets inloggning till databaserna. Artiklar exkluderades om de hade en låg kvalitet utifrån SBU:s granskningsmallar (Statens beredning

för medicinsk och social utvärdering, 2020) samt komplement med rekommendationer från Bettany-Saltikov och McSherry (2016).

5.3 Frågeställning

Eftersom kandidatuppsatsen var verksamhetsförlagd kontaktades kirurgavdelningen tidigt i processen för att diskutera vilka ämnen som var relevanta för avdelningen att undersöka. För att hitta ett problem kopplat till huvudämnet gjordes en probleminventering, den är till för att hitta ämnen som intresserar författarna (Henricson, 2017 b). Probleminventeringen i kandidatuppsatsen gjordes tillsammans med kontaktsjuksköterskan på kirurgavdelningen.

Enligt Rienecker och Stray Jørgensen (2017) formas uppsatsen utefter sin problemformulering, den är alltså viktig för hela uppsatsen. Problemet kan framkomma genom att en kunskapslucka hittas (Reinecker & Stray Jørgensen, 2017). I ett möte med kirurgavdelningen framkom en kunskapslucka som handlade om hur patienter upplevde bedside rapportering. Frågeställningen formulerades sedan med hjälp av PEO (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016), populationen är patienter som är ineliggande på en vårdavdelning, exponeringen är bedside rapportering och resultatet syftar till att beskriva patientens upplevelse av bedside rapportering.

5.4 Sökord, sökblock och sökstrategier

För att svara på studiens syfte ska sökningar göras i databaser som är relevanta för det valda ämnet, helst ska sökningar göras i mer än en databas (Willman m.fl., 2016). Databaserna PubMed och Cinahl valdes eftersom de innehåller artiklar med fakta som berör omvårdnadsvetenskap (Östlundh, 2017).

Utifrån problemformuleringen valdes ämnesord från Svensk MeSH och Cinahl Subject Headings (Willman m.fl., 2016). Ämnesord bidrar till att hitta relevanta artiklar som beskriver det valda ämnet (Östlundh, 2017). Ämnesorden och sökorden presenteras i sin helhet i bilaga 1 och 2.

Utöver ämnesord valdes även synonymer till ämnesorden för att utöka sökningen (Östlundh, 2017). Det fanns inget ämnesord för begreppet bedside rapportering och därför hittades varianter av det engelska ordet på Google och via inledande sökningar. Karlsson (2017) beskriver att ett ämnesord endast uppkommer när ett etablerat forskningsområde behöver beskriva artiklar på ett nytt sätt. Därför är det vanligt att ord som beskriver det valda ämnet inte finns som ämnesord (Karlsson, 2017).

En inledande sökning gjordes för att få en bild av ämnesområdet, efter det gjordes den egentliga sökningen (Östlundh, 2017). Sökningar gjordes enligt bilaga 1 och 2, ett exempel på en sökning som använts är; (“bedside handover” OR “bedside shift report” or “bedside handoff” OR patient handoff) AND patient*) AND (nursing care) AND (experience* OR opinion* OR attitude*) AND (patient preference OR patient satisfaction OR patient participation).

För att underlätta litteratursökningen användes boolesk söklogik, det utökar och specificerar sökningen (Östlundh, 2017). OR användes för att söka efter flera synonymer och skapa söksträngar, AND användes för att kombinera söksträngar i olika sammansättningar (Karlsson, 2017). För att se de slutgiltiga sökningarna se bilaga 1 och 2.

Rienecker och Stray Jørgensen (2017) påpekar att trunkering är ett sätt att bredda sökningen. En trunkering efter ett ord gör att databasen utökar sökningen till alla möjliga ändelser (Rienecker & Stray Jørgensen, 2017). Trunkeringar används alltså för att hitta flera böjningsformer av ett ord (Karlsson, 2017). Ett exempel på en trunkering som användes är patient*, databasen sökte då efter bland annat patient, patients, patient's, patients' och patiently. För att se alla trunkeringar se bilaga 1 och 2.

För att smalna av sökningen kan frassökningar användas (Rienecker & Stray Jørgensen, 2017). Frassökningar skapas genom att sätta citattecken runt ord för att hålla ihop ett uttryck (Karlsson, 2017). Databasen letar då efter hela uttrycket och inte de enskilda orden i olika konstellationer (Rienecker & Stray Jørgensen, 2017). I denna uppsats användes frassökningar för att hålla ihop några av de vanligaste engelska uttrycken för bedside rapportering (se bilaga 1 & 2).

För att öka specificeringen och definiera sökningarna gjordes fältsökningar (Östlundh, 2017), se bilaga 2. Fältsökningar preciserar sökningen till ett visst fält, till exempel en författare, en publikationstitel eller publiceringsdatum (Östlundh, 2017).

Vid sökningarna i PubMed och Cinahl användes avgränsningar för att artiklar som inte var relevanta för syftet skulle sorteras bort (Östlundh, 2017). I båda databaserna användes begränsning för årtal (Karlsson, 2017), artiklar som var publicerade mellan år 2010 och 2020 valdes. Det valet gjordes för att hitta relevanta artiklar med den senaste forskningen. I databasen Cinahl användes även avgränsningen peer reviewed vilket innebär att artiklarna blivit granskade av andra forskare (Östlundh, 2017).

Sökningarna avslutades när endast artiklar som redan hittats och lästs uppkom från sökningarna. Då ansågs materialet som mättat eftersom inga nya relevanta artiklar tillkom.

5.5 Kvalitetsgranskning

Enligt Rosén (2017) bör de vetenskapliga artiklarna i en systematisk litteraturöversikt först granskas av två oberoende individer. Det görs för att kunna avgöra kvaliteten på studien och därmed om den bör ingå i översikten (Rosén, 2017). Alla artiklar som valts (se bilaga 1 och 2) har granskats enligt SBU:s granskningsmallar (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2020) samt enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016). Artiklarna granskades först var för sig, efter det diskuterades vad som framkommit utifrån SBU:s granskningsmallar (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2020) och utifrån Bettany-Saltikov och McSherry (2016). I bilaga 3 presenteras de valda artiklarna samt deras kvalitet.

5.6 Dataanalys

För att analysera de valda artiklarna inspirerades författarna av en integrativ översikt. Friberg (2017) skriver att en integrativ översikt innehåller utöver datareduktion, sammanfattning och jämförelser även slutsatser och verifiering om hur data hänger samman. En integrativ översikt rekommenderas att göra när man samlar information från både kvalitativa och kvantitativa studier (Friberg, 2017).

Analysprocessen började med att artiklarna lästes i sin helhet, det gjordes på varsitt håll för att få en vidare förståelse av innehållet. Sedan gjordes varsin reduktion av varje artikel, reduktionen innehöll allt som ansågs svara på litteraturöversiktens syfte. Material som inte ansågs relevant för syftet sållades därför bort. Sedan skapades en gemensam översiktstabell

(se bilaga 3), där varje artikel är sammanfattad för att lätt kunna få en helhetsbild av underlaget. Från början var informationen i bilaga 3 mer detaljerad, innehållet var mer utförligt och ingående, det hjälpte analysarbetet att bli mer strukturerat. Informationen i bilaga 3 blev sedan nedkortad och endast det mest väsentliga kvarstår.

Motsvarigheter och olikheter i de olika artiklarna letades upp och jämfördes. I bilaga 3 presenteras varje artikels syfte, metod, deltagare samt en kvalitetsgranskning hos de olika artiklarna. Även en sammanfattning av det som var relevant i artiklarnas resultat presenteras där.

Motsvarigheterna och olikheterna i de olika resultaten strukturerades upp i egna dokument. Då den här studien analyserar både kvalitativa och kvantitativa studier presenterades resultaten i olika form. De kvalitativa resultaten presenteras främst i form av kategorier och de kvantitativa resultaten i statistik.

Artiklarnas resultat jämfördes med varandras på varsitt håll, kategorier och underkategorier som ansågs relevanta skapades. Författarna sågs sedan och jämförde varandras resultat för att komma fram till de slutgiltiga ämnena. Trots att studier med olika metod undersökts, hittades likheter och olikheter som gick att sammanställa.

Förförståelsen har diskuterats under arbetets gång för att möjliggöra en så objektiv analys som möjligt. Författarna är sjuksköterskestudenter som varit på verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och därmed medverkat under rapporter mellan sjuksköterskor. Alla rapporter har varit så kallade stängda rapporter, där muntlig- eller läsrapport har använts.

5.7 Etik

Alla valda artiklar har blivit etiskt godkända och informanterna har gett sitt samtycke. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) beskriver att studier som involverar människor måste ha ett etiskt godkännande för att skydda människan. Informanter måste även ge sitt samtycke, det görs för att skydda deltagaren och för att öka tillförlitligheten till studien (Kjellström, 2017). Ett samtycke kan uppnås när tre kategorier har uppfyllts. Kategorierna innefattar information om studien, begriplig information så att deltagaren kan ta ett grundligt beslut samt information om att deltagande är frivilligt (Kjellström, 2017).

Helsingforsdeklarationen är en internationell deklARATION som syftar till att skydda människor som ingår i medicinsk forskning (World medical association, 2018). Där beskrivs bland annat hur ett samtycke bör ges och att forskning inte får utnyttja människor för egen vinning (World medical association, 2018). Forskningsetik syftar också till att värna om människans grundläggande rättigheter och värde (Kjellström, 2017). Genom att använda forskningsetik skyddas informanterna och studiens tillförlitlighet ökar (Kjellström, 2017).

6. Resultat

Totalt har 10 artiklar använts för att sammanställa resultatet. Artiklarna har sitt ursprung från Australien, Sverige, Italien, Belgien och USA. För att läsa en sammanfattning av artiklarnas syfte, metod, resultat samt en kvalitetsgranskning se bilaga 3.

Delaktighet var ett centralt och genomgående fynd vid analys av materialet. Information, sekretess och sjuksköterskans närvaro var också kategorier som framkom tydligt. Det fanns

delade meningar angående både hanteringen av information samt av sekretess. Men majoriteten av patienterna uppskattade sjuksköterskans närvaro, även om språkbarriärer förekom. Granskningen av materialet mynnade ut i en huvudkategori respektive tre underkategorier, vilket presenteras i figur 1.



Figur 1. Kategoriöversikt

6.1 Delaktighet

I majoriteten av artiklarna framkom delaktighet som den mest väsentliga effekten av bedside rapportering. Det var framförallt patientens känsla av delaktighet som ökade eller värderades mest värdefull av patienterna. Delaktighet i det här resultatet betraktas därför som en känsla av delaktighet snarare än den faktiska mätbara delaktigheten, exempelvis huruvida patienterna fick fler frågor eller inte.

Patienter ansåg att det viktigaste med bedside rapportering var möjligheten av få delta (Whitty m.fl., 2017; McMurray m.fl., 2011). 96,2 procent av patienterna i Oxelmark m.fl. (2020) ansåg också att möjligheten till deltagande var viktigt. Patienterna upplevde ofta att sjuksköterskorna värnade om deras deltagande, vilket hjälpte vårdandet och kommunikationen överlag (McMurray m.fl., 2011). Patienter kände sig viktiga när de fick delta (Kerr m.fl., 2013).

Patienterna ansåg bedside rapportering som en god möjlighet att vara delaktig i sitt eget vårdande (Bradley & Mott, 2013). Bedside rapportering ledde till ökad delaktighet som bidrog till patienternas känsla av god och personcentrerad vård (McMurray m.fl., 2011)

Patientens önskan att få höra vad som sades samt att få tala vid sin rapportering rankades som viktigast för patienten (Oxelmark m.fl., 2020). Vidare beskrivs att det framförallt var patienter som klassat sig själva ha god hälsa som prioriterade möjligheten att få tala vid rapporteringen. Lu m.fl. (2014) menar att patienterna upplevde att bedside rapportering gav dem en chans att få mer kontroll över sin vård. Genom att delta i rapporteringen upplevde vissa patienter att det bidrog till ökad förståelse för situationen, medans andra patienter hade svårare att förstå informationen vilket bidrog till ökad ångest (Kerr m.fl., 2013).

Kerr m.fl. (2013) beskriver att patienterna hade olika åsikter angående om anhöriga skulle delta under rapporteringen. Vissa patienter ansåg att det var bra eftersom de då kunde ställa frågor för att få större förståelse. Andra patienter önskade dock att anhöriga inte skulle delta, utan skulle föredra om sjuksköterskan bad dem att lämna (Kerr m.fl., 2013). Whitty m.fl. (2017) skriver att 58,1 procent av patienterna skattade närståendes medverkan som viktigt.

Delaktighet var inte enbart en positiv upplevelse, i resultatet framkom också negativa aspekter av delaktighet. Patienterna upplevde att de inte fick vara delaktiga i rapporteringen, utan att de endast lyssnade på ett samtal mellan två sjuksköterskor (Lupieri m.fl., 2016). Patienterna kände ångest när dåliga nyheter berättades under bedside rapporteringen (Lupieri m.fl., 2016). Vissa patienter ansåg att patienten endast skulle delta om de blev tillfrågade av sjuksköterskan (Kerr m.fl., 2013). En del patienter tyckte även att det var oartigt att avbryta i sjuksköterskornas arbete (McMurray m.fl., 2011).

Vissa patienter uppskattade att enbart lyssna på rapporteringen, andra patienter önskade att de hade blivit mer involverade och att sjuksköterskan skulle bjuda in till samtal (McMurray m.fl., 2011). De sistnämnda patienterna kunde tänka sig att vara mer aktiva under rapporten. Men dessa patienter trodde att den bristande delaktigheten berodde på sjuksköterskornas tidsbrist, vilket dom hade förståelse för (McMurray m.fl., 2011). Lupieri m.fl. (2016) beskriver att trots att majoriteten av patienterna kände sig delaktiga i bedside rapporteringen så önskade dom att de kunde vara ännu mer delaktiga.

Malfait m.fl. (2019 a) upptäckte ingen skillnad i patientens upplevelse av delaktighet vid användande av bedside rapportering. Ingen skillnad hittades i patientens upplevelse av att ge input under rapporten rapporterades (Maxson m.fl., 2012).

Information

Under ett vårdtillfälle är det mycket information som ska förmedlas. Patienten ska berätta sin historia och hälso- och sjukvårdspersonalen ska framföra viktig information för att främja hälsa på ett personcentrerat sätt. I artiklarna framgick det tydligt att olika sorters information förmedlades under rapporteringen samt att patienterna tolkade informationen olika.

Kerr m.fl. (2013) skriver att patienterna såg bedside rapportering som ett tillfälle att bidra med information om sig själva som missats vid tidigare tillfällen. Patienterna uppskattade att de fick bidra till samtalet, både med deras åsikt men även för att bekräfta eller avfärda information (Lu m.fl., 2014). Vissa patienter rättade till och med sjuksköterskan när hen gav fel information (McMurray m.fl., 2011).

Möjligheten att få lyssna på vad som sas mellan sjuksköterskorna var bland det viktigaste för patienterna (Whitty m.fl., 2017). Lu m.fl. (2014) fann att patienter uppskattade att få information, det gav en känsla av kontroll och en större förståelse för situationen.

Patienterna önskade att få ta del av viktig information, genom bedside rapportering besannades det. Lupieri m.fl. (2016) menar dock att patienterna hade delade meningar angående informationen. Vissa pekade på att information är viktigt medans andra upplevde att informationen gav oro, framförallt om informationen var av negativ karaktär. Patienter vill inte höra negativ information angående sitt tillstånd eller sin sjukdom för första gången vid en bedside rapportering (Kerr m.fl., 2013).

Patienterna uppskattade att få information så att de visste hur vårdplanen såg ut samt vilka förväntningar personalen hade på vårdförloppet (McMurray m.fl., 2011). Däremot beskrevs att patienter som varit ineliggande längre än 6 dagar ansåg det mindre viktigt att diskutera vårdplanen vid rapporteringen (Oxelmark m.fl., 2020).

En positiv förbättring upptäcktes i kategorin där patienten får information om planen för dagen (Maxson m.fl., 2012). Även Kullberg m.fl. (2017) upptäckte en positiv skillnad i kategorin utbyte av information mellan vårdgivare.

Sekretess

Utifrån materialet hittades även gemensamma nämnare gällande dilemmat angående sekretessen. Artiklarna lyfter fram delade meningar hos patienterna som handlar dels om hur sekretessen bevaras under bedside rapportering men också hur känslig information bör hanteras.

Patienterna upplevde att känslig information inte hanterades på ett lämpligt sätt (Lupieri m.fl., 2016). Dock beskrivs det att patienterna tyckte möjligheten att få information angående sin situation övervägde bristen på sekretess (Lupieri m.fl., 2016). Andra patienter upplevde inte att sekretessen var ett problem under rapporten trots att övriga patienter runtomkring eventuellt kunde höra vad som sas (McMurray m.fl., 2011; Lu m.fl., 2014; Kerr m.fl., 2013).

Lupieri m.fl. (2016) och Kerr m.fl. (2013) påvisade att patienterna uppskattade att sjuksköterskorna talade tyst och precis vid sängen för att undvika att andra patienter skulle höra. I en annan studie hade sjuksköterskorna inte gått in på detaljnivå angående patientens kropp eller sjukdom, utan pratat mer generellt om det aktuella tillståndet, det uppskattade patienterna (McMurray m.fl., 2011). Whitty m.fl. (2017) upptäckte att det fanns en liten preferens hos patienterna att sjuksköterskan ska hantera känslig information tyst vid sängen istället för någon annanstans där patienten inte kunde höra. I två andra studier hittades ingen preferens hos patienterna angående hur känslig information borde hanteras vid bedside rapportering (Oxelmark m.fl., 2020; Maxson m.fl., 2012).

Patienter delgav att vissa ämnen inte bör diskuteras vid sängkanten (Lu m.fl., 2014; Kerr m.fl., 2013). Patienter tyckte inte att könssjukdomar, sexuell läggning, religion eller mental hälsa skulle diskuteras (Lu m.fl., 2014) även drog-och alkoholproblem borde undvikas om andra patienter skulle kunna höra (Kerr m.fl., 2013). Patienterna föredrog att ovanstående information skulle diskuteras bortom sängen (Kerr m.fl., 2013).

En del patienter bekymrade sig inte över att andra patienter överhörde rapporteringen eftersom de befann sig i en liknande situation och antagligen inte skulle träffas igen (Lupieri m.fl., 2016). Andra patienterna ville inte höra vad som sas om andra patienter i rummet eftersom det kunde påverka synen på personen och ge onödig stress (Lu m.fl., 2014).

Sjuksköterskornas närvarande

En förutsättning för delaktighet visade sig vara den tredje underkategorin, sjuksköterskans närvarande. Att sjuksköterskan är närvarande och mottaglig för information är viktigt eftersom patienten lägger sitt liv i hälso- och sjukvårdspersonalens händer. Utifrån det granskade materialet framkom att sjuksköterskans närvaro var en viktig aspekt i bedside rapporteringen.

Patienter upplevde det som positivt att de fick träffa sjuksköterskorna vid skiftbytet eftersom de fick möjlighet att hälsa och få ett namn på den nya sjuksköterskan (Lupieri m.fl., 2016; McMurray m.fl., 2011; Bradley & Mott, 2013; Lu m.fl., 2014). Lu m.fl. (2014) fann att patienterna tyckte vården blev mer personlig med bedside rapporteringen. Patienterna upplevde även sjuksköterskornas vilja att dela med sig av information som att sjuksköterskorna såg på patienten som en person snarare än en patient (McMurray m.fl., 2011).

Patienterna upplevde att sjuksköterskorna fick en bättre förståelse för patientens tillstånd samt vad som behövdes göras när dom rapporterade vid sidan av sängen. Vidare beskrivs att patienterna trodde att det kunde effektivisera omvårdnadsprocessen (Lu m.fl., 2014).

När patienterna lyssnade på sjuksköterskornas rapport bidrog det till en känsla av trygghet (Lupieri m.fl., 2016). Patienterna menade att det beror på att de fick större insikt i sjuksköterskans kompetens men också för att sjuksköterskorna visar att de har kontroll över situationen (Lupieri m.fl., 2016). Även Kerr m.fl. (2013) beskriver att patienterna kände ett ökat förtroende för sjuksköterskans kompetens efter att lyssnat på rapporteringen. Det gav förtroende för att vården fortgick som den skulle och att omvårdnaden fortsatte under kommande skift (Kerr m.fl., 2013).

Vissa patienter föredrog att endast sjuksköterskan som ska påbörja sitt pass och den rapporterade sjuksköterskan deltog i bedside rapporteringen (Whitty m.fl., 2017). Medans andra patienter inte hade några preferenser angående hur många sjuksköterskor som skulle närvara under rapporten (Oxelmark m.fl., 2020).

Även sjuksköterskans sätt att kommunicera bidrog till känslan av delaktighet, till det bättre men även till det sämre. Flera patienter upplevde att det ibland var svårt att förstå vad sjuksköterskorna sa (Lupieri m.fl., 2016; Kerr m.fl., 2013; Lu m.fl., 2014). Lupieri m.fl. (2016) beskriver att en del patienter menar att det beror på att sjuksköterskorna använder en medicinsk terminologi vilket kan vara svårt för patienter att förstå, framförallt äldre patienter. Vidare förklaras att språkbarriären kan bidra till att exkludera patienterna från samtalet (Lupieri m.fl., 2016). Patienter som inte talade landets officiella språk så väl hade också svårt att förstå sjuksköterskorna (Kerr m.fl., 2013). I en annan studie upplevde patienterna istället att sjuksköterskorna kommunicerade på ett sätt som var förståeligt (McMurray m.fl., 2011).

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Systematisk litteraturstudie

Metoden som valdes för att svara på syftet var systematisk litteraturstudie. En annan metod som skulle kunnat använts är intervjustudie. Då hade patienter som upplevt bedside rapportering kunnat berätta om deras erfarenheter angående ämnet (Danielson, 2017). Exempelvis hade intervjun kunnat bestå av öppna frågor eftersom det svarar på syftet som undersöker patientens upplevelser (Green & Thorogood, 2018). Vid analys av intervjumaterialet kan det vara enklare att sammanställa ett resultat och komma fram till en

slutsats (Danielson, 2017). Metoden intervjustudie valdes inte eftersom det ger färre svar från en kontext (Green & Thorogood, 2018). Syftet med den här studien var att visa hela kunskapsläget angående patienters upplevelse av bedside rapportering. En litteraturstudie ger ett bredare perspektiv från flera kontexter (Rosén, 2017) och svarar därför bättre på studiens syfte.

Databassökningar

Sökningarna eftersträvade så hög sensitivitet och specificitet som möjligt. Sökningarnas kvalitet kunde ha blivit bättre om de hade gjorts i samråd med bibliotekarier (Rosén, 2017). Men innan sökningarna genomfördes deltog författarna i en workshop ledd av bibliotekarier som behandlade sökord, sökstrategier och sökningar i databaserna PubMed och Cinahl. Författarna har även medverkat i tre seminarier där de fått lufta sina tankar angående sitt arbete, vilket gynnade resultatet (Segesten, 2017 b). Utöver det rådfrågades även handledare angående sökningar och sökord. Det talar för att sensitivitet och specificitet i sökningarna har uppnåtts.

För att svara mot studiens syfte gjordes sökningar i PubMed och Cinahl. Det går inte att utesluta att relevanta artiklar har utelämnats när sökningarna endast gjorts i två databaser. I databasen PsycINFO finns det artiklar som behandlar området omvårdnad (Eriksson Barajas m.fl., 2017), men inga sökningar gjordes där. Valet att utesluta PsycINFO gjordes till sist eftersom forskningen inte bedömdes vara tillräckligt ämnesspecifik för att svara på det valda syftet (Eriksson Barajas m.fl., 2017).

Sökorden valdes utifrån PEO eftersom det är ett bra sätt att hitta nyckelord (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Sökningar på nyckelorden gjordes i databasernas ämnesordlista för att hitta rätt ämnesord och därmed göra relevanta sökningar i databasen (Willman m.fl., 2016). Flera varianter av det engelska ordet bedside rapportering användes, varianter hittades via Google och inledande sökningar tills inga nya ord upptäcktes. Dock kan viktiga ord som beskriver bedside rapportering ändå ha missats vilket innebär att relevanta artiklar kan ha utelämnats. Risken att artiklar har missats anses ändå vara liten då inga nya varianter av begreppet upptäcktes vid de inledande sökningarna eller vid den slutliga sökningen.

Kombinationen av sökord syftade till att hitta alla artiklar som var relevanta för studiens syfte. En hög sensitivitet syftar till att hitta alla potentiella artiklar, en hög specificitet ska utesluta icke-relevanta artiklar från sökningen (Willman m.fl., 2016). Med hjälp av olika sökord och trunkeringar breddades sökningarna, med boolesk söklogik, ämnesord och frassökningar specificerades sökningen (Karlsson, 2017).

Frassökningar användes för att hålla ihop de vanligaste begreppen för bedside rapportering och därmed hitta relevanta artiklar (Karlsson, 2017). Frassökningar på andra begrepp som patient preference gjordes inte eftersom det begränsade sökningen och relevanta artiklar exkluderades. Beslutet att söka efter artiklar mellan åren 2010–2020 kan ha påverkat sensitiviteten då det kunde finnas äldre artiklar som var relevanta. Däremot blev sökningen mer specifik och svarade till syftet som avsåg undersöka den senaste forskningen.

De inklusion- och exklusionskriterier som användes skulle försäkra att artiklarna som valdes hade gjorts på ett etiskt godkänt sätt, att de var relevanta och av god kvalitet. Om artiklar med låg kvalitet hade inkluderats hade resultatets trovärdighet minskat och därmed kan inte läsaren

förlita sig på att resultatet stämmer (Rosén, 2017). Inklusionskriterierna angående fulltext och språket kan ha bidragit till att relevanta artiklar inte hittades. Men en förutsättning för analys är att artikeln är tillgänglig samt att författarna förstår det skrivna språket, därför valdes dessa inklusionskriterier.

De slutgiltiga sökningarna har påverkats av författarnas kunskap gällande litteratursökning. Tidsbegränsningen samt författarnas kompetens för det engelska- och det vetenskapliga språket kan ha hämmat valet av artiklar. Men sökningarna har gjorts efter metodlitteratur, workshops och handledarens guidning vilket stärker sökstrategin.

Etik

Två artiklar som valdes hade en bristfällig redovisning av vissa delar av etiken. I Maxson m.fl. (2012) har deltagarna endast givit ett muntligt samtycke. Helsingforsdeklarationen skriver att ett samtycke bör ges skriftligt (World medical association, 2018). Men det skriftliga samtycket kan kännas mer tvingande för deltagaren vilket kan göra det svårare för deltagaren att dra sig ur studien (Kjellström, 2017). Kullberg m.fl. (2017) beskriver inte hur deltagarna har gett sitt samtycke, dock används en enkätstudie och en besvarad enkät tolkas ofta som ett samtycke (Kjellström, 2017).

Fem av de valda artiklarna beskrev att deltagarna har gett ett informerat samtycke. Fyra artiklar beskriver informationen som getts och en artikel (Kullberg m.fl., 2017) beskriver inte vilken typ av information deltagarna har fått. Ett informerat samtycke är viktigt eftersom det ökar deltagarnas autonomi och skyddar deltagaren från att ta ett ogrundat beslut (Helgesson, 2015). Har deltagarna inte fått korrekt information har samtycket getts på fel grunder och det minskar validiteten och förtroendet för studien (Helgesson, 2015). I Kullberg m.fl. (2017) är det svårt att avgöra om deltagarna har kunnat ta ett informerat beslut. Båda studierna (Maxson m.fl., 2012; Kullberg m.fl., 2017) har dock etiskt godkännande och deltagarna har givit sitt samtycke, därför anser författarna att studiernas kvalitet ändå uppnår medelnivå.

Analys

Användning av etablerade checklistor och granskningsmallar med frågor kan vara en hjälp när artiklar granskas (Greenhalgh, 2012). Granskningsmallar är dock endast till som hjälpmedel för författarna (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2020). Artiklarna granskades först på varsitt håll, något som stärker granskningens reliabilitet (Henricson, 2017 a). På grund av författarnas ringa erfarenhet av att granska artiklar gjordes sedan granskningen igen tillsammans. Artiklarna har alltså granskats två gånger, vilket talar för en noggrant genomförd granskningsprocess.

Det analyserade materialet bestod av både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Att välja en typ av metod skulle kunna underlätta då mer precisa liknelser kan dras mellan artiklarna (Friberg, 2017). Om endast kvalitativa eller kvantitativa artiklar valts hade en metasyntes respektive metaanalys använts (Forsberg & Wengström, 2015). Vid båda metoder kan det teoretiskt dras mer konkreta och samstämmiga slutsatser, eftersom studiernas resultat redogörs på samma sätt (Friberg, 2017). En kombination av kvalitativa och kvantitativa artiklar valdes eftersom väsentligt material hade kunnat förlorats om författarna uteslutit en typ av metod. Resultaten kan därför ha påverkats, då inga direkta jämförelser kan göras mellan artiklarna (Friberg, 2017).

Eftersom både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i studien valde författarna att inspireras av analysmetoden integrativ översiktsanalys, då den jämför resultat som inte presenteras på liknande sätt (Whittemore & Knafl, 2005). Analysmetoden valdes alltså för att främja analysen av det material som hittats. Beslutet att inspireras av en integrativ översikt gjordes eftersom författarna inte hade erfarenheten att analysera data till högre abstraktionsnivåer på ett sätt som är överensstämmande med integrativ översikt (Whittemore & Knafl, 2005). Trots det har illustrationer om hur data hänger ihop gjorts, skillnader och likheter har påvisats och ett nytt resultat har sammanställts utifrån all relevant data (Whittemore & Knafl, 2005).

En studies validitet och trovärdighet ökar när studien innehåller artiklar med samma design (Henricson, 2017 a). Randomiserade kontrollerade studier är att föredra då det visar på högst beviskraft (Segesten, 2017 a). Artiklar med samma design hittades inte, därför breddades vyn och artiklar av olika design inkluderades. Om artiklar med olika design exkluderats hade relevant information försvunnit och syftet hade inte besvarats.

Det går inte att utesluta att författarnas förförståelse kan ha påverkat valet av artiklar samt analysprocessen. Förförståelsen innefattar både den vetenskapliga kunskapen och den utomvetenskapliga kunskapen som exempelvis erfarenheter från livet eller värderingar (Priebe & Landström, 2017). Författarnas förförståelse var relativt begränsad inom den vetenskapliga kunskapen och inom det valda ämnet. För att hantera förförståelsen har författarna varit transparenta och diskuterat förförståelsen, ett reflexivt förhållningssätt användes (Priebe & Landström, 2017). Genom att synliggöra och diskutera sin förförståelse under arbetets gång anser författarna att de förhållit sig så objektiva som möjligt.

7.2 Resultatdiskussion

Patienterna upplevde både positiva och negativa sidor av bedside rapportering. Trots de olika resultaten visade majoriteten av studierna att patienters känsla för samt vilja att delta ökade vid bedside rapportering. Vissa patienter uppskattade att få tillgång till mer information, medans andra upplevde att det kunde medföra oro, framförallt om informationen som gavs var negativ. Överlag upplevde patienterna att sekretessen inte bibehölls vid bedside rapporteringen, majoriteten av patienterna ansåg dock att möjligheten att delta vägde tyngre än sekretessen. Patienterna uppskattade även att sjuksköterskan var mer närvarande, det gjorde vården mer personlig och patienterna kände sig som en person snarare än en patient.

Resultatet visar att bedside rapportering kan öka känslan av delaktighet hos patienterna. Då hälso- och sjukvårdspersonal bör ha som målsättning att vårda tillsammans med patienten (SFS 2014:821), anser författarna att den ökade positiva känslan är ett gott tecken på att bedside rapportering främjar god vård. Resultatet tyder även på att bedside rapportering bidragit till ökad trygghet och förtroende till sjuksköterskans kompetens. Författarna tolkar det som att bedside rapportering kan ge en ökad känsla av sammanhang för vissa patienter. Känsla av sammanhang även kallat KASAM innebär att känslan av ett meningsfullt liv bidrar till känslan av god hälsa (Langius-Eklöf & Sundberg, 2019). Om sjuksköterskan bjuder in till delaktighet kan patienten få en mer meningsfull roll i sin vård och det kan bidra till en ökad känsla av sammanhang.

Trots att majoriteten av patienterna var positiva till den nya rapport-metoden, kan bedside rapportering även kopplas till negativa känslor hos patienter. En ökad patientdelaktighet får

inte bidra till att patienten känner sig ensam i ett beslutstagande (Ekstedt, 2019). För att en patient ska vara mer delaktig i ett beslut krävs det att hälso- och sjukvårdspersonalen skapar en god förbindelse och kommunicerar väl (Eldh, 2019). Hälso- och sjukvårdspersonalen måste möjliggöra för patienten att känna sig som en del av teamet, de har även ett ansvar för att det gemensamma beslutsfattandet uppstår mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal (Ekstedt, 2019). Resultatet visade att vissa patienter kände att sjuksköterskorna inte bjöd in till konversation. Enligt Ylikangas (2017) spelar sjuksköterskan en stor roll i om patienter känner sig delaktig eller inte. McWilliam m.fl. (2000) förklarar att patientdelaktighet inte är något som bara uppstår. Det är upp till både hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten att dela information med varandra för att kunna bygga en relation, därefter kan delaktighet skapas (McWilliam m.fl., 2000).

Resultatet belyser patienternas önskan att få mer information. Författarna anser därför att patientens önskan, gällande deltagande, visar på ett möjligt förbättringsområde inom sjukvården. Genom att lägga mer fokus på en personcentrerad vård, kan vården formas efter patientens önskemål (Öhlén & Friberg, 2019). Att skapa rätt förutsättningar och en god vårdmiljö möjliggör för personcentrerade processer som kan förbättra vårdandets utfall (McCane & McCormack, 2013). Förbättringsarbete sker inte på en gång, hälso- och sjukvårdspersonal bör få rätt information och struktur för att kunna implementera en förändring i vården (Forsman m.fl., 2019). Personal inom sjukvården bör ständigt utveckla organisationen, förändringen bör ske på ett strukturerat sätt och ska under processens gång analyseras och utvärderas, det ökar kvalitén på den vård som produceras (Andersson & Nordin, 2019).

Resultatet visar att somliga patienter upplevde att viss typ av information bidrog med oro, medans andra tyckte det stärkte känslan av kontroll. Författarna anser att detta tyder på samtalets kraft, att det påverkar människor olika, både positivt och negativt beroende på hur saker framförs. Eide och Eide (2009) beskriver hjälpande kommunikation som ett verktyg hälso- och sjukvårdspersonal kan använda sig av. Hjälpande kommunikation bidrar med respektfullhet, tillit och trygghet till relationen. Informationen som ges med hjälpande kommunikation möjliggör för patienten att hantera en svår situation på bästa sätt (Eide & Eide, 2009).

Att patienter förstår den information som förmedlas kan vara livsavgörande, sjukvårdspersonalen måste därför anpassa sättet som information framförs så att varje individ förstår (Ernst Bravell, 2014). I majoriteten av artiklarna har deltagare som inte talar det officiella språket i landet exkluderats. Även deltagare med kognitiv nedsättning och/eller svårigheter att kommunicera under en längre tid exkluderas från studierna. Resultatet hade därför kunnat se annorlunda ut om de exkluderade deltagarna fick delta. Under sökningen efter artiklar upptäcktes inte några studier med mer varierat deltagar-underlag. Resultatet är därför tillförlitligt på den patientgrupp som undersökts, men besvarar inte upplevelsen för alla patientgrupper.

I resultatet framkom det att många patienter inte var oroade över den bristande sekretessen, dessa patienter hade oftast ett gemensamt rum. Orsaken till det menar patienterna var sjuksköterskornas respektfullhet, att alla patienter var i samma situation samt att de antagligen inte skulle träffas igen. Varför patienterna med delade rum känner mindre oro över sekretessen än dom med enkelrum menar Malfait m.fl. (2019 b) beror på att patienterna i

delade rum redan blottar sin integritet flera gånger under vårdtiden. Exempelvis när hälso-och sjukvårdspersonal uppdaterar patienten om sårhäkning eller ger post-operativ information (Malfait m.fl., 2019 b).

I författarnas resultat upplevde patienterna att sekretessen upprätthålls något genom att sjuksköterskan talade tyst och nära sängen. Malfait m.fl. (2019 b) beskriver även att patienterna upplevde att innehållet i informationen som sjuksköterskorna diskuterar inte var så känslig. Vidare skrivs att patienterna trodde att sjuksköterskorna har god kunskap att kunna avgöra vilken information som kan delas vid sängkanten (Malfait m.fl., 2019 b).

Sjuksköterskan kände dock en oro över att sekretessen inte bibehölls vid bedside rapportering (Anderson m.fl., 2014). Även Kullberg m.fl. (2018) beskrev denna oro. I offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2020:773) 25 kap. 1 § står det att all hälso- och sjukvårdspersonal är tvungna och följa sekretess om det inte betyder att patienten eller hans närstående kommer till skada av det. Även om patienterna inte upplever sekretessen som ett problem måste sjuksköterskorna arbeta på ett sätt så att denna bibehålls. Utifrån de granskade artiklarna verkar det inte finnas en metod som bevarar patienternas sekretess. Författarna anser dock att utrymme för behållning av sekretessen finns, utförandet av rapporteringen måste endast justeras.

Artiklarna i resultatet har härkomst från olika länder, fem av tio artiklar är utförda i Australien. Att många av artiklarna kommer från samma land kan påverkat resultatet, och frågan om resultat är applicerbart på alla länder uppstår. Ett annat resultat hade kanske uppstått om studier från andra länder med en annan kultur och/eller annat sjukvårdssystem hade analyserats. Det västerländska sättet att se på sjukdom skiljer sig från andra kulturer (Hanssen, 2007). Även hur hälso- och sjukvårdspersonalen uppträder här i Skandinavien kan skilja sig från andra delar av världen (Hanssen, 2007). Dessa skillnader beskriver Hanssen (2007) påverkar patientens upplevelse av vården överlag, men framförallt uppfattningen av hälso- och sjukvårdspersonalen. Att som sjuksköterska vara kulturellt kompetent är därför oerhört viktigt i dagens mångkulturella samhälle (Jirwe, 2019). Kulturell kompetens betyder att sjuksköterskan förstår vikten av och tar hänsyn till patienters olikheter så som ursprung, sexuell orientering, funktionsvariationer med mera (Jirwe, 2019). Författarna anser dock att resultatet är applicerbart i Sverige då det finns likheter i både kultur och sjukvårdssystem i många av de representerade länderna.

Kliniska implikationer

Utifrån studiens resultat rekommenderar författarna implementering av bedside rapportering på grund av dess positiva påverkan. Det finns dock två hinder som bör undersökas och utvärderas innan införandet av rapporteringsmetoden.

Bristande sekretess

Resultatet visar att sekretessen inte bibehålls under bedside rapportering, dock vill patienterna vara delaktiga och få information. Det tror författarna kan leda till etiska konflikter för sjuksköterskorna. En etisk konflikt är när olika handlingar är värdefulla på sitt sätt (Birkler, 2007). Handlingarna är hur en sjuksköterska *kan* göra, hur hen *ska* göra och hur hen *bör* göra. Enligt Birkler (2007) ska sjuksköterskan i ett sådant läge handla efter det hen *bör* göra. Utifrån författarnas resultat kopplat till Birkler (2007) bör sjuksköterskan alltså inte utföra bedside rapportering, då risken för bristande sekretess är för stor.

Det finns dock olika justeringar som kan göras för att behålla sekretessen. Enkelrum är ett sätt att skydda patientens sekretess då man kan stänga dörren till resterande avdelning. Som sjukhusen är uppbyggda idag finns det inte möjlighet att placera alla patienter i enkelrum. Persson m.fl. (2015) beskriver även att patienter som tillfrisknat något och inte längre behöver lika mycket tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonalen kan känna sig lite ensamma. I dessa lägen beskriver patienterna att de föredragit ett gemensamt rum före ett enkelrum (Persson m.fl., 2015). Beroende på hur patienten mår så finns det också en möjlighet för patienten att delta under rapporteringen i ett annat rum, till exempel ett konferensrum. Man kan även be resterande patienter i rummet lämna för en liten stund. Genom att justera sättet rapportering utförs på går det alltså att bibehålla sekretessen.

Är bedside rapportering lämpligt för alla patienter?

Författaren anser att deltagarna i artiklarna var så pass lika att det går att dra pålitliga slutsatser gällande just de patientgrupperna. Dock exkluderas olika patienter på grund av ålder, språkkunskaper och kognitiv påverkan. Det gör att resultatet från den här studien inte är applicerbart på andra vanliga patientgrupper. Om resultatet är applicerbart på alla länder är också oklart. Då artiklarnas härkomst endast varierar sig till fem olika länder kan det inte representera hela världen.

Förslag på vidare forskning

För att undersöka de ovannämnda hindren anser författarna att vidare forskning på ämnet behövs. Då alla människor har rätt till vård på lika villkor (SFS 2017:30), krävs mer forskning som undersöker vilken typ av information som är lämplig att framföra vid en bedside rapportering samt om det är lämpligt att genomföra med alla patienter.

Utförandet av bedside rapportering bör vidareutvecklas så att varken sekretessen eller patienters delaktighet behöver kompromissas med. För ett så optimalt resultat som möjligt bör vidare forskning undersöka vilka faktorer som gynnar de båda punkterna så väl som möjligt.

Slutsats

Resultatet visar på hur patienter upplever bedside rapportering. Majoriteten av studierna beskriver hur patienterna uppskattar att bli mer delaktiga i vården. Det visar även att patienterna känner önskan i att få ta del av mer information samt att sjuksköterskans sätt att närvara spelar stor roll om patienterna känner sig delaktiga eller inte.

Referenslista

- Alamberti, R. (2013). Kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården vid organisatoriska förändringar. I S. Ödegård (Red.), *Patientsäkerhet - teori och praktik* (s.195–213). Liber AB.
- Anderson, C., & Mangio, R. (2006). Nurse shift report, who says you can't talk in front of the patient? *Nurse Admin Q*, 30(2), 112-122.
10.1097/00006216-200604000-00008
- Anderson, J., Malone, L., Shanahan K., & Manning, J. (2014). Nursing bedside clinical handover - an integrated review of issues and tools. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 662-271.
10.1111/jocn.12706
- Andersson, A-C., & Nordin, A. (2019). Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. I A. Ehrenberg, L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder ansvar och utveckling* (s. 279–303) Studentlitteratur AB.
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing A step-by-step guide*. Open University Press McGraw - Hill Education.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad-etik och människosyn*. Liber AB.
- Björkman, I., Lützén, K., & Jakobsson Ung, E. (2019). Sjuksköterskan som professionell yrkesutövare, forskare och samhällsförändrare. I A. Ehrenberg, L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder, ansvar och utveckling* (s. 25–42). Studentlitteratur AB.
- Bradley, S., & Mott, S. (2013). Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13–14), 1927–1936.
10.1111/jocn.12403
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I H. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143–153). Studentlitteratur AB.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Studentlitteratur AB.
- Ekman, I., Lundberg, M., Lood, Q., Swedberg, K., & Norberg, A. (2020). Personcentrering - en etik i praktiken. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård, från filosofi till praktik* (s. 27–53). Liber AB.

- Ekstedt, M. (2019). Hållbar och säker vård med hemmet som vårdplats. I S. Ödegård (Red.), *Säker vård - nya perspektiv på patientsäkerhet* (s. 147–168). Liber AB
- Eldh, A. C. (2019). Delaktighet. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (s. 565–582). Studentlitteratur AB.
- Eriksson Barajas, K., Forsberg, C., & Wengström, Y. (2017). *Systematiska litteraturstudier i utbildningsvetenskapen, vägledning vid examensarbeten och vetenskapliga artiklar*. Natur & Kultur.
- Ernst Bravell, M. (2014). Multisjuklighet. I A-K. Edberg, H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa* (s. 705-722). Studentlitteratur AB
- Florin, J. (2019). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg, L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder, ansvar och utveckling* (s. 45–74). Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–151). Studentlitteratur AB.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier, värderingar, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & Kultur.
- Forsman, H., Nilsson Kajermo, K., & Wallin, L. (2019). Kunskapsbaserad omvårdnad - från kunskap till säker och effektiv vård. I A. Ehrenberg, L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder ansvar och utveckling* (s.247–274). Studentlitteratur AB.
- Furåker, C., & Nilsson, A. (2019). Kompetens, kunskap och lärande. I J. Leksell, M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 11–29). Liber AB.
- Granström, A., Strömmer, L., Falk, A-C., & Shandl, A. (2019). Patient experiences of initial trauma care. *International Emergency Nursing*, 42, 25-29.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.08.003>
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research*. SAGE Publications.
- Greenhalgh, T. (2012). *Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter - grunden för en evidensbaserad vård*. Studentlitteratur AB.
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Studentlitteratur AB.
- Hedman, H. (2020). Patienten – personens röst. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård, från filosofi till praktik* (s. 11–25). Liber AB.

- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2017 a). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411–419). Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2017 b). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 43–53). Studentlitteratur AB.
- Jirwe, M. (2019). Kulturell mångfald. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (s. 361–379). Studentlitteratur AB.
- Jormfeldt, H. (2011). Supporting positive dimensions of health, challenges in mental health care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(2), 1-5.
10.3402/qhw.v6i2.7126
- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81–96). Studentlitteratur AB.
- Kerr, D., McKay, K., Klim, A-M. K., & McCann, T. (2013). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11–12), 1685–1693.
10.1111/jocn.12308
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–77). Studentlitteratur AB.
- Kullberg, A., Sharp, L., Johansson, H., Brandberg, Y., & Bergenmar, M. (2017). Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care – A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 12(4), 1-14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175397>
- Kullberg, A., Sharp, L., Dahl, O., Brandberg, Y., & Bergenmar, M. (2018). Nurse perception of person-centered handovers in the oncological inpatient setting: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 44-51.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.001>
- Källberg, A-S., & Öhrn, A. (2019). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg, L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder ansvar och utveckling* (s. 325–352). Studentlitteratur AB.

- Langius-Eklöf, A., & Sundberg, K. (2019). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg, H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa* (s. 49–63). Studentlitteratur AB.
- Liljequist, D., & Florin, J. (2019). Informatik och eHälsa. I J. Leksell, M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 289–340). Liber AB.
- Lu, S., Kerr, D., & McKinlay, L. (2014). Bedside nursing handover: Patient's opinions. *International Journal of Nursing Practice*, 20(5), 451-459.
10.1111/ijn.12158
- Lupieri, G., Creatti, C., & Palese, A. (2016). Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 35, 28-37.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.001>
- Malfait, S., Eeckloo, K., Van Biesen, W., & Van Hecke, A. (2019 a). The effectiveness of bedside handovers: A multilevel, longitudinal study of effects on nurses and patients. *Journal of Advanced Nursing*, 75(8), 1690-1701.
10.1111/jan.13954
- Malfait, S., Van Hecke, A., Van Biesen, W., & Eeckloo, K. (2018). Do Bedside Handover Reduce Handover Duration? An Observation Study With Implication for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(6), 432-439.
[10.1111/wvn.12330](http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12330)
- Malfait, S., Van Hecke, A., Van Biesen, W., & Eeckloo, K. (2019 b). Is privacy a problem during bedside handovers? A practice-oriented discussion paper. *Nurse Ethics*, 26(7-8), 2288-2297.
<https://doi.org/10.1177%2F0969733018791348>
- 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.
- McCane, T., & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell, M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 81–110). Liber AB.
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., & Gehrke, T. (2011). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18(1), 19-26.
10.1016/j.colegn.2010.04.004
- McWilliam, C. L., Brown, J. B., & Stewart, M. (2000). Breast cancer patients' experiences of patient-doctor communication: a working relationship. *Patient Education and Counseling* 39(2-3), 191-204.
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00040-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00040-3)

- Oxelmark, L., Whitty, J. A., Ulin, K., Chaboyer, W., Oliveria Goncalver, A. S., & Rigdal, M. (2020). Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: Evidence from a discrete choice experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 105, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103444>
- Persson, E., Anderberg, P., & Kristensson Ekwall, A. (2015). A room of one's own - being cared for in a hospital with a single-bedroom design. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 340-346.
[10.1111/scs.12168](https://doi.org/10.1111/scs.12168)
- Priebe, C., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 25–40). Studentlitteratur AB.
- Rienecker, L., & Stray Jørgensen, P. (2017). *Att skriva en bra uppsats*. Liber AB.
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375–387). Studentlitteratur AB.
- Rosén, M. (2013). Evidens och evidensbaserad vård. I J. Leksell, M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 201–217). Liber AB.
- Sandman, L. (2019). Etik. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder, perspektiv och förhållningssätt* (s. 259–279). Studentlitteratur AB.
- Segesten, K. (2017 a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 119–127). Studentlitteratur AB.
- Segesten, K. (2017 b) Ännu en metodbok. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 17–24). Studentlitteratur AB.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460 [Hämtad 2020-11-2]
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821 [Hämtad 2020-10-12]

- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30 [Hämtad 2020-11-13]
- SFS 2020:311. *Patientsäkerhetslagen*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659 [Hämtad 2020-10-12]
- SFS 2020:773. Offentlighets- och sekretesslagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400 [Hämtad 2020-11-05]
- Snellman, I. (2014). Vårdrelationer – en filosofisk bakgrund. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder, perspektiv och förhållningssätt* (s. 439–462). Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen. (2020). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)*. World Health Organization. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2020-2-6578.pdf> [Hämtad 2020-11-16]
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet*. https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf [Hämtad 2020-10-14]
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020). *SBU:s metodbok*. Hämtad 2020-10-22 från <https://www.sbu.se/sv/metod/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2015). *Kärnkompetenser*. Hämtad 2020-10-12 från <https://www.swenurse.se/karnkompetenser/>
- Ternstedt, B-M., & Norberg, A. (2019). Livscykel och omvårdnad. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (65–92). Studentlitteratur AB.
- Västra götalandregionen. (2020). *Kirurgavdelningen 137 Sahlgrenska*. Sahlgrenska universitetssjukhus. Hämtad 2020-11-17 från <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-5/kirurgi-sahlgrenska/enheter/kirurgavdelning-137-sahlgrenska/>
- Wallinvirta, E. (2017). Ansvar och makt. I L. Wiklund Gustin, I. Bergblom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 379–389). Studentlitteratur AB.

- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *JAN Leading Global Nursing Research*, 52(5), 546-553.
10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Whitty, J. A., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2017). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 20(4), 742-750.
10.1111/hex.12513
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur AB.
- World medical association. (2018). *WMA declaration of helsinki-ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2020-11-2 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Ylikangas, C. (2017). Miljö - ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin, I. Bergblom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 269–278). Studentlitteratur AB.
- Ödegård, S. (2013). Patientsäkerhet. I J. Leksell, M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 253–330). Liber AB.
- Öhlén, J., & Friberg, F. (2019). Person. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (311–334). Studentlitteratur AB.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Studentlitteratur AB.

Bilaga 1

Litteratursökning – PubMed

Datum Databas	Söksträng	Begränsningar	Antal träffar	Antal relevanta abstract	Antal granskade artiklar	Antal valda artiklar
2020-10-22 PubMed	((("bedside handover" OR "bedside shift report" or "bedside handoff" OR patient handoff) AND patient*)) AND (nursing care)) AND (experience* OR opinion* OR attitude*)) AND (patient preference OR patient satisfaction OR patient participation)	Artiklar publicerade mellan åren 2010–2020	49	10	5	Lupieri m.fl. (2016) McMurray m.fl. (2011) Kerr m.fl. (2013) Lu m.fl. (2014) Malfait m.fl. (2019 a)
2020-10-22 PubMed	((("bedside handover" OR "bedside shift report" OR "bedside handoff" OR patient handoff) AND (patient*)) AND (patient preference OR patient satisfaction OR patient participation)) AND (attitude OR opinion)) AND (patient centered care)	Artiklar publicerade mellan åren 2010–2020	23	4	2	Kullberg m.fl. (2017) Bradley och Mott (2013)

2020-10-23 PubMed	((("bedside handover" OR "bedside handoff" OR "bedside shift report" OR hand off OR patient bedside OR shift reports) AND (patient preference OR patient satisfaction OR patient participation)) AND (patient*)) AND (nursing care)) AND (patient centered care)	Artiklar publicerade mellan åren 2010–2020	68	3	1	0
2020-10-23 PubMed	((bedside handover OR bedside shift report OR bedside handoff) AND (patient*)) AND (nursing care)) AND (patient preference OR patient satisfaction OR patient participation)	Artiklar publicerade mellan åren 2010–2020	80	4	2	0

Bilaga 2

Litteratursökning – Cinahl

Datum Databas	Söksträng	Begränsningar	Antal träffar	Antal relevanta abstract	Antal granskade artiklar	Antal valda artiklar
2020-10-22 Cinahl	("bedside handover" OR "bedside handoff" OR "bedside shift report" OR hand off OR patient bedside OR shift reports) AND (patient preference OR patient satisfaction) AND (attitude* OR opinion*) AND (patient*)	Artiklar publicerade mellan åren 2010–2020 Peer Reviewed	41	7	2	Whitty m.fl. (2017) Oxelmark m.fl. (2020)
2020-10-23 Cinahl	("bedside handover" OR "bedside handoff" OR "bedside shift report" OR hand off OR patient bedside OR shift reports) AND (patient*) AND (attitude* OR opinion*) AND (Patient centered care)	Artiklar publicerade mellan åren 2010–2020 Peer Reviewed	21	3	1	0
2020-10-26 Cinahl	("bedside handover" OR "bedside handoff" OR "bedside shift report" OR hand off OR patient bedside OR shift reports) AND (patient preference OR patient satisfaction)	Artiklar publicerade mellan åren 2010–2020	69	3	2	Maxson m.fl. (2012)

	AND (patient*) AND (attitude* OR opinion* OR experience)	Peer Reviewed				
2020-10-26 Cinahl	("bedside handover" OR "bedside handoff" OR "bedside shift report") AND (patient*) AND (attitude* OR opinion* OR experience*)	Artiklar publicerade mellan åren 2010–2020 Peer Reviewed Fältsökning abstract på bedside och patient	12	4	1	0

Bilaga 3

Artikelöversikt

Författare År Land Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgranskning
Bradley & Mott 2013 Australien <i>Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals</i>	Syftet var att utföra en empirisk studie på 3 sjukhus i Australien där bedside rapportering infördes och processen samt resultatet av implementeringen studerades.	En mixed method användes. Etnografiska intervjuer genomfördes. Analysmetod: Kvantitativ data analyserades med mixed modelling. Kvalitativ data analyserades med spradley analysis process	9 patienter samt 48 sjuksköterskor från tre olika sjukhus deltog. Inklusionskriterier: Över 18 år, Patienterna var inläggande där studien utfördes. Urval: Bekvämlighetsurval.	Patienterna föredrog bedside rapportering framför traditionell stängd-rapportering. De föredrog att de fick reda på vem som skulle vårda dem och att de fick vara med och diskutera deras egen vård. Personalen ansåg att patienternas delaktighet ökat efter implementeringen.	Medel. Författarna beskriver inte sin förståelse eller hur denna kan ha påverkat resultatet. Etisk godkänd. Deltagarna har gett skriftligt samtycke.
Kerr m.fl. 2013	Syftet var att undersöka patienters perspektiv på bedside rapportering	En beskrivande kvalitativ studiedesign användes.	30 patienter från en akutvårdsavdelning deltog.	Patienter ansåg att bedside rapportering ökade deras deltagande och att de	Medel. Författarna beskriver inte

<p>Australien</p> <p><i>Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside</i></p>	<p>på en akutvårdsavdelning.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer genomfördes.</p> <p>Analysmetod: Tematisk innehållsanalys.</p>	<p>Inklusionskriterier: Över 18 år, talar engelska, deltagit på minst en bedside rapport samt är mentalt och fysiskt stabil.</p> <p>Urval: Ändamålsenligt urval.</p>	<p>gav dem en större chans att belysa information.</p> <p>Det ökade deras känsla av integritet.</p> <p>Det kändes viktigt för patienter att rapporten gjordes i ett avskilt rum så sekretess kunde behållas.</p>	<p>om studien har uppnått mättnad.</p> <p>Etisk godkänd. Deltagarna har gett skriftligt samtycke.</p>
<p>Kullberg m.fl. 2017 Sverige</p> <p><i>Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care – A cross-sectional study</i></p>	<p>Syftet var att undersöka skillnaden mellan ineliggande onkologi-patienters upplevelse av bedside rapportering och stängd-rapportering.</p>	<p>En kvantitativ studie med tvärsnittsdesign med två mätpunkter.</p> <p>EORTC IN-PATSAT32 enkät genomfördes.</p> <p>Analysmetod: Enkel linjär regressionsmodell.</p>	<p>325 patienter från tre onkologi avdelningar deltog.</p> <p>inklusionskriterier: Över 18 år, spenderat mer än 3 dagar på avdelningen, pratar svenska samt är fysiskt stabil.</p> <p>Urval: Bekvämlighetsurval.</p>	<p>Patienterna på interventions avdelningen visade större tillfredsställelse, men inte under längre tid.</p>	<p>Medel.</p> <p>Författarna beskriver inte om studien har uppnått mättnad samt finns ett bortfall av deltagare på ca 50 procent.</p> <p>Etisk godkänd. Deltagare har gett sitt samtycke.</p>

<p>Lu m.fl. 2014 Australien <i>Bedside nursing handover: Patients' opinions</i></p>	<p>Syftet var att undersöka hur patienter uppfattade bedside rapportering.</p>	<p>En beskrivande kvalitativ studie. Djupgående semistrukturerade intervjuer genomfördes. Analysmetod: line-by-line reading.</p>	<p>30 patienter från tre olika avdelningar deltog. Inklusionskriterier: Över 18 år, tala engelska, ineliggande minst en natt och upplevt minst två bedside rapporteringar. Urval: Bekvämlighetsurval.</p>	<p>Patienterna upplevde bedside rapportering som en chans att få delta i sin vård samt att de kände sig stärkta av processen. De upplevde att vårdpersonalen behöver mer träning gällande genomförande av bedside rapportering.</p>	<p>Medel. Författarna beskriver inte om studien har uppnått mättnad. Författarna beskriver inte sin förförståelse. Etisk godkänd. Deltagarna har gett skriftligt samtycke.</p>
<p>Lupieri m.fl. 2016 Italien <i>Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study</i></p>	<p>Syftet var att intervjua patienter som blivit hjärtopererade om deras upplevelse av bedside rapportering.</p>	<p>En beskrivande kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer genomfördes. Analysmetod: The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).</p>	<p>14 patienter som genomgått hjärtoperation deltog. Inklusionskriterier: Över 18 år, tala italienska samt vara klinisk stabila och villiga att delta. Urval: Ändamålsenligt urval.</p>	<p>Patienterna föredrog bedside rapportering framför stängs rapportering. De upplevde en större delaktighet och tilltro till sjuksköterskans profession.</p>	<p>Hög. Författarna beskriver tydligt metoden samt diskuterar flera aspekter som kan ha påverkat resultatet. Etisk godkänd. Deltagarna har gett skriftligt samtycke.</p>

<p>Malfait m.fl. 2019 a Belgien <i>The effectiveness of bedside handovers: A multilevel, longitudinal study of effects on nurses and patients</i></p>	<p>Syftet var att undersöka effektiviteten av bedside rapportering, från både sjuksköterskan och patientens perspektiv.</p>	<p>En kvalitativ longitudinell, multicentrerad, kontrollerad studie. Ett frågeformulär delades ut 3 gånger under 9 månader. Analysmetod: deskriptiv statistik samt linear mixed model.</p>	<p>799 patienter och 165 sjuksköterskor från 13 avdelningar från fem sjukhus deltog. Inklusionskriterie: Tala nederländska, inskriven på avdelningen minst tre dagar samt deltagit i minst tre bedside rapporteringar. Urval: Bekvämlighetsurval.</p>	<p>Ur sjuksköterskans perspektiv så ökade patient deltagandet och arbetsavbrott minskade. Ur patientens perspektiv hittades inga signifikanta skillnader.</p>	<p>Hög. Författarna diskuterar flera aspekter som kan ha påverkat resultatet samt tydligt etiskt stycke. Etisk godkänd. Deltagarna har gett skriftligt samtycke.</p>
<p>Maxson m.fl. 2012 USA <i>Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety.</i></p>	<p>Syftet var att undersöka om bedside rapportering ökar patientens tillfredsställelse med vårdplanen samt upplevelsen av delaktighet. Även att undersöka om bedside rapportering påverkar kommunikation mellan vårdpersonal.</p>	<p>En kvantitativ implementationsstudie. Enkäten genomfördes innan implementering och efter implementering. Analysmetod: Wilcoxon rank-sum test.</p>	<p>60 patienter och 18 sjuksköterskor på avdelningen deltog. Inklusionskriterie: Över 18 år, talade engelska. Patienter exkluderades om de hade kognitiv svikt. Urval: Bekvämlighetsurval.</p>	<p>En signifikant skillnad mellan patienternas upplevelse av hur väl de blivit informerade om vården och planen för dagen upptäcktes. Ingen signifikant skillnad upptäcktes i de andra frågorna angående hur väl patienterna tyckte de fick delta, kommunikationen</p>	<p>Medel. Författarna diskuterar begränsningar med studien väldigt kort samt ytlig förklaring av metod. Etisk godkänd. Deltagarna har gett muntligt samtycke.</p>

				mellan vårdpersonal och patient, huruvida patienten upplevde att sjuksköterskorna arbetade i team samt om sjuksköterskorna uppfattades som professionella och självsäkra.	
McMurray m.fl. 2011 Australien <i>Patients' perspectives of bedside nursing handover</i>	Syftet var att undersöka hur patienten upplevde sitt deltagande i vården under bedside rapportering.	En kvalitativ beskrivande fallstudie. Semistrukturerade intervjuer genomfördes. analysmetod: Tematisk innehållsanalys.	10 patienter från två olika avdelningar på ett sjukhus deltog. Inklusionskriterie: Tala engelska, ineliggande minst en natt samt orka genomföra en 30-60 minuters intervju. Urval: Bekvämlighets urval.	Patienterna uppskattade att få vara delaktiga i deras vårdande, de såg det som ett bra tillfälle att bidra med viktig information. Vissa patienter föredrog att vara passiva deltagare i rapporten men de flesta patienterna föredrog bedside rapportering då dem kände sig inkluderade.	Medel. Författarna beskriver inte sin förförståelse. Författarna har de blivit betalda för att göra denna studie. Etiskt godkänd. Deltagarna har gett skriftligt samtycke.
Oxelmark m.fl. 2020	Syftet var att undersöka och jämföra patienters och sjuksköterskors	En kvantitativ discrete choice experiment	218 patienter och 101 sjuksköterskor från två olika sjukhus deltog.	Patienterna upplevde att vara involverad, delta och få höra vad som sägs om	Hög. Författarna diskuterar flera aspekter som kan

<p>Sverige</p> <p><i>Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: Evidence from a discrete choice experiment</i></p>	<p>upplevelser av bedside rapportering.</p>	<p>En enkät genomfördes.</p> <p>Analysmetod: multinomial logit (MNL), latent class (LC) models samt mixed logit model (MXL) för de slutgiltiga analyserna.</p>	<p>Inklusionskriterier: Över 18 år, ha en kronisk sjukdom med minst en riskfaktor samt spenderade minst tre dagar på avdelningen. Patienter exkluderades om de var svårt sjuka samt om patienterna hade kognitiv svikt.</p> <p>Urval: Bekvämlighetsurval.</p>	<p>patienten var viktigast.</p> <p>Näst viktigast var att bli inbjuden till att delta och därefter var möjligheten att ställa frågor viktigast.</p> <p>Ingen preferens upptäcktes för hur känslig information ska hanteras samt huruvida endast två sjuksköterskor ska delta eller hela teamet.</p>	<p>ha påverkat resultatet samt har studien ett tydligt upplägg.</p> <p>Etisk godkänd. Deltagare har gett skriftligt samtycke.</p>
<p>Whitty m.fl. 2017</p> <p>Australien</p> <p><i>Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a</i></p>	<p>Syftet var att undersöka samt beskriva patienters och sjuksköterskors uppfattning angående bedside rapportering.</p>	<p>Ett kvantitativt discrete choice experiment</p> <p>En enkät genomfördes.</p> <p>Analysmetod: mixed multinomial logit model (MMNL).</p>	<p>401 patienter och 200 sjuksköterskor från två olika sjukhus deltog.</p> <p>Inklusionskriterie: Över 18 år, tala engelska samt att patienterna varit inskrivna minst 2 dagar på avdelningen.</p> <p>Urval: Bekvämlighetsurval.</p>	<p>Patienterna rankade att bli inbjuden att delta i rapporten och samtalet samt att få höra vad som sas om patienten som viktigast.</p> <p>Häften så viktigt var att patienternas närstående kunder delta, ha en vårdplan samt att diskutera patientens tillstånd.</p>	<p>Medel.</p> <p>Författarna beskriver kort sitt val av analysmetod. Författarna beskriver inte om studien har uppnått mättnad samt har studien ett ganska stort bortfall.</p> <p>Etisk godkänd. Deltagarna har gett skriftligt samtycke.</p>

<i>discrete choice experiment</i>				<p>Patienterna föredrog när endast två sjuksköterskor var med under rapporten.</p> <p>Det upptäcktes en liten fördel för att sjuksköterskan ska hantera känslig information tyst vid sängen istället för någon annan stans.</p>	
---------------------------------------	--	--	--	---	--