

Överrapportering mellan sjuksköterskor

Vilka blir konsekvenserna för patienten?

FÖRFATTARE	Moa Lassbo Helen Andersson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng/ OM5250 Examensarbete grundnivå HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Rosengren
EXAMINATOR	Annica Lagström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Överrapportering mellan sjuksköterskor – Vilka blir konsekvenserna för patienten?
Titel (engelsk):	Handoff between nurses – What are the consequences for the patient?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng OM5250 Examensarbete grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Helen Andersson och Moa Lassbo
Handledare:	Kristina Rosengren
Examinator:	Annica Lagström

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrunden till litteraturöversikten är att bristande kommunikation mellan vårdpersonal är den vanligaste orsaken till att drygt etthundratusen personer i Sverige årligen drabbas av en vårdskada. Kommunikation är ett centralt moment i vården och innebär överförandet och delandet av information. Verbal kommunikation är mångfasetterad och är en färdighet som sjuksköterskan skall besitta. Fokus för litteraturöversikten är verbal kommunikation mellan sjuksköterskor i överrapportering av patienter mellan skift. **Syftet** med litteraturöversikten var att jämföra omvårdnadskonsekvenser av verbal kommunikation mellan sjuksköterskor. Med verbal kommunikation avses viss stil/struktur för patientöverlämningen. **Metoden** var en litteraturöversikt av fjorton artiklar. Till granskningens analysdel användes Fribergs trestegsmodell. I **resultatet** visade granskning på att överrapporteringsstil och/eller struktur påverkade patienter och även exempel på vilka konsekvenserna var. Materialet innehöll en ojämn spridning av stilar och strukturer, även sett över tid. Den rekommenderade kommunikationsmodellen SBAR infördes sällan. Den mest frekvent införda stilen var bedside och för struktur var det vanligaste greppet införandet av nyutformade checklistor. I ett tidsperspektiv förekom bedside och ny checklista mer ofta ju nyare studien var, samt sågs patientsäkerhet, personcentrering och delaktighet öka vid användandet av en strukturerad överrapportering oavsett vilken, likväl som vid användandet av bedside överrapportering. **Slutsatser** som drogs av framkommet resultat var att olika varianter för överrapportering innebar olika konsekvenser för patienter men att en kombination av bedside plus SBAR skulle ge minst negativa effekter för patienten. Kombinationen innebar bäst förutsättningar för uppfyllandet av kompetenskraven som finns för sjuksköterskan i fråga om patientcentrerad och säker vård.

Nyckelord: Omvårdnad, Verbal kommunikation, Överrapportering, Patientsäkerhet, Personcentrering.

ABSTRACT (English)

The **background** for this literature review is that lack of communication among nursing staff is the most common reason for the suffering from health damage for approximately one hundred thousand people in Sweden annual. Communication is an essential part of nursing and means the transfer and sharing of information. Verbal communication is multifaceted and is also an expected nurse proficiency. The focus for this literature review is verbal communication among nurses in inter shift patient handoff. The **purpose** of the literature review was to compare nursing consequences of verbal communication between nurses. Verbal communication relates to certain style/structure used for patient handoff. The **methode** was a literature review of fourteen articles. For the analysis part the three-step-model by Friberg was used. In the **result** the examination showed that the used style and/or structure for handoff did affect patients and also examples of what the consequences were. Materials contained a uneven distribution of styles and structures, also remaining presented over time. The recommended model for communication SBAR was rarely introduced. The most frequently imposed style was bedside and concerning structure the most common grip was the introduction of new designed checklists. Viewed at from a time perspective the style bedside as well as the structure new checklist revealed more frequently the more modern the studie was, and also that patient safety, person-centered care and inclusion was observed to increase at the use of a structured handoff, regardless of which one, as well as at the use of bedside handoff. **Conclutions** made out of appeared result was that different variants of handoff meant different consequences for patients, but that a combination of bedside in addition with SBAR would lead to a minimum of adverse effects for the patient. The combination offered the best conditions for the fulfillment of the existing nurse specific skills requirements regarding person-centered and safe care.

Keywords: Nursing, Verbal communication, Handoff, Patient safety, Person-centeredness.

INNEHÅLL

	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
KOMMUNIKATION	1
VERBAL KOMMUNIKATION	2
BEGREPP	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
DESIGN	5
SÖKPROCESS	5
DATAANALYS	9
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
TRENDER ÖVER TID	10
PROFESSIONELL KOMMUNIKATION OCH SAMARBETE	11
STIL FÖR ÖVERRAPPORTERING	12
STRUKTUR FÖR ÖVERRAPPORTERING	14
STIL OCH STRUKTUR SAMTIDIGT	16
DISKUSSION	18
METODDISKUSSION	18
Val av metod	18
Urval	18
Analys	19
Etisk reflektion	20
RESULTATDISKUSSION	20
Patientsäkerhet	20
Personcentrerad vård – delaktighet	20
Omvårdnadsfokus	21
SLUTSATS	23
KLINISK IMPLIKATION	24
REFERENSER	25
BILAGA	29
ARTIKELÖVERSIKT	29

INLEDNING

Snart stundar dagen för examination. Som nyutbildade sjuksköterskor, laddade med nervositet och optimism, blir struktur en trygghet för en ny yrkestillvaro. Struktur under arbetsdagen kan erhållas på många sätt, den verbala rapporten kan vara ett. En verbal rapport kan ge en riktning för dagen genom att personcentrerat sammanfatta patienter och uppdatera omvårdnadsmål.

Närvaro vid överrapporteringar under utbildningens praktikperioder har framkallat blandade känslor. En mängd varianter på verbala rapporteringsstilar har observerats. En del strukturerade och standardiserade, andra ostrukturerade och ibland ägnade åt personalens privatliv varvat med känslobaserade beskrivningar av patienterna. Exempel på kommentarer under rapporter: “den patienten är väldigt speciell”, “har inte hänt något nytt idag”, “du hade väl honom igår va?”. Subjektiv information som är irrelevant för omvårdnadsarbetet kan lämna sjuksköterskan med en ofullständig informativ grund, vilket kan påverka patientcentrerad och säker omvårdnad i negativ riktning.

Frågor väcks om det finns rekommendationer för den verbala rapporten, är gjorda observationer slumpmässiga eller kan överrapporteringar se så olika ut från verksamhet till verksamhet? Om så är fallet, påverkar det patientsäkerheten och hur bemöts en patient som har beskrivits som “väldigt speciell” av vårdpersonalen? Frågor föranleder en litteraturöversikt i ämnet kommunikation och dess konsekvenser för patienten. I litteraturöversikten avses en jämförelse gällande omvårdnadskonsekvenser av olika typer för verbal överrapportering göras.

BAKGRUND

Nedan beskrivs ämnet kommunikation där en indelning sedan görs i verbal och icke-verbal kommunikation samt presenteras som verktyg i överrapportering inom hälso- och sjukvård. Vidare presenteras begreppen personcentrerad vård, evidensbaserad vård och slutligen patientsäkerhet, vilka är de begrepp som format bågarna som burits under arbetets gång.

KOMMUNIKATION

Kommunikation definieras som överföring av information och är ett primärt behov hos människan[1] samt en stomme i vårdarbetet. Att kommunicera innebär att två eller flera personer överför information mellan varandra.[2] Ordet kommunikation kommer från det latinska ordet "*communicare*" som betyder att göra något tillsammans, göra någon annan delaktig i något, ha förbindelse med någon.[3] Kommunikation kan grovt delas in i verbal och icke-verbal. Till icke-verbal kommunikation hör exempelvis kroppsspråk, miner och gester, medan verbal kommunikation uttrycks muntligt och skriftligt.[2] Kommunikation är ett centralt moment i vården och sker dagligen mellan vårdpersonal och patient/anhöriga, mellan olika vårdprofessioner och inom det egna skräet.[4] Det finns skillnader mellan kommunikation i vardagslivet och professionell kommunikation. I arbetslivet kommunicerar vi inte som privatpersoner utan som experter och professionella behandlare. God professionell kommunikation kräver samarbete och skall främja yrkets funktioner samt leva upp till yrkets etiska mål.[3]

VERBAL KOMMUNIKATION

Muntlig kommunikation är en del av verbal kommunikation. Den förutsätter en som talar och en eller flera som lyssnar. Begrepp som används är sändare - den som talar och signal/budskap - det som sägs samt mottagare - den som lyssnar. Nästan all kommunikation kräver lyssnande. Aktivt lyssnande är en grundläggande teknik som kan uttryckas både verbalt och icke-verbalt, där det gemensamma är att lyssnaren visar sin närvaro.[3] Lyssnaren uppfattar talarens budskap och filtrerar budskapet genom egna referensramar och erfarenheter. Budskapet påverkas alltså både av mottagaren och sändaren[1] genom element som tonläge, kroppsspråk, formulering, ordval och kulturell bakgrund. Vidare påverkar bakgrundsljud, eventuell tidspress, hierarkiska mönster, skillnader i status och brist på avskildhet den verbala kommunikationen.[5,6] Den verbala kommunikationen är komplex och kan orsaka både missförstånd och förvirring men tvärtom också öppna för fokus och effektivitet.[3,5,7,8] Verbal kommunikation är en stor del av vårdarbetet och ingår som en färdighet som sjuksköterskan skall besitta.[9]

Skriftlig kommunikation är också en del av sjuksköterskans vardag. Skriftlig dokumentation har använts inom sjukvården sedan lång tid tillbaka men började bli mer organiserad efter nittonhundratalets sekelskifte vilket kan härledas till en mer komplex och organiserad sjukvård.

Idag existerar skriftlig kommunikation på det flesta vårdarbetsplatser. Patientens elektroniska journal kan ses som ett nav för alla de professioner som samarbetar för att tillgodose patientens behov. Patientjournaltexten kan till skillnad från den muntliga kommunikationen ses som ett gemensamt och bestående minne.[10] Skriftlig kommunikation i form av patientjournalföring kommer inte vidare att analyseras i denna översiktliga studie. Dock förekommer inslag av skriftlig kommunikation i en av dess många andra skepnader, nämligen handskrivna anteckningar som stöd och hjälpmedel vid överrapportering.

Det är avgörande för förståelsen att ett förtydligande görs avseende skillnaden på en viss *stil* för verbal kommunikation vid överrapportering och en viss *struktur* vid densamma. Skillnaden framkommer vid en mer övergripande överblick och är avgörande för tillgodogörande av slutsatser som dras. Förståelsen är också nödvändig för en följsamhet av redan existerande riktlinjer och rekommendationer. Exempel på stil är muntlig överrapportering i slutet rum eller så kallad bedside överrapportering som görs vid patientens sida.[11] Exempel på struktur är kommunikationsmodellen SBAR – som står för en patientrelaterad beskrivning av situation, bakgrund, aktuellt, rekommendation.[12] En stil och en struktur kan förekomma var för sig men också i kombination, exempelvis bedside överrapportering efter SBAR-struktur. Fokus för litteraturöversikten är verbal kommunikation mellan sjuksköterskor i överrapportering av patienter mellan skift, även kallad patientöverlämningen. Överrapportering mellan skift sker på inom slutenvård och då oftast tre gånger per dygn och två gånger per skift, i början och på slutet. Funktionen är att hålla sjuksköterskan uppdaterad på patientens vårdplan, men en entydig definition av verbal rapportering går inte att finna i litteraturen.[13,14,15]

BEGREPP

I litteraturöversikten används centrala begrepp för att säkerställa en god omvårdnad. Begreppen är hämtade från Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska och Svensk sjuksköterskeförenings formulering av de sex kärnkompetenserna. All omvårdnad skall genomsyras av personcentrering, vara evidensbaserad och patientsäker. En av de sex kärnkompetenser sjuksköterskan ska besitta är informatik, vilket innebär hanterandet av information. Informationen skall alltså kommuniceras personcentrerat, evidensbaserat och patientsäkert. Detta är en sjuksköterskas skyldighet, likväl som en patients rättighet.[9,16]

Personcentrerad vård innebär att en människa som vårdas, inte i första hand betraktas utifrån sin sjukdom eller sitt ohälsotillstånd, utan ses i sin helhet. Det gör att patientens resurser, inte bara hinder och problem får större fokus. Vårdrelationen skall se som ett partnerskap där två professionella möts, en är expert på sig själv och en på omvårdnad. Vården skall ske i samförstånd mellan parterna där en omvårdnadsplan bör upprättas tillsammans med patienten och autonomi samt medbestämmande alltid skall respekteras.[9,16,17] Kommunikation är ett av sjuksköterskans verktyg för att åstadkomma personcentrerad vård och hon kan ses som en samordnare och kommunikationspartner för all sjukvårdspersonal och för patienten.[18]

Evidensbaserad vård är en medveten och systematisk strävan att ge vård med bästa möjliga vetenskapliga grund och är lagstadgat.[19] Ibland börjar åtgärder tillämpas i vården utan att ha prövats vetenskapligt. Andra metoder, som är föråldrade men blivit rutin, fortsätter att användas, varför ett ständigt reflekterande och en omprövning av rutiner behövs.[20] Sjuksköterskan skall kontinuerligt analysera, söka och kritiskt granska vetenskapen för att verka för en evidensbaserad omvårdnad.[9,16]

Patientsäkerhet innebär att patienten ska skyddas från av vården orsakade skador under eller i samband med ett vårdtillfälle. De skador som uppstår men som hade kunnat undvikas kallas för vårdskador. I Sverige drabbas ungefär etthundratusen personer per år av vårdskador, till en kostnad av cirka sex miljarder kronor. De misstag som beror på den mänskliga faktorn kan inte helt elimineras men kan och bör minimeras.[21] I linje med WHO formulerar Socialstyrelsen kommunikation i allmänhet inom hälso- och sjukvård som ett patientsäkerhetsmässigt riskområde och då muntlig kommunikation i synnerhet.[4,12] Ett riskområde innebär att större risk för vårdskada finns inom ett område, varför vårdpersonal bör vara extra uppmärksam på inringade områden.[22] Brister i informationsöverföring mellan vårdgivare och mellan vårdpersonal är den vanligaste orsaken till vårdskador.[8] Kommunikationens brister orsakar dubbelt så många vårdskador som brister i den medicinska kompetensen gör. Vidare är kommunikation är ett ofrånkomligt inslag inom all hälso- och sjukvård vilket gör riskområdet omfattande.[2]

PROBLEMFÖRMULERING

Verbal överrapportering ingår sporadiskt i sjuksköterskeutbildningen, vilket också är det normala för vårdutbildningar, överrapportering lärs istället genom att lyssna på och härma

kollegor.[23] En litteraturöversikt från 2010 som analyserar överrapportering mellan sjuksköterskor sammanfattar vanliga hinder i verbal kommunikation som att; information saknas/är felaktig/missförstås, gemensam struktur saknas, miljön under rapporten är kaotisk, avbrott förekommer, tidsbrist råder och rapporten är för lång.[6] Problem uppenbarar sig då sjuksköterskan förväntas arbeta och kommunicera patientsäkert, personcentrerat och evidensbaserat[9,16] samtidigt som erfarenheter från verbala rapporter inte alltid stämmer överens med beskrivningen. Det kan upplevas som en balansgång att ta vara på erfarna kollegors värdefulla kunskap och samtidigt våga utnyttja kraften i en novis ögon som ser brister och möjligheter till förbättring.

SYFTE

Syftet med litteraturöversikten var att jämföra omvårdnadskonsekvenser av verbal kommunikation mellan sjuksköterskor. Med verbal kommunikation avses viss stil/struktur för patientöverlämningen.

METOD

DESIGN

Studiedesignen var en litteraturöversikt.[24,25] Då det i en allmän litteraturöversikt var möjligt att inkludera både kvantitativt och kvalitativt material för analys övervägdes för- och nackdelar med ett brett kontra ett snävt urval gällande artikelvariation. Fokus blev på kvantitativ information vid datainsamling då kvantitativa resultat lämpade sig bättre för syftet, som var ett jämförande av konsekvenser. Kvantitativa studier och resultat uttrycktes i siffror, procent, statistik och faktiska värden, som på ett mer adekvat sätt kunde sammanställas för jämförelse. Kvalitativa data utelämnades inte helt men användes framför allt för att förstärka eller exemplifiera kvantitativ information. Motivet för litteraturöversikten var att erhålla en överblick av valt område samt att samla information som underlag för en kritisk granskning.[25] Ansatsen var induktiv, så till vida att hypotes saknades i syftet. Istället formulerades ett syfte av jämförande karaktär. En deduktiv ansats valdes därmed bort. Den induktiva ansatsen passade bättre till vald studiedesign eftersom en litteraturöversikt sällan utförs för att pröva en hypotes.[25,26]

SÖKPROCESS

Inledningsvis gjordes en helikoptersökning för att få en uppfattning om hur underlaget såg ut. För att få en överblick eftersöktes systematiska översiktsartiklar gjorda i ämnet. Databaserna Cochrane och SBU användes initialt. Efter att ha konstaterat att inget önskat material dykt upp gjordes ytterligare en sökning på Cochrane, denna gång användes minimalt med sökord (hando*). Resultatet blev ett protokoll för en tilltänkt systematisk översiktsartikel som tog upp aktuellt ämne men ännu inte var publicerad. En sökning gjordes i databasen PubMed gjordes med samma intention. Alla sökningar presenterades i tabell nedan (tabell 1).[25]

Databaserna som användes för systematisk sökning var PubMed och CINAHL. PubMed valdes främst för det stora artikelantalets skull. CINAHL valdes som ett komplement då databasen hade en mer omvårdnadsbetonad inriktning, även om antalet samlade artiklar var mindre än i PubMed. Uttryckt i andra ord stod databaserna PubMed för kvantitet och CINAHL för kvalitet genom hög omvårdnadsrelevans, varför databaserna var värdefulla ur olika aspekter. För att inte gå miste om information av värde var det av betydelse att säkerställa överförbarheten i sökorden. Då Mesh-termerna var sammankopplade med PubMed men inte med CINAHL var omskrivningen och kontrollen av sökorden en nödvändighet.[28] Sökorden var hando*, nurs*, communication, shift, patient, safety, patient safety, transfer och SBAR. Trunkering av vissa sökord gjordes för att undvika borfall orsakat av en använd form av ett ord som utesluts om hela ordet hade skrivits, exempelvis handoff, där man missade alla alternativ där synonymen handover användes.[27] Sökorden togs fram genom Swedish Mesh för korrekta översättningar från svenska till det i databaserna gångbara språket engelska. I databasen CINAHL översattes sökorden till för denna databas anpassade varianter, föreslagna av deras hjälpfunktion. Sammanfattningsvis användes databaserna PubMed och CINAHL. Utöver dessa databaser användes Cochrane och SBU. Databaserna användes för att de överensstämde med valt område och rekommenderades från Universitetsbiblioteket.[28]

Inklusionskriterier var att studierna skulle vara i så hög grad kvantitativa som var möjligt, publicerade mellan åren 2001 och 2013, expertgranskade, finnas tillgängliga i fulltext utan kostnad och att de handlade om valt ämne ur ett omvårdnadsperspektiv och/eller patientsäkerhetsperspektiv. Exklusionskriterier var att studien var en översiktsartikel eller att fokus för studien låg på en annan yrkeskategori än sjuksköterskor, alternativt att studien behandlade överrapportering mellan skift enbart via datoriserad patientjournal.[28] Den

systematiska sökningen fördes in i tabellen nedan (tabell 1). Med ett totalt antal granskningsbara artiklar på 14 gick arbetet vidare.

TABELL 1 - REDOVISNING AV SÖKNINGAR

Datum	Databas	Sökord (+ ev. Begränsning)	Träffar och lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar utvalda för granskning
30/8-13	Cochrane	Hando* (Cochrane overview)	3	3	1
30/8-13	PubMed	Shift, hando*, nurs*, patient safety, communication (Fulltext available)	23	23	4
30/8-13	PubMed	Patient, hando*, nurs*, shift (Systematic reviews)	3	3	1
30/8-13	PubMed	Shift, hando*, nurs*, patient, transfer (Fulltext available)	12	12	5
11/9-13	CINAHL	Nurs*, hando*, patient safety (any author is nurse, peer reviewed, published date 2003-2013)	28	28	2
11/9-13	CINAHL	Nurs*, hando*, patient, shift (Any author is nurse, Peer reviewed, Published date 2003-2013)	19	19	4
17/9-13	CINAHL	Safety, nurs*, SBAR (Published date 2003-2013, Peer reviewed)	17	17	1
17/9-13	PubMed CINAHL	Totalt resultat av systematisk sökning för artiklar till granskning, antal inklusive dubletter (exklusive dubletter)	99	99	16 (14)

Som ett hjälpmedel för kvalitetsgranskning av artiklar användes en tabell med kvantitativa kvalitetskriterier (tabell 2)[29]. Siffrorna i tabellen står för förekomst (1) eller icke förekomst (0). *Randomisering* är avgörande för studiens möjliga generalisering. En generalisering till en tänkt population inte är möjlig om urvalet inte är representativt. Randomiseringen skall beskrivas, dels för att studien skall kunna göras om igen, dels för att visa i vilken grad den är slumpmässigt genomförd och/eller dold. Dock finns svårigheter i valt område att dölja randomiseringen. *Blindning* eller blindtestning innebär att studiedeltagarna inte vet vilken del i interventionen de ingår i/utsätts för och härstammar språkligt från engelskans blind. Blindtestning behövs för att resultatet ska bli så objektiva som möjligt. *Jämförbara grupper* avser de grupper som ingår i en studie och påverkar kvaliteten på resultatets grund till

slutsatser. Om en intervention görs där två deltagande grupper skiljer sig markant i exempelvis ålder, är de icke jämförbara. *Intention to treat* behandlar forskarnas ansatser att fylla eventuella dataluckor. Dataluckor innebär förlust av information och kan bero på bortfall. Ett *bortfall* högre än 20 procent är inte önskvärt. Om ett bortfall är högre än 20 procent krävs en analys. Maxpoäng för en studie i tabellen är sju poäng. Ett lågt *totalpoäng* för en studie innebär inte att studien utesluts men bör beaktas då slutsatser dras.[26] Tabellen tar sikte på viktiga riktmärken för att bedöma en kvantitativ artikels evidensvärde, men även de studier som fick så lågt totalpoäng som ett (1) inkluderades på grund av ett magert artikelutbud svarande på syftet.

TABELL 2 - GRANSKNING AV KVALITETSKRITERIER

Artikel	Beskriven randomiseringsmetod	Dold randomiseringsmetod	Blindad personal	Blindade patienter	Jämförbara grupper	“Intention to treat”	<20% bortfall	Total poäng /Kvalitet
33. "Using *ORA"	1	0	1	0	1	0	1	4
37. "Transfer"	1	0	0	0	1	0	0	2
36. "Clinical handover"	1	0	1	1	1	0	0	4
39. "Incorporating Bedside"	0	0	0	0	1	0	1	2
35. "Examining effects"	1	1	0	0	1	0	1	4
32. "Collaborative: SBAR"	0	0	0	0	1	1	0	2
31. "Improving"	1	0	1	0	1	0	0	3
41. "Bedside nursing"	1	0	0	0	1	0	1	3
44. "Examining Transfer"	1	1	0	1	0	0	0	3
43. "30-second"	0	0	0	1	0	0	0	1
42. "handover in oncology"	1	0	0	1	0	0	1	3
34. "Bedside Nurse-to-Nurse"	1	0	0	0	1	0	1	3
45. "A mobile shift"	1	0	0	1	1	0	1	4
40. "Handover: Faster"	1	0	1	0	1	0	1	4

DATAANALYS

Till grund för analys av valda studier låg trestegsmodellen[25] som rekommenderades för studiedesignen litteraturöversikt. Stor möda lades vid att lära känna materialet, vilket rent konkret innebar att individuellt läsa igenom och sedan på svenska sammanfatta artikel för artikel gemensamt, både i ord och i text. Poängen med steg ett i analysmetoden var att lära känna materialet och därigenom få en uppfattning av dess essens, vilket gjordes både individuellt och gemensamt. Steg två bestod i ett jämförande av materialet i syfte att skilja ut likheter och skillnader. Inledningsvis låg tyngdpunkten för jämförelse vid de olika studiernas resultatdelar, senare jämfördes även slutsatser likväl som metoder. För att inte tappa grundligheten i analysen begränsades jämförandets infallsvinklar till dessa tre ovan beskrivna, där den aspekt som ägnades mest tid och resurser var resultatdelen. I analysens tredje steg gjordes en sammanställning av vad som framkom i steg två. Likheter kunde ställas jämte varandra, skillnader påtalas och så småningom kunde ett mönster skönjas.[25] Steg två och steg tre genomfördes gemensamt för en ökad möjlighet till reflektion och diskussion.

Gällande validitet ställdes frågan: Mättes det som var avsikten att mäta? När begreppet reliabilitet behandlades ställdes istället frågan: Hur tillförlitlig var mätningen?[26]

Anledningen till användandet av ett hjälpmedel för kvalitetsgranskning (tabell 2) var omöjligheten i ett totalt objektiva förhållningssätt, även om så vore önskvärt. Med en tabell av detta slag som dessutom var beprövad tidigare blev starka och svaga sidor tydliga i de granskade artiklarna. En strukturerad granskning föreslogs också från Fribergs bok i avsnittet om själva utförandet av en litteraturöversikt.[25] Tydligheten gjorde det möjligt att hylla eller förkasta en artikels slutsats - inte grundat på omedvetna eller medvetna önskingar utan grundat på graden av kvalitet, vilket ökade trovärdigheten i resultat och eventuell slutsats dragen av dito.[26]

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etik är en medveten reflektion över handlingars utförande och betydelse. Etik är nödvändigt i forskning då forskning kan påverka människor och samhället i stort. En god etisk forskningssed är förknippad med vissa regler och riktlinjer. Exempelvis; transparens avseende metoder, resultat och ekonomiska intressen - det vill säga att öppenhet skall råda. Fler exempel på god forskningssed är ärlighet, ordning och struktur samt opartiskhet. Hänsynsfullhet - det vill säga att människor inte får skadas av forskningen - är ett signifikant inslag i god

forskningssed.[30] För att kontrollera de granskade studiernas etiska överväganden gjordes en kontroll där etiskt godkännande eller i brist på detta ett etiskt fört resonemang eftersöktes. Kontroller resulterade i att ett etiskt godkännande sågs i nästintill alla granskade studier. Där ett etiskt godkännande inte i text redogjordes för, förekom dock ett resonemang om etik, vilket var fallet i tre av fjorton granskade artiklar.

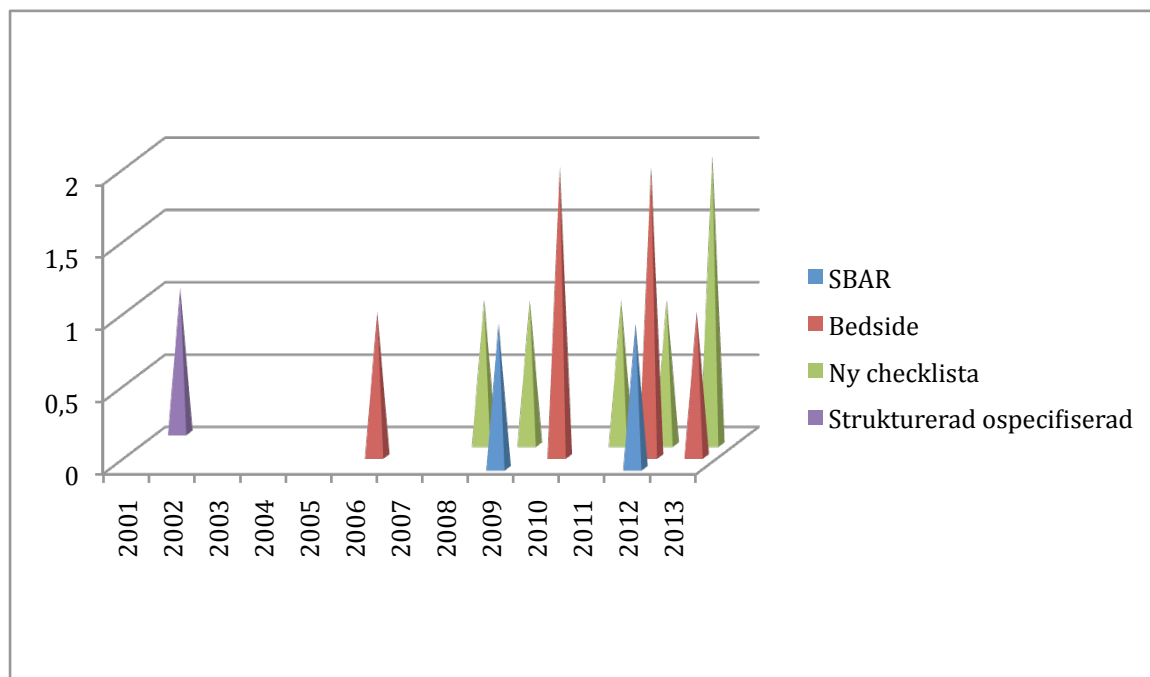
RESULTAT

Genomförd granskning och analys av material resulterar i att mönster och trender kan skönjas i hur omvårdnaden påverkas. Inverkan på patientsäkerhet, personcentrering och patientens upplevelse av delaktighet genomsyrar materialet och trender över tid ses. Förhållandet mellan andelen studier som inför eller jämför en ny modell eller struktur för kommunikation är två av fjorton studier som inte tar upp ett införande utan diskuterar annat. En likhet i studiedesign samt i val av införd eller prövad överrapporteringsstil/-struktur ses, vilket motiverar en struktur som grupperar resultatpresentationen efter överrapporteringsstil/-struktur.

TRENDER ÖVER TID

För att tydliggöra trender över tid i granskat material redovisas nedan de artiklar där en stil, struktur eller de båda införs. Diagrammet visar på att trenden går mot införandet av nya checklistor i strukturform och bedside överrapportering i stilvariant. Uttryckt i termer som modern eller omodern kan således slutsatsen dras att granskat material håller stilen bedside för mest modern, likväl som strukturen nyutformad checklista (diagram 1). Värdena i lodrät axel står för antal studier.

DIAGRAM 1 – TRENDER ÖVER TID



PROFESSIONELL KOMMUNIKATION OCH SAMARBETE

Den mänskliga faktorn påverkar uppkomsten av vårdskador. Ett gott samarbete med professionell kommunikation kan minimera, men aldrig eliminera den mänskliga faktorn.[3,21]

I en artikel från Israel 2008 förordas simulerad träning i överrapportering som ett sätt att främja patientsäkerhet i praktiken.[31] I en annan studie införs SBAR och en signifikant positiv förändring i samarbetet mellan sjuksköterskor ses. Diskussioner kring patientsäkerhet och anmälan av risk för vårdskada ökar. Slutsatsen som dras i studien är att det är värt att genomföra förändringar men att det är komplicerat och utmanande att ändra rutiner.[32]

I en artikel från USA som fokuserar på samarbete undersöks sambandet mellan kvalitet för överrapportering och patientsäkerhet. Slutsatsen dras att det inte är stilen som i högsta grad påverkar resultatet, istället riktas fokus mot sociala nätverk och kommunikationsmönster över lag som existerar på avdelningen. Studien skiljer sig från övriga studier genom att belysa vikten av sociala nätverks inverkan på patientsäkerhet. *ORA - Organizational network analysis, som artikeln handlar om är ett mätinstrument för analys och visualisering av sociala nätverk. Signifikanta samband påvisas i förhållandet; ju fler "starka relationer" bland omvårdnadspersonalen som deltar i överrapportering, desto mindre risk för fallolyckor för patienterna. I artikeln dras slutsatsen att en nätverkstyp som underlättar för det ena kan påverka

något annat i negativ riktning. Samtidigt framkommer signifikans i sambandet; fler smågrupperingar i personalgruppen och minskat antal medicinska avvikelser.[33]

Materialet innehåller ytterligheter som antyder att muntlig överrapportering inte lämpar sig som modellen. I studien från 2001[35] simuleras överrapporteringstillfällen för att sedan utvärderas angående hur väl information fångas upp, återges och slutligen resulterar i en omvårdnadsplan. Slutsatsen att muntlig rapportering inte lämpar sig för skiftrapporter grundar sig i att mindre än hälften av given information når mottagaren, samt att mindre än en tredjedel av informationen två minuter senare kan återges korrekt. Vidare framkommer att retrospektiv, tillbakablickande överrapportering, jämfört med en prospektiv, framåtblickande överrapporteringsstil inte signifikant påverkar mängden korrekt återgiven information. Signifikans syns i skillnaden mellan strukturerat given information och ostrukturerat given information, strukturerad information återges mest korrekt.[35] En annan studie som tar upp bristande samarbete kring kommunikation är en studie som undersöker förekomsten, karaktären och allvarlighetsgraden av inrapporterade överrapporteringsavvikelser. De vanligaste typerna av avvikelser är en bristande rapport eller ingen rapport. Data i studien kommer från ett elektroniskt avvikelserapporteringsprogram på ett medelstort sjukhus i England. Konsekvenser är att patienter glöms bort, att diabetessjukdom inte rapporteras vidare, att information om MRSA hos patient inte överrapporterats, att felaktig information förts vidare, med mera. Vidare dras slutsatsen att allvarlighetsgraden på de inrapporterade incidenterna mestadels är låg, men också att ett stort mörkertal gömmer sig i statistiken då själva avvikelserapporteringsgraden är låg.[36]

ÖVERRAPPORTERINGSSTILAR

Som tidigare nämnts görs skillnad mellan stil och struktur. En vanligt förekommande stil i granskat material är bedside report, fritt översatt överrapportering vid sängkanten. Bedside innebär att delar av eller fullständig informationsöverlämning sker vid patienten som vanligen befinner sig i sitt patientrum.[37] I en studie är intentionen att skapa en enhetlig stil för överrapportering i syfte att skapa bättre patientsäkerhet. Den valda stilen är bedside report, som struktur används en skriftlig avdelningsanpassad checklista. Innan interventionen finns ett flertal kommunikationsstilar representerade för verbal kommunikation vid överrapportering mellan sjuksköterskor och skift. Verbal, muntlig rapport förekommer på flest avdelningar. Innan interventionen sammanfattas problemen bland annat som; förvirring över vilken

information som skall förmedlas vilket kan leda till olämpliga omvårdnadsplaneringar, som i sin tur kan resultera i negativa resultat för patientsäkerheten. Efter interventionen redogörs exempel på patienters uppskattning av att kunna delta i sin vårdplan och möjlighet att rätta till eventuella felaktigheter i förmedlad information, dessutom uttrycks en vinst i att kunna försäkra sig om att pågående sjuksköterska vet vad avgående sjuksköterska vetat om patienten samt får ett ansikte kopplat till informationen.[37]

Liknande slutsatser rörande konsekvenser för patienter dras i en mindre studie utförd på en enhet för strokerehabilitering som även de infört bedside report. Målet är ökad patientsäkerhet och förstärkandet av patientens inblandning och delaktighet i omvårdnadsplanen. På enheten praktiseras före interventionen en icke strukturerad inspelad överrapportering. Problem formuleras om stilen i samband med patientsäkerhet, då irrelevant eller bristfällig patientinformation förekommer på inspelningarna, som kan leda till förvirring i prioritering och omvårdnadsplan. En strukturerad överrapportering införs, rekommenderad av The Joint Commission[38]. Ur ett sjuksköterskeperspektiv skattas brister och vinster med bedside överrapporteringen efter interventionen. Skattningen visar att bedside-stilen förbättrar patientsäkerhet, främjar patientens delaktighet likväl som inkludering i teamarbetet. Alla uppmätta parametrar ökar efter interventionen. Samma skattning visar på ökade risker för äventyrad konfidentialitet och sekretess. Slutsatsen blir att införd överrapporteringsstil ökar patienters delaktighet, möjliggör för patienten att tillrättalägga information som är felaktig eller inkomplett. Detta möjliggörs på grund av att bedside överrapporteringen innebär en direkt kontakt och visualisering.[39] I en intervention gjord 2012 i USA undersöks om patienter upplever att införandet av bedside rapportering leder till att patienterna blir mer medvetna om sin omvårdnadsplan och om de känner sig mer delaktiga. Detta är delmål formulerade av Joint Commission för att öka patientsäkerheten[38]. De fem punkter som jämförs, en månad före införandet och en månad efter införandet var, fritt översatt; jag har fått information om min vårdplan, jag har varit involverad i min omvårdnadsplan, jag är tillfredsställd med min delaktighet, jag upplever att vårdpersonalen arbetar som ett team, jag upplevde den muntliga rapporten som professionell. Alla fem undersökta områden ökar efter införandet av bedside rapportering, mest signifikans återfinns under punkterna, information om min omvårdnadsplan, involverad i omvårdnadsplanen. Minst ökar upplevelsen av att den muntliga rapporten är professionell. Förutom tidigare nämnda positiva patientupplevelser upplever sjuksköterskorna också förändringen som positiv. Sjuksköterskorna upplever att de efter förändringen är mer

förberedda och har lättare för att prioritera. Störst signifikans noteras angående medicinering vilket sjuksköterskorna anser bli säkrare.[34] Bedside överrapportering synas ur fler vinklar. I syftesbeskrivningen i en annorlunda artikel i sammanhanget undersöks om införandet av bedside report kan påverka både tids- och kostnadseffektiviteten samt patientsäkerheten. Studien är från Australien 2012 och i den görs en intervention i form av införandet av bedside report, mätning sker före och efter intervention. Det framkommer att tidsåtgången för överrapportering minskar, samtidigt som antalet omvårdnadsincidenter gör det samma. Färre incidenter ger färre vårdskador, samtidigt som mindre tidsåtgång för rapport ger mer tid till patientnära arbete. Slutsatsen är att bedside report är snabbare och säkrare än den dittills brukade ostrukturerade, verbala rapporten som tar plats bakom stängda dörrar utan kontakt med patienter.[40]

I samtliga fall där stilen bedside införs ses brister i rådande rapporteringssystem innan införandet. Bristerna identifieras som, förvirring angående vilken information som skall förmedlas vidare, bristfälliga omvårdnadsplaneringar, oklar patientinformation, svårigheter i att prioritera, samt att rapporten tog lång tid att genomföra. Två vinster identifieras i rapporter som rör bedside rapporteringar. Ökad patientsäkerhet och större patientcentrering. Anledningen till att säkerheten ökar identifieras som att, patienten i större grad kunde kontrollera, bekräfta eller tillrättalägga information. Säkerheten ökade också genom att sjuksköterskorna hade mer tid till patientnära arbete, var säkrare vid medicinering, hade lättare för att prioritera. Patientcentrering blev tydligare genom att patient kände sig mer delaktiga i sin omvårdnadsplan. Den ökade också på så sätt att sjuksköterskan fick ett ansikte till informationen som ges under rapporten, jobbade bättre i team samt hade mer tid till patientnära arbete. Problem som tas upp gäller sekretessen som anses äventyras i och med att överrapporteringen sker vid patientens säng då många patienter befinner sig på ett flerbäddsrum.[37,38,39,34,40,41] Många olika brukade stilar syns i granskat material innan interventionerna. Inom en organisation förekommer nio olika stilar för överrapportering.[37] Det förekommer även benämningar som retrospektiv och prospektiv, då retrospektiv är en tillbakablickande, uppgiftsorienterad rapport och prospektiv är en framåtblickande, patientcentrerad rapport, båda rapporterna är dock verbala.[35]

STRUKTUR FÖR ÖVERRAPPORTERING

Vidare görs skillnad mellan stil och struktur för verbal rapport. Den strukturerade kommunikationsmodellen SBAR omnämns i granskade artiklar och då i kombination med

olika stilar eller för sig självt enbart som struktur.[41,32] Med utgångspunkt från en avvikelse görs en studie med avsikt att utvärdera effekterna för patientsäkerheten efter införandet av SBAR. Utfall som studeras är patientsäkerhet, säkerhetsklimat och kommunikation sjuksköterskor emellan. I studien framkommer att patienter upplever ett ökat patientsäkerhetsklimat efter interventionen. Utvärderingen visar därutöver signifikant förbättring i personalens åsikt om hur mycket organisationen arbetar för patientsäkerhet.[32]

I flera artiklar tas nya checklistor fram, gemensamt är att de strävar mot struktur. Checklistor rekommenderas av The Joint Commission för att öka patientsäkerheten. Ett hjälpmedel för strukturerad rapport tas fram i USA 2011 kallad, PATIENT. Detta hjälpmedel är direkt riktat till narkossjuksköterskor.[44] En annan checklista, också den från USA, har som mål att den skall vara omfattande men endast ta 30-sekunder att genomföra.[43] Införandet av en ny checklista ses även i en studie från Israel 2008[31], där checklistan tas fram för att förbättra kommunikation under överrapporteringen. Studien utgår från en avvikelse där en miss under överrapporteringen lett till en vårdskada. I studien observeras rapporteringarna i syfte att finna luckor och brister i den verbala kommunikationen och informationen. Resultatet ligger sedan till grund för en ny checklista som testas genom simulerad träning på överrapportering. Interventionen inför även checklistan i praktiken, mätningar görs före och efter gällande patientsäkerhetsfaktorer. Signifikanta skillnader till det bättre framträder i hur frekvent patientens namn, ålder, sjukdomshistoria, aktuella och framtida medicinering, laboratorieresultat, vätskebalans och aktuella ordinationer nämns, med andra ord att adekvat informations delas i större utsträckning än före interventionen. En slutsats som dras är att avvikelser kan läras av och utnyttjas för höjd patientsäkerhet genom simulerad träning och efterföljande intervention inför framtida praktik.[31] Studenter får i USA pröva en checklista som skall genomföras på trettio sekunder men ändå vara omfattande. Studien håller låg evidens men intressanta resultat framkommer och går i linje med andra studiers resultat. Checklistan är ett strukturkomplement till sjuksköterskornas överrapportering för att på ytterligare en nivå säkra patienten. Verktöget "30-sekunder, huvud-till-tå" utformas genom att sammanställa vanliga misstag av sjuksköterskor inom barnmedicin samt efter rekommendationer och praxis för hur omvårdnaden ska se ut. Under fyra terminer genomför studenter checklistan på 352 barn och i en tredjedel av fallen hittas fel. Barnen saknar i nära fyra av tio fall id-band och 14 procent saknar en lista för akut medicinering. Alla upptäckta fel korrigeras inom en halvtimme.[43] Den andra checklistan från USA är riktad till narkossjuksköterskor. Här

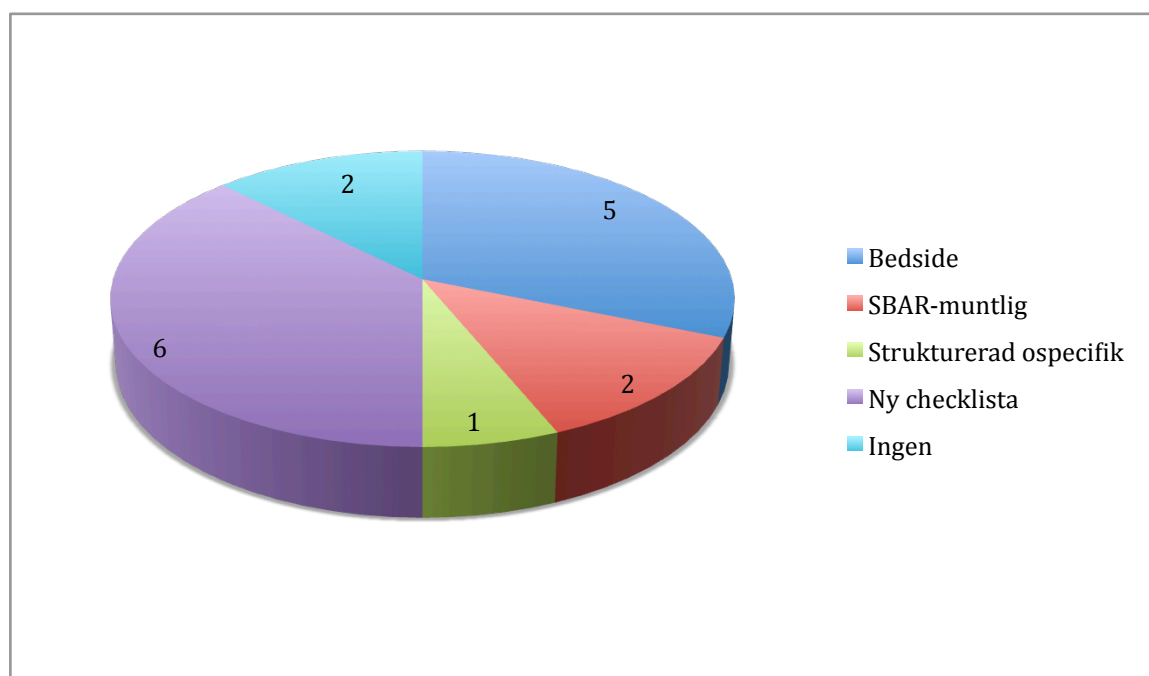
efterfrågas sjuksköterskornas informationsbehov. Behoven sammanställs och resulterar i en checklista som skall omfatta det som behövs för att sjuksköterskorna skall kunna garantera patienten säker vård. Checklistan är ett litet, laminerat dokument som skall finnas i alla sjuksköterskors fickor. Efter utformningen av checklistan prövas den i praktiken. Drygt hälften använder dokumentet ofta och alla tillfrågade anser att listan är ett effektivare sätt att förmedla kommunikation än tidigare arbetsätt. Det framkommer också att 77 procent av sjuksköterskorna tror att patientsäkerheten kommer öka med det nya verktyget.[44] I material där en struktur införs och/eller utvärderas framkommer resultat av stor variation. Alla föredrar i slutsatsen struktur jämfört med ickestruktur. Gemensamt för merparten av studierna av denna art, förutom en ökad patientsäkerhet, är en vinning i för överrapportering minskad tidsåtgång, ökad effektivitet i fråga om korrekt kommunicerad information.[42, 43,44]

STIL OCH STRUKTUR SAMTIDIGT

I dessa artiklar förekommer både stil och struktur. En undersökning från Taiwan 2013 där en mobil checklista i form av ett dataprogram prövas. Förhoppningen är att programmet skall förbättra kommunikationen men även dokumentationen för sjuksköterskors överrapporteringar. En mobil dator förflyttas till patientens säng där en bedside rapport äger rum, sjukhuset använder sig redan tidigare av bedside rapporter. Förhoppningen är att programmet skall göra patientinformationen uppdaterad och korrekt, så även dokumentationen. Undersökningen görs genom att jämföra före och efter införandet. Sjuksköterskorna får ja/nej frågor och signifikans syns i tre av tjugofem parametrar. Smärtbedömning görs i större utsträckning och korrekta förkortningar ses oftare efter införandet av den nya strukturen. Under punkten, dokumentera uppdateringar kring patientens tillstånd, syns en försämring efter införandet. Ingen signifikans ses i de andra tjugotvå punkterna som mäts.[45] I motsats till ovan framkommet resultat visar resultaten från en annan studie som också den inför en kombination av stil och struktur något mer framträdande resultat. I Australien 2010 utförs observationer och intervjuer på två sjukhus med syftet att analysera bedside överlämnings struktur, process och utfall. Ett av sjukhusen har arbetat med bedside rapportering under ett år och det andra sjukhuset har nyss övergått till användandet av bedside. Observationerna görs utifrån tre parametrar; struktur enligt SBAR, tid för överlämningen samt om patienten är delaktig under överrapporteringen. Ett av sjukhusen arbetar efter SBAR och resultatet visar att strukturen används vid drygt hälften av rapporterna. Patientdeltagande observeras på samma sjukhus vid 32 procent av rapporttillfällena medan det på det andra sjukhuset ses vara 57 procent. Intervjuerna visar att sjuksköterskor tror att bedside

överrapportering förbättrar noggrannheten och att patientcentrerad vård främjas.[41] Ytterligare en modell för struktur testas i en intervention i Taiwan. Strukturen är tidigare framtagen av en forskningsenhet i Australien och är rekommenderad, men förkortad i undersökningen. I studien från 2012 undersöks om kvaliteten på muntliga överrapporteringar kan förbättras. Störst signifikans ses i förekomst av omvårdnadsplan och mål, som ökar från att ha förekommit vid mindre än hälften av rapporterna till att förekomma vid samtliga rapporter. En annan förändring är att tiden för rapportering sjunker från en timme till 15-20 minuter, vilket ger sjuksköterskor mer tid till patientnära arbete.[42] Variationer ses i resultaten från de artiklar som gör förändringar av både stil och struktur. I brist på fört resonemang kring skillnaden på stil/struktur framgår det inte om förändringarna kan härledas till stil eller struktur. Sekundärt blir att den verkliga orsaken till resultaten förblir oklar, eftersom det hela rör sig om en kombination. För att åskådliggöra ytterligare visas de olika stilarna som införs i diagram nedan (diagram 2). Värdena i diagrammet motsvarar antal artiklar. En del studier inför både och, dels en modell och dels en struktur, flera studier inför något av det ena eller det andra och några få studier inför ingen förändring.

DIAGRAM 2 – INFÖRD STRUKTUR ELLER/OCH STIL



DISKUSSION

METODDISKUSSION

Val av metod

Metoden litteraturöversikt stämmer väl överens med syftet. Fribergs trestegsmetod fungerar som arbetssätt och följden upplevs som logisk och användbar. Formuleringen av syftet påverkar valet av metod genom att det är en undersökande undran, till skillnad från en hypotes. Avsaknaden av hypotes föranleder en metod som tillåter jämförande. En litteraturöversikt tillåter jämförelse, samtidigt som det övergripande perspektivet behålls.[24,25]

Urval

Sökresultat efter systematiska översiktsartiklar där endast ett protokoll för en tänkt sådan i ämnet hittas via Cochrane och ingen på SBU, är ur informationssynpunkt torftigt. Å andra sidan indikerar resultatet att valt ämne kräver mer forskning.[28] Det faktum att relativt få studier gjorts och ännu färre finns tillgängliga utan kostnad i fulltext leder till en mer generös inställning till acceptandet av artikeltyp, för att på så vis komma över ett tillräckligt underlag. Med andra ord görs avkall på graden av kvantitet för att erhålla vinster i graden av applicerbarhet och generaliserbarhet, som i sin tur positivt påverkar litteraturöversiktens validitet och reliabilitet.[25] Exklusionskriteriet om överskriftnings via läsandet i elektronisk patientjournal görs eftersom den fysiska interaktionen mellan sändare och mottagare saknas. Uteblir interaktionen i det faktiska fysiska mötet, så uteblir möjligheten till gemensam reflektion, eller uttryckt annorlunda: Ingen information är given om den inte är förstådd, där en försäkran om förståelse görs via dialog.[5] Av skäl som dessa exkluderas artiklar som inte fokuserar på verbal kommunikation med muntlig tyngdpunkt, vilket leder till en högre validitet eftersom det som jämförs motsvarar syftet.[27,28]

Antalet synonymer för verbal överskriftnings är slående, där svenskan erbjuder ett fåtal men engelskan desto fler, några är; verbal handover, handoff, shift handover, shift report, intershift report, spoken, patient care handover, transfer of accountability och så vidare. Svårigheten som den språkliga mångfalden leder till är risken för missad information och därmed ett begränsat urval, vilket i sin tur negativt påverkar litteraturöversiktens reliabilitet. Genom breda initiala sökningar minimeras risken för begränsningen. Ytterligare en aspekt är variationen på ursprungsland. Å ena sidan är ett brett utbud av representerade länder en fördel då

generaliserbarheten ökar. Å andra sidan försvåras överförbarheten då bristande förförståelse för skillnader i vårdssystem världen över finns.[24, 27] En begränsning framträder som orsakas av både språkförståelse och annorlunda vårdssystem vid tydandet av en mening som lyder: “Nurse to nurse shift report allows me to perform shift change medication reconciliation.” För att förståelse ska nås används hjälpmedel för översättning och engelskspråkig bekant, vidare tillfrågas engelskalärare och slutligen en docent inom medicin. Meningen blir ändå inte fullständigt begriplig, vilket härleds till ett annorlunda vårdssystem och begränsningar i språkkunskaper.

Analys

Analysarbetet utförs övervägande gemensamt med övertygelsen om att en dialog öppnar för nya infallsvinklar. Erfarenhetsbaserade, förutfattade meningar kan riskera att färga glaset på de bågar som bärs och en uppfattning om sakers tillstånd kan omedvetet påverka ett resultat. För att undvika en sådan förvrängning används objektiva mätinstrument för granskning.[24, 25, 28] Av samma anledning följs rekommendationer om tillvägagångssätt i utförandet av en litteraturöversikt.[25] Det aktuella områdets natur gör det svårt att utföra klassiskt kvantitativa studier i form av randomiserade, kontrollerade, dubbelblindade studier. Materialets kvantitet har bestått i ett jämförande och får generellt sett låga totalpoäng i tabellen för granskning av kvalitetskriterier (tabell 2).[26] Trestegsmodellen rekommenderar en jämförelse[25] som inte kan göras fullständigt men till viss del, beroende på att en överrapporteringsstil inte nödvändigtvis innebär en viss struktur. En rapporteringsstil som benämns likadant och används vid två olika enheter kan vid den ena vara strukturerad och vid den andra vara ostrukturerad. Reflektionen är av vikt då överrapporteringsstilar och överrapporteringsstrukturer inte adekvat kan jämföras. Om jämförelsen görs kommer den att ha låg validitet och ännu lägre reliabilitet, eftersom det då blir otydligt vad som egentligen mäts och än mer opålitligt avseende utförandet av mätningen. En jämförelse kan därför sänka kvaliteten på litteraturöversikten[26] och det är därför viktigt att diskutera reliabilitet och validitet samt föra ett resonemang kring om hur saker mäts och om rätt saker mäts. Den mest förekommande studiedesignen i granskat material är varianter av jämförelse före och efter en intervention. Ofta införs något för en önskad förbättring, varför problemet blir att jämförelsen görs mellan det gamla sättet och det nya sättet. Vad som uteblir är en jämförelse mellan olika nya sätt. En studie som jämför flera nya stilar och strukturer med varandra skulle svara bättre på syftet för litteraturstudien men har inte hittats.

Etisk reflektion

Det är lockande att dra slutsatser av vad som framkommer i materialet och än mer lockande att göra generaliseringar baserade på dem. En generalisering av slutsatser som dras är inte förenligt med god forskningssed eller god etik då materialet för underlag är alltför begränsat. Hjälpmiddel i form av struktur och guidning för genomförandet ger stor hjälp i analyserandet av materialet, då strukturen möjliggör ett upprätthållande av en god forskningssed. Trestegsmetoden fyller en funktion i vägledning, samtidigt som upplevelsen av strukturen är en i ord konkretiserad tankeprocess i naturlig följd. Modellen i kombination med studiedesignen och valt ämne ger förutsättningar för tillgodogörandet av teoretisk och evidensgrundad kunskap för framtida praktiskt genomförande.[9,16]

RESULTATDISKUSSION

Enligt Fribergs trestegsmetod analyseras likheter och skillnader som framkommer i materialet beträffande påträffade resultat.[25]

Patientsäkerhet

En upptäckt är att SBAR är en ovanlig struktur i materialet. Som tidigare nämnts är bedside och nya checklistor de mest förekommande förändringar som införs. Den intervention som inför SBAR och utvärderar patientsäkerheten efter förändringen kommer liksom tidigare forskning fram till att både patienterna och sjuksköterskorna upplever en ökad säkerhet. Ytterligare en aspekt är att strukturerad rapport påverkar läkemedelshantering till det bättre. Det är motsägelsefullt att forskningsresurser och ansatser läggs på skapandet av sådant som redan finns, så som rekommendationer på vilket kommunikationsverktyg som bör användas, hur det bör användas och vad för information det bör innefatta samt på vilket sätt det bör anpassas till aktuell verksamhet.[4,8,12,38] Socialstyrelsen föreslår användandet av SBAR som en kommunikationsmodell för överrapportering för att göra kommunikationen mer säker.[4,12] WHO tar också upp SBAR som ett verktyg att rekommendera för en patientsäkrare modell vid informationsöverföring.[8] Funderingar görs kring varför inte ett tydligare krav uttalas för förändring till en gemensam struktur, trots att evidens finns för vinsten med en strukturerad överrapportering och evidensbaserad vård skall råda.[9] En komplikation och samtidigt en möjlig förklaring kan vara en tröghet inom organisationer när det gäller införandet av nytt,

oavsett existerande evidens för det nyas överlägsenhet. Fyndet rimmar väl med påståenden från SBU rörande attityder kring nya rutiner där införandet beskrivs som utmanande[20]. Kulturer och strukturer inverkar på genomförandet av förändringar i sjuksköterskans arbetssätt[46]. Värt att överföra till framtida yrkesliv kan vara insikten att utmaningen existerar och se det som en utmaning och inte en omöjlighet. Insikten ger en förförståelse men ytterligare kunskap behövs för att skapa optimala förutsättningar för ett lyckat och hållbart förbättringsarbete.[9]

Personcentrerad vård - delaktighet

Vinster i delaktighet uppenbarar sig då bedside rapport används genom att patienten har möjlighet att rätta till felaktig information, vet vem som är ansvarig sjuksköterska och blir inkluderad i sin omvårdnadsplan. Detta kan öka patientens känsla av att vara delaktig i sin vård.[11] Bedside överrapportering kan öka förutsättningarna för sjuksköterskan att nå målet patientdelaktighet, eller partnerskap. Delaktighet kan beskrivas som partnerskap, vilket är den mest centrala delen av personcentrerad vård [46] och upplevelsen av delaktighet kan ses som patientens perspektiv på personcentrerad vård. Delaktighetsbegreppet i sig innebär att vara en del av, vilket förutsätter att inte bara patienten utan också sjuksköterskan ingår i det partnerskap som delaktigheten växer ur.[11] Kärnkompetensen, personcentrerad vård, ses inte öka vid införandet av nya checklistor, användandet av SBAR-struktur eller annan ospecifik struktur. Ett observandum är att definitionen av delaktighet skiftar i studierna, exempelvis betraktas patienten som icke delaktig om bedside rapport utövas utan att patienten själv kommenterar det som sägs. Definitionen av kommunikation och delaktighet säger annorlunda och menar att delaktig i kommunikation är den som kommunicerar, alltså ses sändaren och mottagaren båda som delaktiga.[3,5] Det kan vara problematiskt om synen på kommunikation och delaktighet inte utgår från dessa kriterier. En tyst patient kan då missuppfattas som en icke delaktig patient.[2,11]

Tidigt i arbetet med litteraturöversikten reflekteras bland annat över hur en patient som benämns som "väldigt speciell" under överrapporteringen kommer att bemötas av omvårdnadspersonal. En lösning presenteras i interventionerna som undersöker införandet av bedside rapport. Den subjektiva, känslomässiga information som kan förekomma bakom stängda dörrar i personalrum tycks utebli då patienten är närvarande och sjuksköterskan får ett ansikte kopplat till given information. Närhetsfilosoferna Lögstrup och Lévinas filosoferar kring vad som händer när människor möts ansikte mot ansikte. Genom ögon- och

ansiktskontakt kommer sjuksköterskan att känna det etiska ansvar som hon/han alltid måste vara uppmärksam på och som omvårdnaden kräver. Med andra ord väcks medkänsla och ansvar då vi ser en annan människa i ögonen.[47] Sjuksköterskan får då en person, inte bara ett rumnummer eller en diagnos att ta ställning till. Hänsyn bör tas till värnande av sekretess och integritet som kan ses som giltiga anledningar till att viss information inte fördelaktigt delas på ett flerbäddsrum[46,3].

Omvårdnadsfokus

Granskat material visar att utebliven struktur ger sämre förutsättningarna för god omvårdnad. Det beskrivs att sjuksköterskor upplever förvirring angående prioritering, val av information som bör förmedlas och att detta påverkar upprättandet av och patientdelaktigheten i en omvårdnadsplan. Ur patientens perspektiv kan strukturerad verbal kommunikation mellan sjuksköterskor ta sig uttryck exempelvis i en väl förmedlad omvårdnadsplan. En omvårdnadsplans syfte är att formulera långsiktiga och kortsiktiga omvårdnads mål samt innehålla strategier för hur målen skall uppnås.[17] “En personlig hälsoplan säkerställer att vård, behandling och/eller rehabilitering genomförs så som överenskommet.” Så formuleras den del av personcentrerad vård som berör omvårdnadsplanen[46]. Flera av studierna undersöker om stil och struktur ger bättre förutsättningar för omvårdnadsplaner. Det framkommer att så är fallet - omvårdnadsplaner upprättas, delges patienter och följs i större utsträckning efter förändring av rapportering.[9] Inledningsvis i litteraturöversikten beskrivs upplevda känslor av förvirring och osäkerhet under deltagande i överrapporteringar. Struktur efterfrågas som en möjlighet till att ge god omvårdnad under dagen. God omvårdnad förutsätter vetskapen om aktuella prioriteringar och riktningar. Det visar sig att strukturering av överrapportering inte bara råder bot på förvirring utan även gör det lättare för sjuksköterskor att uppfylla målet upprättandet av omvårdnadsplaner[9]. Dessutom förefaller de ostrukturerade överrapporteringarna kräva mer tid än de strukturerade. Med andra ord frisätter struktur tid till mötet och samarbetet med patienter. Patienters involvering i sin egen omvårdnadsplan är ett essentiellt inslag i patientcentrerad vård och det visar sig att involveringen resulterar i faktiska och mätbara positiva hälsoeffekter.[48]

SLUTSATS

Litteraturöversikten inleds med en beskriven upplevelse; en observation av en mängd förekommande varianter för överrapportering. Upplevelsen av att subjektiv och objektiv information blandas under överrapporteringar föder etiska tvivel. Frågan formuleras om huruvida iakttagelsen är slumpmässig. Slutsatsen är att upplevelsen *är* representativ i granskat material, men en överraskande trend syns. Övergången till rapporteringsstilen bedside är tydlig i detta knappa material. Stilen bedside understödjer flera av de förväntningar som finns på sjuksköterskan; patientcentrering, patientsäkerhet och delaktighet. Bedside-stil plus SBAR-struktur förefaller vara den mest givande lösningen då kombinationen dels ger förutsättningar för patientcentrerad vård genom bedside och dels ger förutsättningar för patientsäker vård genom strukturen SBAR.

Olika rapportvarianters inverkan på omvårdnad ur ett patientperspektiv ger konsekvenser. Den variant på rapport som råder kommer att påverka patienten på olika sätt. Oavsett brukad stil, försvårar en ostrukturerad rapport uppfyllandet av sjuksköterskans förväntade kärnkompetenser; säker och evidensbaserad vård. Ett konkret exempel är patientens personliga hälsoplan, även kallad omvårdnadsplan, som genomförs och delges i större utsträckning när då strukturerad överrapportering praktiseras. Avsaknaden av struktur verkar även ge plats för subjektiva, känslobaserade bedömningar av patienter, vilket får ses som etiskt ohållbart. En efterhärming av rådande praxis är det vanligast förekommande sättet för inläring av överrapportering vilket betyder att nyutexaminerade sjuksköterskor för rådande metod vidare. Det kan ha att göra med ett otillräckligt fokus på kollegial verbal kommunikation under utbildningen, vilket beskrivs som normativt för omvårdnadsutbildningar[23].

Komponenter som möjliggör respektive försvårar införandet av rekommenderad, strukturerad överrapportering anas ur granskat material men fokuseras inte på. Området kräver ytterligare forskning, i avseende att finna optimala lösningar för införandet av nya rutiner i stora organisationer så som hälso- och sjukvårdsverksamheter ofta är. I övrigt ses ett stort behov av forskning som jämför olika stilar och strukturer för verbal kommunikation med varandra. Som tidigare nämnt är övervägande många studier jämförande mellan ingen struktur och införd struktur.

KLINISK IMPLIKATION

En erhållen ökad kunskap om verbal kommunikation och dess effekter tas med in i framtida yrkestillvaro. Kunskapen består i att en strukturerad och personcentrerad överrapportering ger fördelar i omvårdnadsarbetet, jämfört med en ostrukturerad. Härigenom hittas balansen i tidigare beskriven balansgång. Vidare framkommer ett möjligt behov hos yrkesverksamma sjuksköterskor som tros bestå i möjligheten att prata om känslor och upplevelser relaterade till yrkets vardag med patientmöten och etiska dilemman. Under sjuksköterskeutbildningens senare hälft har processorienterad handledning funnits med som en obligatorisk del. Handledningen har fungerat som en plats och en ventil för känslor som uppkommer i samband med upplevelser under praktikperioder som lett till etiska dilemman eller inre motstridigheter och som är svåra att bära på utan att dela med någon. Kanske skulle handledningsformen fungera och behövas även i praktiken, då mötet med människor förmodligen fortsätter att beröra även när yrkeslegitimationen finns.

REFERENSER

1. Nationalencyklopedin. *Kommunikation*. [websida] 2013. [läst: 2013-08-21] Tillgänglig: <http://www.ne.se/sok?q=kommunikation>.
2. SKL. Sveriges kommuner och landsting. [websida] *Råd för bättre kommunikation*. [läst:2013-09-20] Tillgänglig: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/publikationer/rad-for-battre-kommunikation
3. Eide T, Eide H. *Kommunikation i praktiken - relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Liber AB. 2006
4. Socialstyrelsen.[websida] *Informationsöverföring och kommunikation*. [läst: 2013-09-08] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>
5. Solet D J, Norvell J M, Rutan G H, et al. *Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs*. Acad Med. 2005;80:1094-1099
6. Riesenbergs LA, Leitzsch J, Cunningham JM. *Nursing handoffs: A systematic review of the literature*. The American journal of nursing. 2010;110(4):24.
7. Smeulers M, van Tellingen I C, Lucas C, Vermeulen H. *Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients*. The Cochrane Collaboration. Juli 2012
8. WHO - World Health Organization. [websida] *Communication During Patient Hand-Overs*. 2007. [läst: 2013-08-30] Tillgänglig: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>.
9. Socialstyrelsen. [websida] *Kompetensbeskrivning för SSK*. 2005. [läst: 2013-08-20] Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
10. Winman T, Rystedt H. *Från patientjournaler till digitala informationssystem*. Ehrenberg A, Wallin L (red). Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling. Studentlitteratur. Malmö: 2013
11. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T. *Patients' perspectives of bedside nursing handover*. Collegian (Royal College of Nursing, Australia). 2011;18(1):19-26.
12. Socialstyrelsen.[websida] *Verktyg för säker kommunikation*. [läst: 2013-09-08] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera>
13. Clark E, Squire S, Heyme A, Mickle M E, Petrie E. *The PACT Project: improving communication at handover*. Medical Journal of Australia. 2009;190(11):125-7

14. Kerr D, Lu S, McKinlay L Fuller C. *Examination of current handover practice: evidence to support changing the ritual*. International Journal of Nursing Practice. 2011;17:342-50
15. Sexton A Chan C, Elliot M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. *Nursing handovers: do we really need them?* Journal of Nursing Management. 2004;12(1):37-
16. Sveriges sjuksköterskeförening. [websida] *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. [läst 2013-09-20]. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdffiler/Strategi%20f%C3%B6r%20utbildningsfr%C3%A5gor.pdf>
17. Vårdhandboken.[websida] *Personcentrerad vård*. [läst:2013-10-07]. Tillgänglig: <http://www.varldhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>
18. Institute of Medicine. [websida] *The future of Nursing, Leading Change, Advancing Health*. 2010. [läst:2013-08-22] Tillgänglig: <http://www.iom.edu/Reports/2010/The-Future-of-Nursing-Leading-Change-Advancing-Health.aspx>
19. SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Rättsnätet. Notisum 2004
20. SBU - Kunskapscentrum för hälso- och sjukvård.[websida] *Evidensbaserad vård*. [läst:2013-10-07]. Tillgänglig: <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/Vad-innebar-evidensbaserad-varld/>
21. Vårdförbundet. [websida] *Vårdskador län för län*. [läst:2013-08-30] Tillgänglig: <https://www.varldforbundet.se/Agenda/Aktuellt/Vardskador-lan-for-lan/>
22. SKL. Sveriges kommuner och landsting. [websida] *Patientsäkerhet*. [läst: 2013-09-20] Tillgänglig: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet
23. Van Eaton E. *Handoff improvement: we need to understand what we are trying to fix*. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2010;36(2):51
24. Segesten K. *Att välja ämne och modell för sitt examensarbete*. Friberg F (red). Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Studentlitteratur AB. Lund: 2012
25. Friberg F. *Att göra en litteraturöversikt*. Friberg F (red). Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Studentlitteratur AB. Lund: 2012
26. Elden H. Universitetslektor, Medicine doktor, Leg. Barnmorska, Akupunktör. Kommunikationstillfälle. *Litteraturbaserade examensarbeten på grundnivå*. 2013-01-16. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Sahlgrenska Akademien.
27. Östlundh L. *Informationssökning*. Friberg F (red). Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Studentlitteratur AB. Lund: 2012

28. Kommunikationstillfälle. *UB - informationssökning*. 2013-08-30. Biomedicinska biblioteket. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Sahlgrenska Akademien.
29. Tabell för kvalitetsgranskning. Capeda M-S., Carr D-B., Lau J., Alvarez H. *Music for pain relief*. Additional tables: Quality of studies that met inclusion criteria. The Cochrane Collaboration Library. 2009. Issue 4.
30. Gustafsson B. Hermerén G. Petersson B. *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Vetenskapsrådet. Stockholm: 2005
31. Berkenstadt H. Haviv Y, Tuval A, Shemesh Y, Megrill A, Perry A, Rubin O, Ziv A. *Improving handoff communications in critical care: Utilizing simulation-based training toward process improvement in managing patient risk*. Chest. 2008;134(1):158-62
32. Beckett CD, Kipnis G. *Collaborative communication: Integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes*. Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality. 2009;31(5):19
33. Effken JA, Carley KM, Gephart S, Verran JA, Bianchi D, Reminga J, et al. *Using ORA to explore the relationship of nursing unit communication to patient safety and quality outcomes*. International Journal of Medical Informatics. 2011;80(7):507-17.
34. Maxson PM, Derby KM, Wroblewski DM, Foss DM. *Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety*. Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses. 2012;21(3):140
35. Dowding D. *Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability*. Journal of Advanced Nursing 2001;33(6):836-46
36. Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J, Randell W, Hussain Z, Muir H, et al. *Clinical handover incident reporting in one UK general hospital*. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua. 2010;22(5):396-401
37. Alvarado K, Lee R, Christoffersen E, Fram N, Boblin S, Poole N, Jucas J, Forsyth S. *Transfer of Accountability: Transforming Shift Handover to Enhance Patient Safety*. Healthcare Quarterly. 2006;Vol.9:75-79
38. The Joint Commission. [websida] *National public safety goals*. 2012. [läst:2013-09-20] Tillgänglig: <http://www.jointcommission.org/standards-information/npsgs.aspx>
39. Laws D, Amato S. *Incorporating bedside reporting into change-of-shift report*. Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses. 2010;35(2):70.
40. Bradley S, Mott S. *Handover: Faster and safer?* Australian Journal of Advanced Nursing (Online). 2012;30(1):23.

41. Chaboyer W, McMurray A, Wallis M. *Bedside nursing handover: A case study*. International journal of nursing practice. 2010;16(1):27-34
42. Kasinathan S, Ang E, Lee J. *Patient handover in the oncology setting: An evidence utilisation project*. International Journal of Evidence-Based Healthcare. 2012;10(4):369-76
43. Popovich D. *30-second head-to-toe tool in pediatric nursing: Cultivating safety in handoff communication*. Pediatric nursing. 2011;37(2):55
44. Wright SM. *Examining transfer of care processes in nurse anesthesia practice: Introducing the PATIENT protocol*. AANA journal. 2013;81(3):225
45. Wu M W, Lee T T, Tsai T C, Lin, K C, Huang C Y, Mills M E. *Evaluation of a mobile shift report system on nursing documentation quality*. Comput Inform Nurs. 2013 Feb;31(2):85-93
46. Göteborgs Universitet. Centrum för personcentrerad vård. *Personcentrerad vård*. GPCC. Göteborg: 2013.
47. Birkler J. *Närhetsetik*. Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn. Liber AB. Stockholm: 2007
48. Ekman I, Wolf A, Olsson L-O, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, Swedberg K. *Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure - the PCC-HF study*. European Heart Journal. 2011;32:2395-2404

BILAGA 1 – ARTIKELÖVERSIKT

Titel och kvalitet	Författare och tidskrift	Land och år	Syfte och metod samt resultat
<p><i>Improving handoff communications in critical care: Utilizing simulation-based training toward process improvement in managing patient risk.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 3 poäng.</i></p>	Berkenstadt H, Haviv Y, Tuval A, Shemesh Y, Megrill A, Perry A, Rubin O, Ziv A. <i>Chest.</i>	Israel 2008	Syftet var att upptäcka brister i sjuksköterskors överrapportering för att sedan åtgärda bristerna medelst simulerad träning. Metoden var uppdelad i en tidig observationsdel som föranledde en simulerad träning och som i sin tur applicerades i praktiken där ytterligare en observation gjordes åtta veckor senare. Metoden var både kvalitativ och kvantitativ och resultatet av studien var att sjuksköterskorna efter interventionen i större utsträckning överrapporterade patienters namn och planer för vård och slutsatsen som drogs i studien var att simulerad träning med fördel kan användas för att träna på bristfälliga situationer hämtade ur verkligheten för att sedan kunna applicera de nya kunskaperna i praktiken.
<p><i>Collaborative communication: Integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 2 poäng.</i></p>	Beckett CD, Kipnis G. <i>Journal for Healthcare Quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality.</i>	USA 2009	Syftet var att utvärdera effekterna av införandet av SBAR, bland annat med avseende på kommunikation mellan sjuksköterskor och inverkan på patientsäkerhet. En mix av kvantitativ och kvalitativ metod förekommer där data insamlas och analyseras samt berättelser beskrivs. Jämförelse mellan före och efter intervention resulterar i att sjuksköterskor efter interventionen arbetar mer fokuserat för patientsäkerhetsfrågor och samarbetar bättre. Den slutsats som dras är att nya rutiner är värdefulla men svåra att införa.
<p><i>Using ORA to explore the relationship of nursing unit communication to patient safety and quality outcomes.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 4 poäng.</i></p>	Effken JA, Carley KM, Gephart S, Verran JA, Bianchi D, Reminga J, et al. <i>International Journal of Medical Informatics.</i>	USA 2011	Syftet var att undersöka korrelationen mellan kommunikationsstil och patientinverkan. Metoden var kvantitativ genom insamling av data till mätinstrumentet *ORA som som visar sociala mönster och utkomster av dem. Dessutom svarade både personal och patienter på frågeformulär för datainsamling. Resultatet av studien visar på överraskande samband mellan exempelvis starka relationer mellan personal påverkade mängden fallolyckor bland patienterna. Vidare dras slutsatsen att kommunikationsstilar och nätverkstyper påverkar resultaten för patientsäkerhet, men det som hjälper det ena verkar kunna stjälpa det andra.
<p><i>Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety.</i></p>	Maxson PM, Derby KM, Wroblewski DM, Foss DM. <i>Medsurg Nursing: official journal of the</i>	USA 2012	Syftet med studien var att undersöka om patienter upplevde större tillfredsställelse med sin omvårdnadsplan efter övergången till bedside report och om

<p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 3 poäng.</i></p>	<p><i>Academy of Medical-Surgical Nurses.</i></p>		<p>omvårdnadspersonalen tyckte att kommunikationen förbättrades. Metoden var kvantitativ och kvalitativ. Mätningar gjordes före och efter införandet utifrån självskattning. Intervjuer av omvårdnadspersonalen genomfördes före och efter införandet och resultatet blev att patienter upplevde större tillfredsställelse med sin omvårdnadsplan med användandet av bedside vid rapport, bland annat i form av ökad upplevelse av delaktighet.</p>
<p><i>Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 4 poäng.</i></p>	<p><i>Dowding D. Journal of Advanced Nursing.</i></p>	<p>Storbritannien 2001</p>	<p>Syftet var att undersöka i fall stil och struktur för överrapportering påverkar sjuksköterskans förmåga att ta till sig nödvändig information samt planera omvårdnadsplan. Metoden är explorativ med simulerade överrapporteringstillfällen som ligger till grund för kvantitativ datainsamling. Resultatet är stora övergripande brister i hur stor del av informationen som korrekt fångas upp under rapporten, där slutsatsen blir ett ifrågasättande av användandet av muntlig rapport under överrapporteringar.</p>
<p><i>Clinical handover incident reporting in one UK general hospital.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 4 poäng.</i></p>	<p><i>Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J, Randell W, Hussain Z, Muir H, et al. International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua.</i></p>	<p>Storbritannien 2010</p>	<p>Syftet var att överblicka överrapporteringens inverkan på incidenter och patientsäkerhet. Insamling av data under tre års tid från sjukhusets avvikelserapporteringsprogram används för att undersöka sambandet mellan överrapporteringar och avvikelser, en retrospektiv kvantitativ metod användes. Resultatet av studien är en ökning av rapporterade avvikelser under de tre år som mätningarna gjordes, samt att de flesta avvikelserapporterna handlade om bristande eller ingen rapport. Det visar sig också i resultatet att allvarlighetsgraden på de incidenter som rapporterats var relativt låg. Slutsatsen diskuterar det möjliga mörkertalet i mängden rapporterade avvikelser.</p>
<p><i>Transfer of Accountability: Transforming Shift Handover to Enhance Patient Safety.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 2 poäng.</i></p>	<p><i>Alvarado K, Lee R, Christoffersen E, Fram N, Boblin S, Poole N, Jucas J, Forsyth S. Healthcare Quarterly.</i></p>	<p>Canada 2006</p>	<p>Syftet var att införa standardiserad bedside överrapportering för att förbättra patientsäkerheten. Studien är en interventionsstudie där både kvantitativa och kvalitativa metoder ingår. Resultatet är att en standardiserad överrapportering i form av bedside plus verksamhetspecifik checklista ökar patientsäkerheten jämfört med regimen som praktiserades före interventionen med spridda stilar och strukturer för överrapportering.</p>

<p><i>Incorporating bedside reporting into change-of-shift report.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 2 poäng.</i></p>	<p>Laws D, Amato S. <i>Rehabilitation Nursing: the Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses.</i></p>	<p>USA 2010</p>	<p>Syftet var att diskutera hur en strokerehabiliteringsavdelning införde bedside överrapportering mellan skift för att uppnå målen inom patientsäkerhet och patientdelaktighet. En kvantitativ ansats i jämförandet av sjuksköterskors syn på aspekter av bedside överrapportering före och efter intervention användes. Studien resulterar i en ökad delaktighet för patienter samt en diskussion kring sekretessfrågor i samband med bedside rapporter.</p>
<p><i>Handover: Faster and safer?</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 4 poäng.</i></p>	<p>Bradley S, Mott S. <i>Australian Journal of Advanced Nursing (Online).</i></p>	<p>Australien 2012</p>	<p>Syftet var att införa bedside överrapportering mellan skift på tre sjukhus där fokus låg på tidsåtgången för överrapporteringen. En mix-metod användes där kvalitativa och kvantitativa delar jämfördes före och efter interventionen. Exempelvis intervjuades sjuksköterskor och mättes tidsåtgång för rapport. Studiens resultat är att bedside överrapportering tar mindre tid jämfört med innan interventionen då annan stil användes, samt att bedside dessutom ökar patientsäkerheten genom att som överrapporteringsstil resultera i färre anmälda insidenter.</p>
<p><i>Bedside nursing handover: A case study.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 3 poäng.</i></p>	<p>Chaboyer W, McMurray A, Wallis M. <i>International Journal of Nursing Practice.</i></p>	<p>Australien 2010</p>	<p>Syftet var att analysera bedside överlämnings struktur, process och utfall. Observationer gjordes utifrån tre parametrar, struktur enligt SBAR, tidsåtgång för rapporten samt patientens delaktighet i rapporten. Metoden var en fallstudie med kvantitativa delar, intervjuer med sjuksköterskorna. Intervjuerna visar att sjuksköterskorna tror att patientsäkerheten kommer att öka efter förändringen och att de upplever förändringen av rapporten som positiv. Mätningarna visar att SBAR används vid 50% av rapporterna. Patientdeltagandet ökar markant efter förändringen av rapporten.</p>
<p><i>Patient handover in the oncology setting: An evidence utilisation project.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 3 poäng.</i></p>	<p>Kasinathan S, Ang E, Lee J. <i>International Journal of Evidence-Based Healthcare.</i></p>	<p>Taiwan 2012</p>	<p>Syftet var att undersöka om kvaliteteten på överrapporteringen kunde förbättras. En rekommenderad checklista användes. Mätningar av fyra områden sker före och efter införandet av den nya strukturen. Parametrarna undersöker deltagandet i patientens omvårdnadsplan och tidsåtgång. Resultatet av interventionen visar att patientdeltagande ökar och att tidsåtgången för rapporten minskar från 60 minuter till 15-20 minuter.</p>
<p><i>30-second head-to-toe tool in pediatric</i></p>	<p>Popovich D. <i>Pediatric Nursing.</i></p>	<p>USA 2011</p>	<p>Syftet var att upptäcka vanliga misstag inom barnmedicin. En ckecklista tas fram</p>

<p><i>nursing: Cultivating safety in handoff communication.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 1 poäng.</i></p>			<p>som komplement till sjuksköterskornas överrapportering. Checklisten som kallas "huvud till tå" skall omfatta hela patienten men ta trettion sekunder att genomföra. Studien utfördes på ett sjukhus i USA. Studenter utförde under fyra terminer checklistorna på en avdelning för barnmedicin. I en tredjedel av de 352 undersökta patienterna hittades fel. Exempel på misstag var avsaknad av id-band, felet kunde korrigeras inom en halvtimme och slutsatsen som drogs av studien var att struktur ökar patientsäkerheten genom att vara ett verktyg för att upptäcka misstag.</p>
<p><i>Examining transfer of care processes in nurse anesthesia practice: Introducing the PATIENT protocol.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 3 poäng.</i></p>	<p>Wright SM. <i>AANA Journal.</i></p>	<p>USA 2013</p>	<p>Syftet var att hitta en gemensam struktur för narkossjuksköterskor för att förbättra kommunikationen. Metoden var att först sammanställa en checklista efter framkommet behov, producer en checklista, undersöka om listan användes och om sjuksköterskorna uppfattade det som att säkerheten ökade efter införandet. Checklisten PATIENT visade sig efter mätning användas av hälften av sjuksköterskorna, alla upplevde det som ett bra hjälpmedel. Så gott som alla sjuksköterskor upplevde som ett resultat att säkerheten kunde förstärkas genom användandet av checklisten PATIENT.</p>
<p><i>Evaluation of a mobile shift report system on nursing documentation quality.</i></p> <p><i>I kvalitetsgranskningen fick artikeln 4 poäng.</i></p>	<p>Wu M W, Lee T T, Tsai T C, Lin, K C, Huang C Y, Mills M E. <i>Comput Inform Nurs.</i></p>	<p>Taiwan 2013</p>	<p>Syftet var att undersöka om standardiserade överrapporteringar leder till bättre kvalitet i omvårdnadsdokumentationen. En mobil dator användes vid rapporteringen som ägde rum vid patienten. Tjugofem parametrar mättes före och efter införandet av den nya rapport struktueren. Av dessa tjugofem variabler sågs en ökning av två, förekomsten av korrekta förkortningar samt att smärtbedömning gjordes i större utsträckning efter rapportförändringen. En variabel, dokumentation av förändringar i patientens tillstånd, sjunk efter förändringen.</p>