



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskors erfarenheter av bedsiderapportering

En litteraturstudie

Linda Bohjort & Selma Vatic

2018

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom omvårdnad, 15hp

Handledare: Monique Toratti Lindgren
Examinator: Lisbeth Porskrog Kristiansen

Sammanfattning

Bakgrund

God kommunikation inom vården är väldigt viktig del av omvårdnaden. Det gäller mellan sjuksköterskan och patienten men även mellan sjuksköterskorna. Att ge rätt information till kommande kollegor har stor betydelse då det bygger upp dagens arbete. Det finns många olika sätt att rapportera på inom sjukvården. Bedsiderapportering är en av dem. Det innebär att vid skiftbyte så sker rapporteringen inne på patientsal istället för på kontoret. Detta ökar patientens säkerhet.

Syfte

Syftet är att belysa erfarenheter av bedsiderapportering ur ett sjuksköterskeperspektiv

Metod

Studien är en deskriptiv litteraturstudie och databaserna Cinahl och Medline via PubMed har använts som sökdatabaser för att få fram relevanta vetenskapliga artiklar.

Huvudresultat

Resultatet som artiklarna visade var att många sjuksköterskor var positivt inställda till bedsiderapportering. God kommunikation är grunden till det goda arbetet. Att se patienten direkt vid arbetspasset start medför till en lugnare miljö samt ökad patientdelaktighet. Patienten får vara med från start och får vara med i sin vård och ha en egen talan. Det är även lätt att upptäcka felsägningar samt att patienten har möjlighet att få ställa frågor direkt istället för att behöva vänta under dagens gång tills sjuksköterskan kommer in på rummet. Sekretess är någon som inte benämns lika mycket i artiklarna. Det är en väldigt viktig del att ta hänsyn till, speciellt om det är flera patienter som delar sal på sjukhuset.

Slutsats

Kommunikation, tid, miljö och tillit har stor betydelse i många artiklar, samt att det är dessa som en god bedsiderapportering bygger på. Genom bedsiderapportering så har kontakten mellan patient och sjuksköterskan gett en ökad tillit och patientsäkerhet.

Nyckelord: omvårdnad, sängkant, skift, rapport

Background

Good communication in healthcare is a very important part of nursing care. This applies between nurses and patients, but also between the nurses. Giving the right information to ongoing nurse is important to plan the tasks of the day. There are many different

ways to shift report. Bedside reporting is one of them. This means that in change of shifts, the reporting is done by the patient's bedside, instead of in the office with only the staff participating. This increases the patient's security.

Aims

The aim of this study is to highlight the experience of bedside reporting from a nurse perspective.

Design

This study is a descriptive literature study and the databases Cinahl and Medline via PubMed have been used to obtain relevant scientific articles.

Results

The results of the studies showed that many nurses were positive to bedside reporting. Good communication is the main reason for good work. Seeing the patient directly at the start of the shift leads to a calmer environment and increased patient participation. The patient is included from the start and may take part in his own care. Bedside report also gives the patient a opportunity to easy detect fault statements. The patient is able to ask questions directly instead of having to wait during the day until the nurse enters the room. Secrecy is something that is not mentioned as much in the articles. It is a very important part to take into account, especially if there are several patients who share a room.

Conclusion

Communication, time, environment and trust are recurrent in many articles, and these are the ones that a good bedside report is based on. Through bedside reporting, the contact between the patient and the nurse has increased confidence and patient safety.

Keywords: nursing, bedside, shift, report

Innehållsförteckning

1. Introduktion	5
1.1. Kommunikation	5
1.2. Delaktighet	5
1.3. Överrapportering	6
1.4. Traditionell rapportering	6
1.5. Bedsiderapportering	6
1.6. Klinisk blick	7
1.7. Sjuksköterskans roll	7
1.8. Patientens synvinkel av bedsiderapportering	7
1.9. Lagar och förordningar	8
1.10. Teoretisk referensram	8
1.11. Problemformulering	9
1.12. Syfte	9
1.13. Frågeställningar	9
2. Metod	10
2.1. Design	10
2.2. Sökstrategi	10
2.3. Tabell 1	10
2.4. Urvalskriterier	11
2.5. Urvalsprocess	11
2.6. Figur 1	11
2.7. Dataanalys	12
2.8. Forskningsetiska överväganden	12
3. Resultat	13
3.1. Miljön har en inverkan på bedsiderapportering	13
3.2. Bedsiderapportering sparar in tid	14
3.3. Svårigheter med sekretess	16
3.4. God kommunikation är en viktig del i rapporteringen	17
3.5. Ökad tillit vid bedsiderapportering	20
4. Diskussion	21
4.1. Huvudresultat	21
4.2. Resultatdiskussion	22

4.3. Metoddiskussion	25
4.4. Kliniska implikationer	26
4.5. Förslag till fortsatt forskning	26
4.6. Slutsats	26
5. Referenslista	27
6. Bilagor	31

1 Introduktion

1.1 Kommunikation

Kommunikation är en grundläggande social aktivitet som innefattar gemensam handling och en kontinuerlig ömsesidig påverkan på varandra. Dessutom visar människor varandra olika saker under tiden de kommunicerar; dels tankar om omvärlden och om olika sakförhållanden, men också olika känslor och attityder. Det sistnämnda innebär att kommunikation både förmedlar ett faktainnehåll och påverkar sociala relationer mellan de människor som kommunicerar (Baggers & Sanden 2014). God kommunikation förutsätter att informationsmängden är anpassad efter situationen. Patienter och närstående kan bli både över- och understimulerade. För mycket eller för lite information kan trassla till kommunikationen och förståelsen. I vanliga samtal är det ofta ett visst överflöd av information, mer än det som är nödvändigt för att mottagaren ska uppfatta innehållet. I omvårdnadsorienterad kommunikation bör informationsmängden anpassas efter syftet med kommunikationen och den andres förmåga att ta emot och bearbeta den informationen. En del blir lätt överstimulerade. Om man får för lite information på en gång, kan man missa det väsentliga och kommunikationen störs. Det är speciellt viktigt att vara uppmärksam på detta när det gäller personer som befinner sig i kris, eftersom krissituationer ofta påverkar förmågan att ta emot och bearbeta information. I en del situationer kan en patient behöva få samma information flera gånger, helt enkelt för att situationen är så krävande att det är svårt att ta till sig ny information och få den att fastna. En del patienter kan ha någon slags funktionsnedsättning som gör att deras förmåga att ta emot och lagra ny information är begränsad.

Kognitiva problem med varseblivning, koncentration och uppmärksamhet, minne och språk förekommer i varierande grad både vid medfödda och förvärrade funktionsnedsättningar, med eller utan ytterligare svårigheter som påverkar förmågan att kommunicera (Carlsson & Brämberg 2014).

1.2 Delaktighet

Studier har visat att en positiv erfarenhet av vård där patienten varit mer delaktig, resulterar i en ökad känsla av välbefinnande (Sellgren 2009). Enligt socialstyrelsen (2017) anses inte ett vårdteam vara komplett utan patienten. Strävan efter att nå ett så gott resultat som möjligt står i fokus. Det är därför viktigt att de två byggstenarna för en god

relation finns med, nämligen ömsesidig respekt och förståelse. För att få med dessa byggstenar måste vårdgivaren involvera patienten genom att lyssna uppmärksamt på patientens behov, bemöta patienten med empati och pedagogiskt förklara utifrån yrkeskunskapen.

1.3 Överrapportering

Överrapportering definieras som en process som används av sjukvårdspersonal vid rapportering av inneliggande patienter till annan personal. Detta är nödvändigt när en annan personal tar över vårdansvaret av en eller flera patienter vid skiftbyte, vid personalens rast eller vid överföring av en patient till en annan avdelning (Lim & Pajarillo 2016). Det förekommer överrapportering på många vårdavdelningar på sjukhus, upp till tre gånger per dag, och det anses vara en viktig del för kontinuitet och kvalitet på vården som ges till patienten. Utifrån dessa rapporter så lägger sjuksköterskan upp sin arbetsdag vilket anses vara en bra struktur för arbetet i vården men även ur patientsäkerhetsperspektiv. Vid överrapportering ligger data kring patienterna i fokus och vanligtvis sker detta utbytet i verbal och/eller skriftlig information. Hur rapporteringen sker kan dock variera kraftigt mellan sjuksköterska och sjukhus (Lamond 2000).

1.4 Traditionell rapportering

Det finns många olika sätt att rapportera men ett av dem är traditionell rapportering. Det innebär att rapporten sker mellan två sjuksköterskor eller flera, på kontoret där patienten inte är delaktig. Patienten och eventuella närstående är inte medvetna om vad som sägs och därmed är inte en aktiv roll i utbytet av informationen mellan sjuksköterskorna. Rapporteringar som görs på kontor har blivit kritiserade för att vara långvariga, otillräckliga, medicinskt fokuserade, oprofessionella och saknar särskild kunskap (Kerr, Sai & McKinlay 2013).

1.5 Bedsiderapportering

Bedsiderapportering är en process där sjuksköterskor utför överrapportering av skiftbyte vid patientens säng. Det är ett kommunikationsutbyte mellan den inkommande sjuksköterskan som ska påbörja sitt pass och den utgående sjuksköterskan som ska avsluta sitt pass med patientens inkludering (Sadule-Rios 2017).

1.6 Klinisk blick

För att kunna bedöma patientens omvårdnadsbehov så krävs det information om patientens hälsosituation, både från journalen men även från patientens själv för att kunna göra en korrekt bedömning. Detta kommer bli grunden för den kommande vården patienten kommer få av sjuksköterskan. Sjuksköterskan använder sig av flera olika metoder för att skapa denna kliniska blicken. Det kan vara att samtala med patienten, kroppssundersökningar samt datainsamling. Det som är viktigt att komma ihåg är att det som är nedskrivet i journalen vid ett tillfälle, behöver inte ha den tyngd som det verkar ha bara för att hen har skrivit det. Därför är det viktigt att sjuksköterskan ser patienten med egna ögon och får en egen uppfattning och därmed få en klinisk blick. Det är även viktigt att sjuksköterskan vet vad som är betydelsefullt att fokusera på i patientens vård. En egen kritisk bedömning som hjälper till att förstå patientens behov (Florin 2014, 48).

1.7 Sjuksköterskans roll

Enligt ICN:s etiska kod (2014) så ligger den legitimerade sjuksköterskans specifika kompetens på omvårdnaden. Det patientnära arbetet och vetenskapliga kunskapsområdet omfattar omvårdnad i det humanistiska människosynen. Då sjuksköterskan arbetar mycket självständigt så finns ett stort ansvar för kliniska beslut som ger möjlighet att förbättra och bibehålla hälsa hos patienter och på detta vis uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet till livets slut.

1.8 Patientens synvinkel av bedsiderapportering

Tidigare studier syftar till patientens synvinkel och hur de ser på överrapportering vid sängkanten där patienten också får närvara (McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke 2011). Studier där bedsiderapportering har implementerats visar att patienterna i första hand känner sig som en individ och i andra hand som en patient. Detta dels för att patienterna presenteras med tilltalsnamnet och inte med en siffra och för att de kände sig mer delaktiga i sin vård och de känner sig involverad på ett professionellt plan. Patienterna uppskattar att få träffa ansvarig sjuksköterska direkt från passets start och ha vetskap om vem som ska vårda dem resten av dagen, det ger en känsla av bekvämlighet (Jeffs, Beswich, Acott, Simpson, Cardoso, Campbell & Irwin 2014). De tycker även att det är positivt att veta vad sjuksköterskorna berättar vid sängen då de har chansen att tillrättavisa dem vid missförstånd. Det framkommer även att patienterna känner en trygghet i och med rapporteringen vid sängen. De uppfattar rapporteringen som seriös

och att sjuksköterskorna tar in all information och åtgärder på allvar. Dock finns det patienter som uttrycker en besvikelse över att ibland inte få delta i rapporteringen, det kan bero på att sjuksköterskorna exempelvis pratar om patienten i tredje person eller inte tillåter patienten att prata. Det framkommer även att vissa patienter finner det jobbigt att prata om privata saker när andra patienter ligger i samma rum och kan höra informationen (McMurray et al 2011).

1.9 Lagar och förordningar

Enligt Hälso och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) så ska patienten och närstående ta del av sin vård och behandling. För att få vara delaktig krävs också en viss kunskap av behandling och eventuella risker och det är därför viktigt att den tilldelas anpassat efter patientens behov. Vidare ska vården ska vara av god kvalitet och se till säkerhet, kontinuitet och trygghet efter patientens behov. Vårdpersonal ska vara lättillgänglig och kontakten mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal ska vara av bra standard och bygga på respekt för patientens integritet och autonomi (SFS 2017:30). Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) riktas mot ett främjande av hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården där vårdgivarens skyldighet anses vara att bedriva ett systematiskt patientsäkert arbete. Stor vikt läggs på att ge information om patientens hälsotillstånd så att patienten förstår (SFS 2010:659).

En lag som sjuksköterskan måste ta hänsyn till är Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, OSL). Sekretess är något viktigt i patientens vård och den information som ges får inte delges till någon annan än den som deltar i den berörda patientens vård. Det är viktigt att sjuksköterskan endast diskuterar sin patients vård med personer som ingår i vårdteamet även om alla inom vården har tystnadsplikt.

1.10 Teoretisk referensram

Hildegard Peplau ansåg att ett demokratiskt samhälle kräver deltagande av alla dess medlemmar (D'Antonio et al 2014). Hildegard Peplau var en av de första som beskrev omvårdnadsteorier utifrån relationen mellan patient och sjuksköterskan, vilket hon benämner i sin interaktionsinriktade teori. Teorin belyser relationen mellan patient och sjuksköterska och beskriver denna som en process där två eller flera personer interagerar med varandra. Peplau ser omvårdnad som ett terapeutiskt förlopp där målet är att främja hälsa och progression av personlighet för att både inom det personliga och soci-

ala livet uppnå ett kreativt, konstruktivt och produktivt liv. Något som är viktigt för Peplau är relationen mellan patient och sjuksköterska och dess utveckling. Detta menar Peplau är ledande för det terapeutiska utbytet av omvårdnaden. Sjuksköterskans kapacitet att ta sig sakenligt i dessa situationer är av väsentlig betydelse. Peplau menar att en grund till vårdrelationen är en genomgående process i fyra faser; orienteringsfasen, identifikationsfasen, utforskningsfasen och lösningsfasen. De olika faserna utesluter inte varandra utan fungerar överlappande. Peplau menar att dessa faserna är en grund till fortsatt god vårdrelation. Från första fasen till och med sista handlar om att först och främst möta patienten för att sedan finna en trygghet och tillit till varandra vilket slutar i att patienten känner sig mer delaktig i sin vård. Fokus ligger på vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient och Peplau belyser skillnaden på de olika synsätten de har på varandra. Patienten agerar ofta utifrån sina behov och ger sjuksköterskan en viss roll därefter till skillnad från sjuksköterskan som gärna formar roller som de anser viktiga och verkliga eller som de helt enkelt trivs i (Eide 2009). Dessa olika roller möjliggör ett stöd för patientens mognad och utveckling för sjuksköterskan. Hildegard Peplau placerar sjuksköterskans relation till patienten som centralt för omvårdnadens praktik och självständighet. I slutändan är omvårdnad en process där sjuksköterskan och patienten samarbetar för att ta reda på varje aspekt i det nuvarande förhållandet (D'Antonio et al 2014).

1.11 Problemformulering

Hälso- och sjukvårdslagen stödjer patientens rätt till delaktighet i vården. Vårdens olika arbetssätt är under ständig utveckling och vikten av en god relation mellan vårdare och patient lika så. För att patienten ska känna sig mer delaktig krävs en god kommunikation mellan sjuksköterska och patient. För att öka kunskapen inom bedsiderapportering så krävs vidare forskning och för uppnå en klarhet i ämnet ses sjuksköterskornas erfarenheter över. Detta kan då gynna framtida arbete med patientdelaktighet som i sin tur förhoppningsvis leder till en god upplevelse av vårdprocess för såväl patient som sjuksköterska.

1.12 Syfte

Syftet är att belysa erfarenheter av bedsiderapportering ur ett sjuksköterskeperspektiv.

1.13 Frågeställning:

Vilka är fördelarna med bedsiderapportering ur ett sjuksköterskeperspektiv?

Vilka är nackdelarna med bedsiderapportering ur ett sjuksköterskeperspektiv?

2 Metod

2.1 Design

En litteraturstudie med deskriptiv design (Polit & Beck 2016, s. 206).

2.2 Sökstrategi

För att besvara litteraturstudien användes databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature(CINAHL) och Medline via PubMed då de är lämpliga och tillförlitliga databaser för att hitta adekvata artiklar inom ämnet omvårdnad (Polit & Beck 2016, ss.92-95). Sökord som användes för att på bästa sätt hitta relevant material som kan besvara arbetets syfte. De sökorden som användes var *“nursing”*, *“bedside”*, *“report”* och *“shift”*. Sökorden söktes var för sig i PubMed där *“nursing”* användes som en MeSh-term (Polit & Beck 2016, s. 95), sedan söktes alla orden tillsammans för att specificera sökningen med hjälp av Booleska termen AND. I CINAHL användes frisökningar för att inte få en för begränsad sökning. Där användes först ett sökord i taget för att sedan slå ihop resterande sökord. Det finns olika *“boolean operators”* för att ansluta eller definiera söktermer för att smala eller bredda sökningen. Dessa finns som AND, OR och NOT. Genom att placera AND mellan varje sökord avgränsas en sökning och hämtar poster som innehåller de båda sökorden (Polit & Beck 2016, s. 91).

2.3 Tabell 1.

Databas	Begränsningar Sökdatum	Söktermer	Antal träffar	Möjliga artiklar	Valda artiklar
CINAHL	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	Nursing	1839532		
CINAHL	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	Report	145754		
CINAHL	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	Bedside	4033		
CINAHL	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	Shift	12439		
CINAHL	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	Nursing AND Bedside AND report AND shift	79	33	12
MedLine via PubMed	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	Nursing(MeSH)	36891		
MedLine via PubMed	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	Bedside	3865		
MedLine via PubMed	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	Report	268560		
MedLine via PubMed	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	Shift	149536		

MedLine via PubMed	Engelska, 2004-2018, Full text, Peer Reviewed, 2018-01-12	“Nursing”(MeSH) AND bedside AND report AND shift	16	6	6
Totalt				39	18

2.4 Urvalskriterier

Inklusionskriterier tillämpades för att kunna nå studier med rätt undersökningsgrupp och för att få med så relevant information som möjligt. Exklusionskriterier användes för att kunna utesluta sekundära källor (Polit & Beck 2016, s. 89).

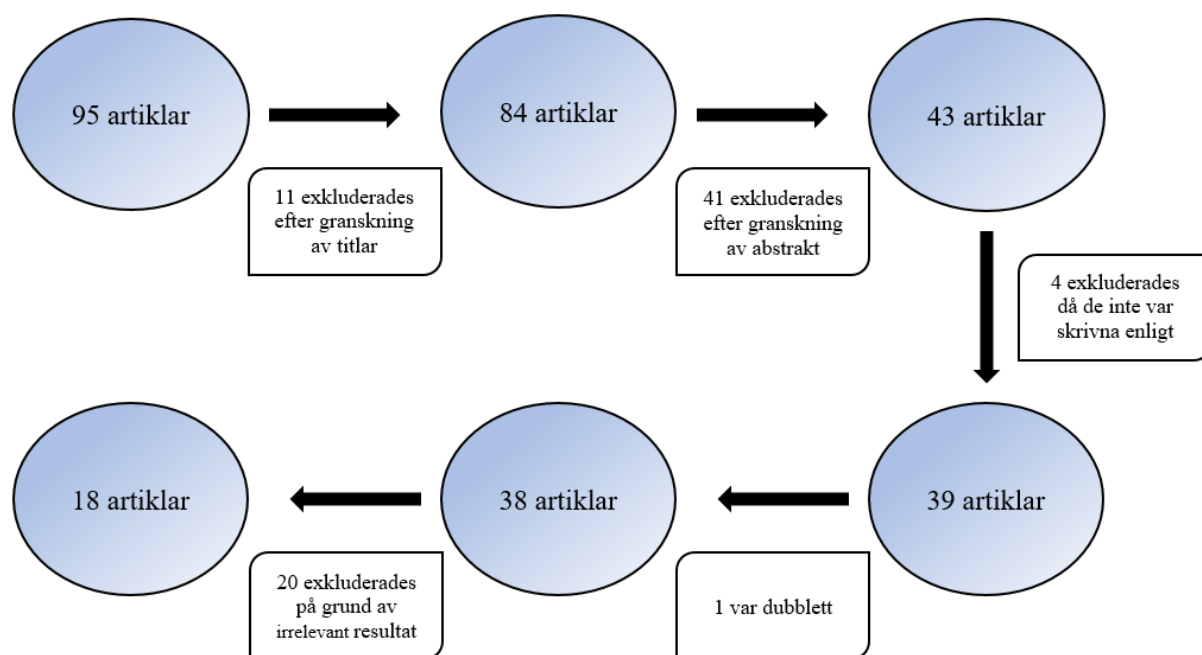
Inklusionskriterier: De vetenskapliga artiklarna som inkluderades i detta arbete var relevanta för studiens syfte samt frågeställningar. De var även tillgängliga via Högskolan i Gävle.

Exklusionskriterier: De artiklar som exkluderades var artiklar som inte var tillgängliga, de som var skrivna på andra språk än engelska och de som var äldre än 14 år. Artiklar som var utifrån patientens perspektiv samt andra litteraturstudier exkluderades.

2.5 Urvalsprocessen

I databaserna CINAHL och PubMed hittades 95 artiklar totalt med hjälp av de valda sökorden. De 95 artiklarna genomsöktes med fokus på titel. Irrelevanta titlar till syftet exkluderades och kvar blev 84 artiklar. De resterande 84 artiklarna granskades ytligt med hjälp av artiklarnas abstrakt. Artiklar som inte ansågs potentiellt användbara utifrån frågeställningarna och syftet exkluderades. Återstående blev 43 artiklar varav 4 exkluderades på grund av att de inte gick att öppna. En artikel exkluderades på grund av dublett. Därmed återstod 38 artiklar och 20 av dessa föll bort på grund av låg relevans till syfte och frågeställningar. Urvalsprocessen presenteras i figur 1.

2.6 Figur 1.



2.7 Dataanalys

De återstående 18 artiklarna delades upp mellan författarna och granskades. Huvudfokus lades på resultatdelen i vardera artikel och de delar i artiklarna som besvarade syftet dokumenterades och sorterades därefter med en grundlig sammanfattning. Artiklarna byttes sedan mellan författarna och samma procedur upprepades. Efter att alla artiklar granskats av båda författarna gjordes en huvudsaklig summering av alla artiklars resultat (se bilaga 1). Varje artikel benämndes med en siffra mellan 1-18 och delades in i olika färg-grupperingar som enligt Polit & Beck (2014, ss. 304-306) bidrar till en lättare struktur. Med hjälp av detta återfanns relevant information som besvarade syftet som i sin tur blev underrubriker. Underrubrikerna valdes för att presentera resultat som besvarar syftet. Underrubrikerna benämns därför efter huvudämnen som artiklarna belyste: miljö, tid, sekretess, kommunikation och tillit.

2.8 Forskningsetiska överväganden

Den utvalda data är godkänd av en etisk komité. Resultat som använts har ur en objektiv synvinkel granskats med en noggrannhet för att framföra rätt resultat utan att falsifiera information. Det resultat som använts har med egna ord framförts och på så vis har materialet inte plagierats (Polit & Beck 2016, s. 111).

3 Resultat

Litteraturstudien består av 18 vetenskapliga artiklar som presenteras under fyra underrubriker: *“Miljön har en inverkan på kvaliteten av bedsiderapportering”*, *“Bedsiderapportering sparar in tid”*, *“Svårigheter med sekretess”*, *“God kommunikation är en viktig del i rapporteringen”* och *“Ökad tillit vid bedsiderapportering”*. En sammanställning av resultat och syfte av de valda artiklarna som använts i litteraturstudien presenteras i bilaga 2.

3.1 Fysiska miljön har en inverkan på kvaliteten av bedsiderapportering

Studier visade att miljön är något som gick hand i hand med ett bedsiderapportering. I samband med en rapportering ansågs miljön påverka rapporteringen (Radtke 2013; Maxson, Derby, Wroblewski & Foss 2012; Johnson & Crowin 2013; Taylor 2015; Atchwal, Fields & Wagnell 2009).

Taylor (2015) påvisade att vissa barriärer återfanns vid införandet av bedsiderapportering. Sjuksköterskorna ansåg att rapporteringen inte alltid blev fulländad då det var lätt att bli distraherad av avdelningens alla olika oväsen. Rapporteringen blev inte helt slutförd på grund av att patienter larmade, telefoner som ringde eller andra arbetsuppgifter som istället blev prioriterade. Samma sak lyfte Johnson & Crowins (2013) studie som en nackdel av bedsiderapportering. Det uppstod problematik vid stressiga tillfällen som då ledde till att personalen glömde delar av det som nämnts i rapporteringen eller hade svårt att uppfatta det som diskuterats. Koncentrationssvårigheterna ökade av det oljud som förekom på en vårdavdelning. Dock ansåg sjuksköterskorna i studierna av Radtke (2013) och Maxson et al (2012) att ansvarig sjuksköterska fick chansen att träffa patienten på plats i samband med bedsiderapporteringen, detta gjorde så att sjuksköterskan kunde besvara eventuella frågor som patienten hade. Patienterna kunde då känna sig nöjda med att alla frågor var besvarade och det kunde också få patienterna att känna en trygghet

genom att hen fått träffa sin sjuksköterska. Patienten kände sig då nöjd och därmed larmade mindre under arbetspasset. Den annars så stressiga miljön med en massa larm ljud i bakgrunden försvann och det blev en mer stillsam avdelning (Radke 2013; Maxson et al 2012). Rapportering vid patientens säng sågs också som något positivt i den bemärkelsen att all personal inte samlades på ett och samma ställe utan rapporterade på varsitt håll. Detta resulterade i mindre trängsel vid skiftbytet (Johnson & Crowin 2013). På grund av att många sjuksköterskor befann sig inne på patientsalarna så visade det att antalet fallolyckor på avdelningen minskade under tiden av implementering av bedsiderapportering (Athwal et al 2009).

Resultatet baserades på fem artiklar, varav 4 var av högkvalitet och 1 av medelkvalitet. 4 stycken är gjorda i USA (Radtke, K. 2013; Maxson, Derby, Wroblewski & Foss 2012; Taylor 2015; Athwal, Fields & Wagnell 2009). En artikel är från Australien (Johnson & Crowin 2013). Undersökningsgrupper som deltog var mellan 15-70 sjuksköterskor och genomfördes på medicinkirurgiavdelning (Radtke 2013), en var gjord på tre olika avdelningar, intensivvårdsavdelning, neonatalavdelning och operation (Johnson & Crowin 2013), onkologiavdelning (Taylor 2015) och två på medicinavdelning (Athwal et al 2009; Maxson et al 2012).

3.2 Bedsiderapportering sparar in tid

Bedsiderapportering har testats på många olika vårdavdelningar och resultatet visade att tiden påverkades positivt då tiden till rapportering blev effektivare och färre personal stannade på övertid (Anderson & Mangino 2006; Athwal, Fields & Wagnell 2009; Boshart 2016; Chaboyer, McMurray & Wallis 2010; Chapman 2016; Givens, Skully & Bromley 2016; Maxson, Derby, Wroblewski & Foss 2012; Radtke 2013; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Tobiano, Whitty, Bucknall & Chaboyer 2017; Tidwell, Edwards, Snider, Lindsey, Reed, Scroggins, Zarski & Brigance 2011; Wildner & Ferri 2012).

I en studie av Chaboyer et al (2010) visade det att sjuksköterskorna upplevde en lättnad när de märkte att bedsiderapportering var en effektiv metod. Enligt Tidwell et al (2011) sparade bedsiderapporteringen in mycket pengar i och med att det sällan förekom att sjuksköterskorna stannade kvar på jobbet efter ett arbetspass. Tid till skiftbytet minskade med 50% under de två första veckorna med bedsiderapportering. Resultatet över en sju-månaders tidsram med bedsiderapportering visade en minskning av övertid på

nästan 250 timmar. Chapmans (2016) studie har redovisat att bedsiderapportering minskade på övertiden och en sjuksköterska som skulle avsluta sitt skift kunde gå hem i tid på grund av detta sätt att rapportera och enligt Evans et al (2012) och Athwal et al (2009) så kunde sjuksköterskan som lämnade rapport gå hem i tid på grund av att arbetspasset blev mer planerat och strukturerad.

Överrapportering vid sängkanten skedde framför kollegor, patient och ibland även anhöriga. Detta satte sjuksköterskan i en pressad situation då hen behövde vara väl förberedd i och med de eventuella följdfrågor eller funderingar som kunde komma från samtliga. Då sjuksköterskan var mer förberedd vid rapporteringen resulterade det i en mer noggrann och kortfattad rapport som på sikt visade spara in tid (Radtke 2013; Maxson et al 2012; Evans et al 2012; Athwal et al 2009). Anderson & Mangino (2006) lyfte vikten av att se patienten i samband med överrapportering. Detta innebar att personalen på plats lättare kunde åtgärda eventuella avvikelser efter att fått se vilket skick patienterna var i.

Givens et al (2016) studie lät alla sjuksköterskorna besvara olika frågor och de fick en skala på 1-10 där 1 innebar att de var mycket missnöjda och 10 att de var jättenöjda. Frågan om de var nöjda med tiden som gick till rapporteringen höjdes från 5.7 till 8.3 med bedsiderapporteringen. Många sjuksköterskor visade en belåtenhet med bedsiderapporteringen för att det var en effektiv metod som utfördes snabbt då en överrapportering av 5-8 patienter utfördes på 15 minuter. De upplevde att patienter engagerade sig mer i sin omvårdnad och fick en större förståelse för situationen vilket underlättade vården i sig då patienten fick ett större ansvar och kunde underlätta arbetet för sjuksköterskan. Studien visade också att tiden till rapporteringen vid sängen kunde upplevas begränsad då patienten kunde förlänga rapporten med sina funderingar. Wildner & Ferri (2012); Tobiano et al (2017) studier menade att det kunde ge en ökad risk för en förskjutning i schemat, exempelvis medicinutdelning kunde bli försenat. Sjuksköterskorna upplevde detta som ett orosmoment då det fanns en risk för att få en förskjuten arbetstid som i sin tur resulterade till en fortsatt stressig arbetsdag.

I Sand-Jecklin & Shermans (2014) och Bosharts (2016) studier var sjuksköterskorna skeptiska och kände oro till bedsiderapportering till en början då de trodde att det skulle ta längre tid att rapportera då de involverade patienten. Men med implementeringen av

bedsiderapportering så bevisade det att tiden varken minskade eller ökade, detta gjorde att sköterskorna blev mer positiva till detta sätt att rapportera (Sand-Jecklin & Sherman 2014).

Resultatet baserades på 13 artiklar, varav 10 var av hög kvalitet och 4 av medel kvalitet. 10 stycken var från USA (Anderson & Mangino 2006; Athwal et al 2009; Boshart 2016; Chapman 2016; Evans et al 2012; Givens et al 2016; Maxson et al 2012; Radtke 2013; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Tidwell et al 2011), två var från Australien (Chaboyer et al 2010; Tobiano et al 2017) och en från Italien (Wildner & Ferri 2012). Undersökningsgrupperna hade 18-233 patienter och 3-250 sjuksköterskor och genomfördes på medicinavdelning (Anderson & Mangino 2006; Athwal et al 2009; Chaboyer et al 2010; Chapman 2016; Evans et al 2012; Maxson et al 2012), på onkologiavdelning (Wildner & Ferri 2012), en neuroavdelning (Tidwell et al 2011), en akutvårdsavdelning (Tobiano et al 2011), på medicinkirurgiskavdelning (Sand-Jecklin & Sherman 2014; Boshart 2016; Radtke 2013) samt en på psykiatriavdelning (Givens et al 2016).

3.3 Svårigheter med sekretess

Konfidentialiteten ansågs vara en barriär vid rapporteringen vid patientens säng i och med att det kunde anses vara svårt att veta vilken information som skulle delges till patienten (Anderson & Mangino 2006; Radtke 2013; Johnson & Crowin 2013; Wildner & Ferri 2012; Boshart 2016).

Sjuksköterskorna i Boshart (2016) studie var mycket tveksamma till hur sekretessen skulle kunna bevaras vid ett sådant sätt att rapportera. Därmed genomfördes alltid rapporten bakom stängda dörrar och endast de berörda fick delta. Det var upp till patienten om anhöriga fick delta eller inte. I studierna av Radtke (2013); Andersson & Mangino (2006) så frågade sjuksköterskorna alltid om de ville att de anhöriga skulle närvara vid rapporten men ansåg att det var problematiskt då de upplevde att vissa patienter inte kunde be de anhöriga att inte delta vid överrapportering av patientens hälsotillstånd. Chaboyer et al (2010) studie nämnde att frågan ställdes på grund av att skydda patientens sekretess men även för att det kunde undvika olika störningsmoment. Om patienten ville att anhöriga skulle stanna kvar så fick dom det men att frågor och funderingar skulle ställas i slutet av rapporteringen. Ett orosmoment enligt studier av Radtke (2013)

och Anderson & Mangino (2006) ansågs vara att gå in till en patienten och svara på eventuella frågor. Det ansågs vara en barriär gällande konfidentialiteten eftersom det var svårt att veta hur mycket patienten visste om sitt hälsotillstånd, exempelvis om diagnosen var given. Då det ansågs vara läkarens ansvar att besvara vissa frågor. Känslig information utslöts under den muntliga rapporteringen och förmedlades mellan sjuksköterskorna efter avslutad rapportering exempelvis gällande information som personalen bör veta men inte behövde diskuteras inför patienten, exempelvis att patienten hade HIV. Personalen var då flexibel och rapporterade det inne på sjuksköterskeexpeditionen till inblandad personal (Johnson & Crowin 2013). I Wildner & Ferri (2012) studie upplevde sjuksköterskorna att de inte kunde säga allt inför patienten. De kunde uppleva att patienten eller eventuellt anhöriga blev illa berörda eller irriterade av den information som gavs. Några sjuksköterskor kände även att det var pinsamt att säga vissa saker inför patienterna då det var mer privata och känsliga ämnen. Det kunde vara bland annat vara information om kateter, stomi eller olika medicineringar.

Resultatet baserades på 6 artiklar, varav 4 var av hög kvalitet och 2 av medel kvalitet. Tre stycken är gjorda i USA (Anderson & Mangino 2006; Radtke 2013; Boshart 2016), två från Australien (Johnson & Crowin 2013; Chaboyer et al 2010) och en från Italien (Wildner & Ferri 2012). Undersökningsgrupperna är mellan 1-18 patienter och 1-68 sjuksköterskor. De är gjorda på medicinavdelning (Anderson & Mangino 2006; Johnson & Crowin 2013; Chaboyer et al 2010) från en medicinkirurgiskavdelning (Boshart 2016; Radtke 2013) och en på en onkologiavdelning (Wildner & Ferri 2012).

3.4 God kommunikation är en viktig del i rapporteringen

Kommunikationen mellan personalen men även mellan sjuksköterska och patient en viktig del i bedsiderapporteringen (Chapman 2016; Tobiano, Whitty, Bucknall & Chaboyer 2017; Johnson & Crowin 2013; Jeffs, Acott, Simpson, Campbell, Irwin, Lo & Cardoso 2013, Anderson & Mangino 2006; Radtke 2013; Maxson, Derby, Wroblewski & Foss 2012; Wildner & Ferri 2012; Philipin 2006; Taylor 2015; Evans, Grunawait, McClish, Wood & Freise 2012 ; Chaboyer, McMurray & Wallis 2010; Wollenhaup, Stevenson, Thompson, Gordon & Nunn 2017).

I en studie av Philipin (2006) observerades sjuksköterskor under bedsiderapportering. Sjuksköterskan hade en detaljerad rapportering om varje patient och framförde all information noggrant till den kommande sjuksköterskan som skulle ta över skiftet. Detta tydde på engagemang hos sjuksköterskor som även visades upprepade gånger. Sjuksköterskorna presterade bra med att vara insatta i patienternas omvårdnad och kvaliteten av rapporteringen visade på hur hårt sjuksköterskorna arbetade och hur noggranna de var med att framföra rätt information. Några nya sjuksköterskor visade dock att de var nervösa vid rapporteringen men de mer rutinerade sjuksköterskorna visade en stor förståelse och de möttes halvvägs och hjälptes åt.

Många sjuksköterskor var duktiga på att involvera patienten och kunde överrapportera på ett professionellt sätt så att patienten kände sig uppskattad och som en del av vårdprocessen. Bedsiderapportering gav en möjlighet för sjuksköterskan att klargöra information gällande status och vårdplan (Johnson & Crowin 2013). Detta gjorde så att det fanns en möjlighet att åtgärda eventuella avvikelser med ansvarig sjuksköterska och patient (Jeffs et al 2013). Patienten hade också möjlighet till att ställa frågor vilket sjuksköterskan ansåg vara positivt. Detta bidrog till att patienten blev engagerad i sin vård och att patienten också hade en chans att delge ny information eller exempelvis berätta om någon medicin som hen tagit (Johnson & Crowin 2013). Som följd till detta ökade patientsäkerheten då eventuella fel kunde identifieras och sedan åtgärdas mycket snabbare då personalen befann sig bredvid patienten (Jeffs et al 2013). En nackdel var att en del sjuksköterskor hade svårt att agera professionellt och kunde ibland även på ett skämtsamt vis framföra information om vissa saker som patienten inte tyckte var roliga (Evans et al 2012). I och med att rapporteringen skedde inför både personal och patient och ibland framför anhöriga var det viktigt att vara påläst om patienten och det fanns inget tillfälle att vara oprofessionell som sjuksköterska (Jeffs et al 2013). Några sjuksköterskor var inte lika bra på att rapportera vid sängen då de tyckte att det var onödigt att patienten skulle höra det de hade att säga och rapporterade därför vid dörren så patienten kände sig utanför. Enligt Evans et al (2012) var sjuksköterskorna inte bekväma med att prata inför patienterna. De var rädda för att vad de skulle ställas för frågor under rapportens gång samt att det möjligtvis skulle ta för lång tid att besvara dem.

I en studie gjord av Anderson & Mangino (2006) visade det att sjuksköterskorna hade även fått beröm av läkaren som tyckte att sjuksköterskorna var mer pålästa om sina patienter och att de sällan inte kunde svara på en fråga angående dem. Under dessa perioder då bedsiderapporteringen implementerats visade det också att personalen var nöjda med tanke på att alla tog sitt ansvar och därmed hade en god relation kollegor emellan på grund av god kommunikation. Bedsiderapportering förbättrade kommunikationen sjuksköterskor emellan och även mellan sjuksköterska och patient och deras familjer och anhöriga (Taylor 2015). Denna goda kvalitet av kommunikationen bidrog till att patienterna och de anhöriga utbildades och kunde bidra till egenvård under tiden på sjukhuset. Fortsatt belyste Chapman (2016) att kommunikationen mellan vårdpersonalen var en viktig del för att en patientsäker vård skulle kunna ges, samt en god kommunikation mellan patient och vårdgivare. Sjuksköterskorna i samma studie fick använda sig av ett instrument som ledde till att alla rapporterade enligt samma mall och på samma vis. Detta uppskattades och underlättade rapporteringen för sjuksköterskorna. De upplevde att det ökade patientsäkerheten samt att rätt och relevant information gavs till patienten. Även Wollenhaup et al (2017) använde sig utav en mall vid rapportering. Även här var sjuksköterskorna nöjda och upplevde att patientsäkerheten ökade och att kommunikationsfel minskade då alla rapporterade på samma sätt.

I en del fall förekom frustration från patient till sjuksköterska i och med den utsatta situationen då patienten inte förstod vad sjuksköterskan sa (Johnson & Crowin 2013). En del sjuksköterskor uppgav också att de var bekymrade över vad de andra kollegorna uppgav för information under rapporteringen vid sängen, exempelvis att vissa saker blev felsagda eller uppfattades fel av patienten vilket kunde åstadkomma oönskade känslor hos patienten. Det var viktigt att det fanns en balans om vad som blev sagt inför patienten och vad som var onödigt (Tobiano et al 2017). Fortsatt nämnde Tobiano et al (2017) i sin studie att sjuksköterskan upplevde att det var svårt att ge en fullständig och bra rapport till patienter med kognitiva svårigheter, exempelvis demens. Sjuksköterskorna ansåg att de kunde inte säga allt inför patienten då det kunde skapa reaktioner som upprörd eller gjorde patienten stressad, då informationen som gavs uppfattades på ett felaktigt sätt. Även Wildner & Ferri (2012) såg de detta som en nackdel. Om patienten var tillfälligt sederad eller sov när rapporteringen skulle genomföras så medförde detta att en bra rapport inte kunde genomföras och patienten blev inte involverad på

samma sätt som andra vakna patienter. Sjuksköterskorna tyckte därför att det var svårt att involvera en del patienter.

Resultatet baserades på 13 artiklar, varav 12 är av hög kvalitet och 1 av medel kvalitet. Sju stycken är gjorda i USA (Chapman 2016; Anderson & Mangino 2006; Radtke 2013; Maxson et al 2012; Taylor 2015; Evans et al 2012; Wollenhaup et al 2017), tre från Australien (Tobiano et al 2017; Johnson & Crowin 2013; Chaboyer et al 2010), en från England (Philipin 2006), en från Kanada (Jeffs et al 2013) och en från Italien (Wildner & Ferri 2012). Undersökningsgrupperna som deltog var mellan 1-18 patienter och 1-68 sjuksköterskor och genomfördes på medicinavdelning (Chapman 2016; Johnson & Crowin 2013; Anderson & Mangino 2006; Maxson et al 2012; Evans et al 2012; Philipin 2006; Chaboyer et al 2010; Radtke 2013) på en akutmottagningsavdelning (Jeffs et al 2013; Tobiano et al 2017), på onkologiavdelning (Taylor 2015; Wildner & Ferri 2012) och på postpartumavdelning (Wollenhaup et al 2017).

3.5 Ökad tillit vid bedsiderapportering

Flera studier visade på att tilliten stärktes mellan sjuksköterskorna men även mellan patient och sjuksköterska med hjälp av bedsiderapportering (Boshart 2016; Evans, Grunawait, McClish, Wood & Freise 2012; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Jeffs, Acott, Simpson, Campbell, Irwin, Lo & Cardoso 2013; Anderson & Mangino 2006; Givens, skully & Bromley 2016; Maxson, Derby, Wroblewski & Foss 2012; Johnson & Crowin 2013; Radtke 2013; Chaboyer, McMurray & Wallis 2010; Wildner & Ferri 2012).

När sjuksköterskorna rapporterade vid patienten vid en bedsiderapportering så såg sjuksköterskan patienten med en klinisk blick direkt vilket underlättade vårdandet och det gjorde så att sjuksköterskan fick en blick om hur patienten såg ut vilket ledde till att sjuksköterskan lättare kunde prioritera. Detta kunde snabbt ändras efter patientens skick som då upptäcktes snabbt vid en klinisk blick (Jeffs et al 2013; Anderson & Mangino 2006). Sjuksköterskorna fick presentera sig för patienten och eventuella anhöriga direkt, de fick höra patientens syn och åsikter samt fick se patienten med egna ögon. Sjuksköterskorna kände att de kunde koncentrera sig mer på patienten och uppskattade att de kunde se patienten och dennes tillstånd. Rapporteringen ledde även till att de kunde identifiera eventuella problem direkt, skapa tillit med patienten och därmed kände delaktighet i patientens vård (Wildner & Ferri 2012). De kunde även granska infarter och

dylikt, samt ge patienten tillfälle till att ställa eventuella frågor för att öka tryggheten hos såväl sjuksköterska som patient (Evans et al 2012).

Anderson & Mangino (2006) studie lyfte personalen och dess ansvar som i sin tur ledde till en god tillit. Då patienten inkluderades i rapporteringen bidrog det till en patientcentrerad vård (Wildner & Ferri 2012). Sjuksköterskorna upplevde att patienterna hade ett större engagemang och förståelse vilket underlättade vården för alla parter (Givens et al 2016). Även ett större engagemang från sjuksköterskornas sida ökade som ledde till ett större självförtroende vid rapporteringen (Radtke 2013). Patientens involvering i rapporteringen fick positiv respons av sjuksköterskorna och de kände sig mer informerade om patientens vård och dess plan under vårdtillfället (Sand-Jecklin & Sherman 2014). Det blev en bättre relation och stämning mellan personalen då de blev mycket duktigare på att kommunicera och informera varandra, detta gav en starkare tillit för varandra. Att patienten hade en stor talan vid rapporteringen, ledde till att sjuksköterskan kände att hen måste visa ett större engagemang och presterade därför bättre. Det bidrog till förbättrad säkerhet, noggrannhet och kortfattad bedsiderapportering (Jeffs et al 2013). Radtke (2013); Taylor (2015) ansåg att det var positivt för sjuksköterskan att träffa patient och anhöriga i början av skiftet, detta förbättrade då relationen mellan sjuksköterska och patient och gav en starkare tillit.

Resultatet baserades på 12 artiklar, varav 10 var av hög kvalitet och tre av medel kvalitet. Åtta artiklar är gjorda i USA (Taylor 2015; Radtke 2013; Maxson et al 2012; Givens et al 2016; Anderson & Mangino 2006; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Evans et al 2012; Boshart 2016), en från Kanada (Jeffs et al 2013), två från Australien (Chaboyer et al 2010; Johnson & Crowin 2013) och en från Italien (Wildner & Ferri 2012). Undersökningsgrupperna är mellan patient 18-233 patienter och 3-250 sjuksköterskor och genomfördes på medicinavdelning (Boshart 2016; Evans et al 2012; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Anderson & Mangino 2006; Maxson et al 2012; Johnson & Crowin 2013; Radtke 2013; Chaboyer et al 2010), psykiatriavdelning (Givens et al 2016), onkologiavdelning (Wildner & Ferri 2012; Taylor 2015) och en akutavdelning (Jeffs et al 2013).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet visar att implementeringen av bedsiderapportering på många arbetsplatser sparar in mycket övertid då det anses vara en effektiv metod att i samband med rapporteringen se patienten direkt vid skiftbytet. Vid en bedsiderapportering förväntas sjuksköterskan vara väl förberedd vilket också resulterar i att hen är mer insatt i patientens hälsotillstånd. Rapporteringen blir därav effektiv och bara nödvändig information diskuteras. Patientens närvaro bidrar till att alla patientens funderingar blir besvarade, eventuella avvikelser åtgärdas snabbare och det blir ett bättre samarbete och därav växande tillit i vårdrelationen. Bedsiderapporteringen gör att sjuksköterskorna bättre på att kommunicera, detta leder till ett bättre samarbete mellan sjuksköterskorna och en bättre ansvarsfördelning och engagemang som sedan speglas vid bedsiderapporteringen.

4.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkommer det att många aspekter spelar in för en bra bedsiderapportering. Sjuksköterskan uppskattade att få träffa patienten direkt vid arbetsstart för att kunna skapa sig en egen uppfattning av patienten via en klinisk blick (Athwal et al 2009; Anderson & Mangino 2006). Detta anser författarna vara en bra sak att sträva efter då vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient är en väldigt viktig del för att underlätta arbetet då båda parterna har ett bra samarbete som grundar sig i tillit. Detta stärks av Jeffs et al (2014) där de nämner i sin studie att detta är även uppskattat av vårdtagaren då detta stärker tryggheten hos patienten. Patienten uppskattade även att få träffa sin sjuksköterska direkt vid passtart för att få veta vem som ska ta hand om hen under dagen (McMurray et al 2011). Även om de inte kunde komma ihåg namnet på deras sjuksköterska så gav det en känsla av säkerhet och bekvämlighet. Detta medför till att sjuksköterskan och patienten får en bättre relation under vårdtillfället vilket anses vara en viktig punkt i att kunna fullfölja en god och bekväm vård. Det är viktigt att sjuksköterskan därför är lättillgänglig (SFS 2017:30) utifrån patientens behov. Detta skapade ett lugn hos patienten och en mer personlig kontakt mellan patient och sjuksköterska (McMurray et al 2011). Patienten kände att hen kunde ställa frågor utan problem och att få de besvarade vid sängkanten var högt uppskattat (McMurray et al 2011; Jeffs et al 2014). Detta gör att det är väldigt viktigt att sjuksköterskan är väl påläst om patienten och låter patienten ta plats och vara delaktig i sin vård i den utsträckning det går, detta stöds i studien av Johnson & Crowin (2013). Detta kan bättre uppfattas i relation till Hildegard Peplaus interaktionsinriktade omvårdnadsteori, då sjuksköterskans kapacitet att te sig

sakenligt i dessa situationer av väsentlig betydelse då det kan stå till grund i vårdrelationen (Eide 2009, ss. 154-157).

Resultatet visade att sjuksköterskors engagemang ökade efter implementering av bedsiderapportering, vilket leder till att även patienten engagerar sig och vill ta del av sitt hälsotillstånd och de åtgärder som uppkommer ger patienten en chans till egenvård. Studier har visat att en positiv erfarenhet av vård, där patienten varit mer delaktig, resulterar i en ökad känsla av välbefinnande (Sellgren 2009). Dock lyfter tre studier (Chapman 2016; Tobiano et al 2017; Evans et al 2012) problematiken kring just att patienten är med vid en överrapportering. I och med att patienten deltar finns risken för att en utdragen överrapportering för att patienterna har chansen att ställa frågor. Att patienterna har chansen att delta i sin omvårdnad anses vara något som är viktigare än en utdragen överrapportering. Då sjuksköterskan tar sig tiden i början av passet och gör patienten trygg bidrar till förhoppningsvis ett lugnt fortsatt pass och det kan då i sin tur vinna in den tid som spenderades inne hos patienten i början av passet. Detta är lättare att förstå i relation till Hildegard Peplaus interaktionsinriktade omvårdnadsteori som säger att relationen mellan patient och sjuksköterska är ledande för det terapeutiska utbytet av omvårdnad (Eide 2009, ss. 154-157).

Tid är något återkommande i många studier (Anderson & Mangino 2006; Givens et al 2016; Tidwell et al 2011; Maxson et al 2012; Radtke 2013; Chapman 2016; Wildner & Ferri 2012; Tobiano et al 2017; Chaboyer et al 2010; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Boshart 2016; Athwal et al 2009). För att dagen ska kunna flyta på så krävs planering och struktur av det kommande arbetspasset. Genom att starta dagen med en rapportering inne hos patienten leder till att sjuksköterskan lättare kan planera kommande arbetsuppgifter efter patientens behov (Grunawait et al 2012). Detta har resulterat i mindre övertid hos sjuksköterskorna (Radtke 2013; Maxson et al 2012; Scroggins et al 2011; Athwal et al 2009). Detta styrks även av Burke & McLaughlin (2013) som menar att bedsiderapporteringen är en mindre tidskrävande metod som sparar in övertid då rapporteringen genomförs vid sängkanten. Mycket går att läsa sig till med hjälp av journalanteckningar men med den kliniska blicken kan sjuksköterskan göra en egen bedömning av patientens behov och det hjälper hen med det kommande arbetet. Enligt Florin (2014, 48) och Anderson & Mangino (2006) så styrker de vikten av att kunna använda detta vid den kommande behandlingen.

Många sjuksköterskor var skeptiska till bedsiderapporteringen till en början, då de var bekväma med det traditionella sättet att rapportera på en sjuksköterskeexpedition utan patienten (Chapman 2016; Tobiano et al 2017). För att kunna utveckla bedsiderapporteringen och involvera patienter mer i sin vård så är det viktigt att våga vara öppen för nya saker och utveckling. Kommunikationen har visat en tydlig förbättring då rapporteringarna av sjuksköterskorna blev av bättre kvalitet med relevant och noggrant framförd information med anpassning till patientens behov (Taylor 2015; Chapman 2016). Kommunikationen förbättrades även då patienten också är närvarande och närvarade som en huvudperson vid rapporteringen med en stor talan. I och med att patienten är mer delaktig hjälper det sjuksköterskan att hålla reda på allt som sägs och har även möjlighet att tillrättavisa om det är något som exempelvis glömts vid överrapporteringen (Jeffs et al 2013). Enligt studien av Caruso (2007) belyser de vikten av att sjuksköterskan rapporterar vid sängen då detta stärker patientdeltagandet och minimerar upplysningen av irrelevant information. Detta visar på en god utveckling sett till det patientsäkra perspektivet och underlättar därför sjuksköterskans arbete. Det styrks av Hälso och Sjukvårdslagen (HSL 2017:30) som säger att patienten ska ta del av sin vård. Delaktigheten kräver en kunskap av behandling och därmed framförs detta vid en noggrann rapportering vid sängkanten där information om patientens hälsotillstånd framförs så att patienten förstår (SFS 2010:659). Patienten kände att hen kunde ställa frågor utan problem och att få de besvarade vid sängkanten var högt uppskattat. Detta visar även Hildegard Peplaus interaktionsinriktade teori där sjuksköterskans roll har en central roll i vårdrelationen som underlättar i praktiken av omvårdnaden och patientens självständighet (Eide 2009, ss. 154-157).

Dock visar studier (Johnson & Crowin 2013; Tobiano et al 2017; 10; Wildner & Ferri 2012; Boshart 2016; Chaboyer et al 2010;) att det förekommer en problematik med sekretessen då det är svårt att veta vad som därför ska diskuteras med patienten och vad som kan diskuteras på sjuksköterskeexpeditionen, som patienten kanske inte behöver höra men som är relevant till fortsatt vård. Här är det viktigt att vara flexibel och se till patientens behov för att patienten ska vara så nöjd som möjligt men att ändå framföra rätt information till nästa sjuksköterska. Enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, OSL) får uppgifter om patienter inte diskuteras med någon som inte deltar i patientens vård eller behandling även om hen har tystnadsplikt. Det är heller inte en

självklarhet att patientens anhöriga eller närstående får ta del av information, det krävs först ett samtycke från patienten att lämna ut uppgifter. Därför lyfter flera studier (Radtke 2013; Andersson & Mangino 2006; Chaboyer et al 2010) att vid tillfällen där anhöriga deltar så ber de dem att inte delta eller så låter de patienter avgöra vad som känns bäst för hen. Dessa studier visar att sekretessen inte är ett problem då de håller en dialog med patienten och de anhöriga och kommer tillsammans fram till ett beslut om deltagandet vid rapporteringen. Då det är viktigt att patienten som är med vid rapporteringen förstår vad som diskuteras kan vara en nackdel om patienten har någon nedsatt kognitiv funktion eller om patienten bara blir orolig av att höra information om det aktuella hälsotillståndet. Är patienten exempelvis dement kan det vara fördelaktigt att ha en nära anhörig närvarande vid rapporteringen som kan ta del av informationen. Att ha en anhörig med under rapporteringen kan hjälpa sjuksköterskan i arbete då anhöriga känner patienten bäst och rätt information om tillståndet blir given.

4.3 Metoddiskussion

Denna litteraturstudie hade en beskrivande design, eftersom syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av bedsiderapportering (Polit & Beck 2017, s. 111). I denna litteraturstudie användes 18 vetenskapliga artiklar med variation mellan kvalitativa och kvantitativa analysmetoder. Detta gav ett stort innehåll och en djupare förståelse för ämnet och de olika analysmetoderna kompletterar varandra. Detta är lättare att förstå i relation med Polit & Beck (2016, s. 587) som beskriver att mixa kvalitativa och kvantitativa analysmetoder ger en bredare syn.

En av begränsningarna vid sökningarna var att artiklarna skulle vara på engelska, på grund av att det är ett språk som båda författarna behärskar och brett inom hela världen. Nackdelen med detta kan vara att eventuella svenska artiklar föll bort och inte blev studerade, därmed försvann möjligtvis en intressant aspekt som kunnat vara med i litteraturstudien. Det kan även ha uppstått feltolkningar av artiklarna då författarnas modersmål är svenska och kan därför finnas risk för missuppfattning av artiklarnas innehåll. En annan begränsning som valdes var att artiklarna skulle vara peer reviewed. Här föll många artiklar bort men de kvarstående artiklarna var av bättre kvalitet då de har en högre tillförlitlighet och trovärdighet i och med att de är granskade (Polit & Beck 2016, s. 101). Författarna valde att ha max 14 år gamla artiklar för att få så ny forskning som möjligt vilket ökar studiens trovärdighet.

Författarna har använt färgkodning vid bearbetning av material vilket har underlättat arbetet med att sedan bygga upp litteraturstudien (Polit & Beck 2014, ss. 304-306). Litteraturstudien är på ett tydligt och noggrant sätt beskriven med hjälp av dataanalysmetoder så att de som läser studien kan följa med och upprepa processen om det önskas. Urvalsprocessen är framförd på ett tydligt sätt med hjälp av en figur och de valda artiklarna har presenterats tydligt i bilagor utifrån syfte och resultat.

4.4 Kliniska implikationer

Föreliggande studie visar att bedsiderapporteringen bidrar till ett ökat engagemang och ansvarstagande. Implementering av bedsiderapportering ger sjuksköterskan chansen att effektivt rapportera relevant information till alla inblandade parter vilket sparar in tid och kan skapa ett gott samarbete. Att tillämpa detta sätt att rapportera är aktuellt på alla vårdavdelningar och skulle utifrån resultatet på denna litteraturstudie bidra till att patienten är mer delaktig i sin vård och har en större talan, det underlättar därför sjuksköterskans arbete och ökar patientsäkerheten.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Forskning kring implementering av bedsiderapportering finns men är begränsad. Ytterligare forskning kring hur sjuksköterskor upplever bedsiderapportering behövs för att eventuellt kunna applicera detta sätt att rapportera i vården. Även kring hur patienter med kognitiva svårigheter, svårt att tala eller svårigheter att ta in information, hur deras delaktighet i bedsiderapportering bör forskningen ta del av för att utveckla detta till ett rapporteringssätt som passar alla individer.

4.6 Slutsats

Implementationen av bedsiderapporteringen visas vara positiv då det sparar in tid, utvecklar ett bättre samarbete bland sjuksköterskorna och bidrar till en säkrare och stillsammare miljö. Det bidrar även till en bättre relation mellan sjuksköterskan och patienten som i sin tur kan känna större delaktighet i sin vård. Detta ger ökad patientsäkerhet då brister kan upptäckas i tid. Då kommunikationen blir bättre så blir relationen mellan patient och sjuksköterska bättre och detta leder till ökat ansvarstagande. Dock anser vissa sjuksköterskor att närvaron av patienten känns krävande då rapporteringen är tidsbegränsad och patientens funderingar därmed kan försena sjuksköterskans schema.

Även viss problematik kring sekretess uppstår då informationen kan nå personer som inte deltar i patientens vård.

5. Referenslista

Referenser som markeras med * är artiklar som används i litteraturens resultat

*Anderson, C., & Mangino, R. (2006). Nurse shift report: who says you can't talk in front of the patient?. *Nursing Administration Quarterly*, 30(2), ss: 112-122. [Hämtad: 18-01-09]

*Athwal, P., Fields, W & Wagnell, E. (2009). Standardization of Change-of-Shift Report. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2) ss: 143-147. [Hämtad: 18-01-09]

Baggers, C., & Sandén, I. (2014)(kap 19) *Omvårdnadens grunder, perspektiv och förhållningssätt 2:2*. Studentlitteratur: Lund.

*Boshart, B. (2016). Performance Potential. Reimplementing bedside shift report at a community hospital. *Nursing Management*, 47(12), ss: 52-55.
doi:10.1097/01.NUMA.0000508265.42099.cc [Hämtad: 18-01-09]

Burke, W., & McLaughlin, D (2013). Partnering for Change. *AJN American Journal Of Nursing*, 113(2) ss: 47-51. [Hämtad: 18-01-09]

Carlsson, E., & Brämberg-B., E (2014)(kap 15) *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa. 2:2* Studentlitteratur: Lund.

Caruso, E. M. (2007). The Evolution of Nurse-to-Nurse Bedside Report on a Medical-Surgical Cardiology Unit. *MEDSURG Nursing*, 16(1), ss: 17-22. [Hämtad: 18-01-09]

*Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal Of Nursing Practice*, (1), 27. [Hämtad: 18-01-09]

*Chapman, Y. L. (2016). Nurse Satisfaction with Information Technology Enhanced Bedside Handoff. *MEDSURG Nursing*, 25(5),ss 313-318. [Hämtad: 18-01-09]

D'Antonio, P, Beeber, L, Sills, G, & Naegle, M 2014, 'The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing', *Nursing Inquiry*, vol. 21, no. 4, pp. 311-317. Available from: 10.1111/nin.12056. [28 February 2018]

Eide, H. & Eide, T. (2009). Kris- och bemästrandeteori. I Eide, H. & Eide, T. (red.) *Omvårdnadsorienterad kommunikation - Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 153-196.

*Evans, D., Grunawait, J., McClish, D., Wood, W., & Friese, C. R. (2012). Bedside Shift-to-Shift Nursing Report: Implementation and Outcomes. *MEDSURG Nursing*, 21(5) ss 281-292. [Hämtad: 18-01-09]

Florin., J (2014)(kap 2) *Omvårdnadens grunder, Ansvar och utveckling. 2:2* Studentlitteratur: Lund.

- *Givens, S. E., Skully, C., & Bromley, G (2016). Psychiatric Inpatient Bedside Handoff. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 54(7), ss: 33-37. [Hämtad: 18-01-09]
- *Jeffs, L., Acott, A., Simpson, E., Campbell, H., Irwin, T., Lo, J & Cardoso, R (2013). The Value of Bedside Shift Reporting. *Journal Of Nursing Care Quality*, 28(3), ss: 226-232
(Jeffs, Acott, Simpson, Campbell, Irwin, Lo & Cardoso 2013)
- Jeffs, L., Beswick, S., Acott, A., Simpson, E., Cardoso, R., Campbell, H., & Irwin, T. (2014). Patients' Views on Bedside Nursing Handover. *Journal Of Nursing Care Quality*, 29(2), 149-154. doi:10.1097/NCQ.0000000000000035 [Hämtad: 18-01-09]
- *Johnson, M & Crowin, L-S (2013). Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal Of Nursing Management*, (1), ss: 121-129. [Hämtad: 18-01-09]
- Kerr, D., Sai, L., & McKinlay, L. (2013). Bedside Handover Enhances Completion of Nursing Care and Documentation. *Journal Of Nursing Care Quality*, 28(3), 217. doi:10.1097/NCQ.0b013e31828aa6e0 [Hämtad: 18-01-09]
- Lim, F, & Pajarillo, E. (2016). 'Standardized handoff report form in clinical nursing education: An educational tool for patient safety and quality of care', *Nurse Education Today*, 37, pp. 3-7, viewed 19 December 2017.
- *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), ss: 140-145. [Hämtad: 18-01-09]
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., & Gehrke, T (2011). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18, ss: 19-26. [Hämtad: 18-01-09]
- OSL 2009:400. Offentlighets- och sekretesslagen. Stockholm. Socialdepartementet.
- Sellgren., F. S. (2014)(kap 9) *Omvårdnadens grunder, ansvar och utveckling 2:2* Studentlitteratur: Lund.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- *Philipin, S. (2006). 'Handing Over': Transmission of Information Between Nurses in an Intensive Care Therapy Unit. *Nursing In Critical Care*, 11(2) ss: 86-93. [Hämtad: 18-01-09]
- Polit, D. & T. Beck, C. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. & T. Beck, C. (2014). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- *Radtke, K. (2013). Improving patient satisfaction with nursing communication using bedside shift report. *Clinical Nurse Specialist: The Journal For Advanced Nursing Practice*, 27(1), ss: 19-25. [Hämtad: 18-01-09]
- Sadule-Rios, N. (2017). 'Off to a Good Start: Bedside Report', *MEDSURG Nursing*, 26, 5, pp. 343-345, viewed 19 December 2017.
- *Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2014). A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal Of Clinical Nursing*, (19-20), 2854. doi:10.1111/jocn.12575 [Hämtad: 18-01-09]
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- *Taylor, S-J. (2015). Improving Patient Safety and Satisfaction With Standardized Bedside Handoff and Walking Rounds. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(4). [Hämtad: 18-01-09]
- *Tidwell, T., Edwards, J., Snider, E., Lindsey, C., Reed, A., Scroggins, I., Zarski, C & Brigance, J. (2011). A Nursing Pilot Study on Bedside Reporting to Promote Best Practice and Patient/Family-Centered Care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(4). [Hämtad: 18-01-09]
- *Tobiano, G., Whitty, J. A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, (5),s 343. doi:10.1111/wvn.12241 [Hämtad: 18-01-09]
- *Wildner, J., & Ferri, P. (2012). Patient participation in change-of-shift procedures: the implementation of the bedside handover for the improvement of nursing quality in an Italian hospice. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing*, 14(3)ss 216-224. doi:10.1097/NJH.0b013e318243251f [Hämtad: 18-01-09]
- *Wollenhaup, C. A., Stevenson, E. L., Thompson, J., Gordon, H. A., & Nunn, G. (2017). Implementation of a Modified Bedside Handoff for a Postpartum Unit. *Journal Of Nursing Administration*, 47(6) ss 320-326. doi:10.1097/NNA.0000000000000487 [Hämtad: 18-01-09]

6. Bilagor

6.1 Bilaga 1

Författare (+ publ.år studie-land)	Titel	Design och eventuellt ansats	Undersöknings-grupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Anderson, C., & Mangino, R. (2006) USA	Nurse Shift Report: Who Says You Can't Talk in Front of the Patient?	Kvalitativ och kvantitativ ansats	Okänt antal patienter och sjuksköterskor på en medicinavdelning	Observationer och enkäter	Framgång ej (medel)
Athwal, P., Fields, W & Wagnell, E. (2009) USA	Standardization of Change-of-Shift Report	Kvalitativ ansats	70 sjuksköterskor, medicinavdelning	Intervjuer	Framgång ej (medel)
Boshart, B. (2016) USA	Reimplementing bedside shift report at a community hospital	Kvalitativ analys	250 Sjuksköterskor, 2 medicinsk-kirurgiavdelning, IVA, telemetriavdelning, kvinno-klinik	Intervjuer	Framgång ej Medel
Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010), Australia	Bedside nursing handover: A case study	Kvalitativ analys	68 sjuksköterskor, tre medicinavdelningar	Semistrukturerad observation och intervjuer	Berätande analys (Narrative, kvalitativ) hög

Chapman, Y. L. (2016), USA	Nurse Satisfaction with Information Technology enhanced bedside handoff	Kvantitativ analys	46 sjuksköterskor på två medicinska avdelningar	Enkäter	Statistisk analys hög
Givens, S. E., Skully, C., & Bromley, G (2016) USA	Psychiatric Inpatient Bedside Handoff	Kvantitativ ansats	3 sjuksköterskor från en psykiatrisk avdelning	Enkäter	Statistisk analys hög
Jeffs, L, Acott, A., Simpson, E., Campbell, H., Irwin, T., Lo, J., Beswick, S & Cardoso, R (2013) Canada	The Value of Bedside Shift Reporting	Kvalitativ ansats	Okänt antal sjuksköterskor på en akutavdelning	Intervjuer	Koding Hög
Johnson, M & Cowin, L(2013), Australien	Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets	Kvalitativ ansats, innehållsanalys	30 sjuksköterskor, IVA, neonatal och operationsavdelningar	Semistrukturerade intervjuer	Transkribering hög
Evans, D., Grunawait, J., McClish, D., Wood, W., & Friese, C. R. (2012) USA	Bedside shift-to-shift nursing report: Implementation and outcomes	Kvantitativ analys	42 sjuksköterskor på en medicinsk avdelning	Enkäter	Statistisk analys hög

Maxson, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D. M., & Foss, D. M. (2012) USA	Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety	Kvantitativ ansats, tvärsnittsstudie(?)	15 sjuksköterskor medicinavdelning	Enkäter	Statistisk analys hög
Philipin, S. (2006) England	'Handing over': transmission of information between nurses in an intensive therapy unit	Kvalitativ ansats	15 sjuksköterskor på vårdavdelning (ITU)	Etnografiska observationer	Kodning hög
Radtke, K. (2013) USA	Improving Patient Satisfaction With Nursing Communication Using Bedside Shift Report	Kvantitativ och kvalitativ ansats	Okänt antal sjuksköterskor och patienter på en medicinsk- kirurg avdelning	Intervjuer och enkäter	Transkribering och statistisk analys hög
Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2014) USA	A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation	Kvantitativ analys	233 Patienter och 148 sjuksköterskor, 7 medicin/kirurg avdelningar	Semistrukturerad intervju	Statistisk analys hög
Taylor, S-J. (2015) USA	Improving Patient Safety and Satisfaction With Standardized Bedside Handoff and Walking Rounds	Kvalitativ ansats	17 sjuksköterskor på onkologisk avdelning	Enkäter	Statistisk analys hög

<p>Tidwell, T., Edwards, J., Snider, E., Lindsey, C., Reed, A., Scroggins, I., Zarski, C & Brigance, J. (2011)</p> <p>USA</p>	<p>A nursing pilot study on bedside reporting to promote best practice and patient-family-centered care</p>	<p>Kvantitativ ansats</p>	<p>Patienter, anhöriga och sjuksköterskor på en neuro-avdelning</p>	<p>Enkäter</p>	<p>Statistisk analys</p> <p>Hög</p>
<p>Tobiano, G., Whitty, J. A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017) Australien</p>	<p>Nurses perceived barriers to bedside handover and their implication for clinical practice</p>	<p>Kvalitativ analys</p>	<p>200 sjuksköterskor på akut vårdavdelningar.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Kodning</p> <p>hög</p>
<p>Wildner, J., & Ferri, P. (2012) Italien</p>	<p>Patient participation in change-of-shift procedures</p>	<p>Kvantitativ och kvalitativ analys</p>	<p>18 Patienter och 20 sjuksköterskor, onkologiavdelning</p>	<p>strukturerade intervjuer</p>	<p>Statistisk analys</p> <p>hög</p>
<p>Wollenhaup, C. A., Stevenson, E. L., Thompson, J., Gordon, H. A., & Nunn, G. (2017)</p> <p>USA</p>	<p>Implementation of a modified bedside handoff for a postpartum unit</p>	<p>Kvantitativ analys</p>	<p>28 sjuksköterskor på en postpartum avdelning.</p>	<p>Enkäter</p>	<p>Statistisk analys</p> <p>hög</p>

Bilaga 2. Översikt av inkluderade artiklarnas syfte och resultat

Författare	Syfte	Resultat
<p>Anderson, C., & Mangino, R. (2006) USA</p>	<p>Att se vilka fördelar det finns med bedsiderapportering, hur en avdelning genomförde rapporteringen.</p>	<p>Det sparades in mycket övertid med bedsiderapportering då det var en effektiv metod och det hjälpte sjuksköterskorna att prioritera sina dagar bättre. Dagarna gick därför smidigare. Bedsiderapporteringen förbättrade även kommunikationen och gjorde så att stämningen personal emellan blev bättre och alla blev mer ansvarstagande. Orosmoment kunde ibland vara att tala inför patienten dock.</p>
<p>Athwal, P., Fields, W & Wagnell, E. (2009) USA</p>	<p>Syftet med denna artikel är att beskriva ett kliniskt sjuksköterskelett initiativ för att utforma en standardiserad skift-rapport</p>	<p>Bedsiderapportering visas vara tillfredställande då det sparar in tid för det är en effektiv metod att rapportera på. Att rapportera inför patienten bidrar också till en lugnare miljö då patienten känner sig nöjd efter bedsiderapporteringen och larmar därför inte lika mycket. Det visar även vara ett gott resultat gällande antalet fall-olyckor på avdelningen, detta tros bero på att sjuksköterskan får se patienten och hinner se patientens behov innan patienten hinner ramla.</p>
<p>Boshart, B. (2016) USA</p>	<p>Att återinföra bedsiderapportering genom en kvalitetsförbättringsprocess.</p>	<p>Efter tre månaders planering och genomförande så kunde vårdchefen bekräfta att alla sjuksköterskor har använt sig av detta sätt att rapportera vid de slumpmässiga kontrollerna. Vissa utmaningar hade de stött på men efter denna mall som skapats så gick rapporteringen bättre.</p>
<p>Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Australia</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors uppfattning efter genomförd bedsiderapportering</p>	<p>De upplevda resultaten kategoriserades som förbättrad noggrannhet och service, och främjande av patientcentrerad vård. De kom även fram till att även om bedsiderapportering inte är normen så bidrar det till en patientcentrerad tillvägagångssätt.</p>

<p>Chapman, Y. L. (2016) USA</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors tillfredställelse med kommunikation samt komfortnivå med hjälp av ett IT-verktyg.</p>	<p>Sjuksköterskorna var nöjda med IT-verktyget som ledde till bättre sängvårdhantering. Det gav en drivkraft att utveckla sitt sätt att rapportera mellan de olika skiften. Det var dock en skillnad i svaren, beroende på hur länge personalen hade jobbat samt ålder. Det lyfte möjligheten att främja patientsäkerhet, förbättra patientresultat samt stärka kommunikationen mellan sjuksköterska och patient.</p>
<p>Evans, D., Grunawait, J., McClish, D., Wood, W., & Friese, C. R. (2012) USA</p>	<p>Att implementera bedsiderapportering vid skiftbyte och studera utfallet.</p>	<p>Efter att sjuksköterskorna har använt sig av rapportering vid sängkanten så framgick det att tidsåtgången till rapporteringen minskade och förbättrad omvårdnadstillfredställelse.</p>
<p>Givens, S. E., Skully, C., & Bromley, G (2016) USA</p>	<p>Sjuksköterskors svar på implementering av bedsiderapportering</p>	<p>Sjuksköterskor visar en stor belåtenhet i och med att bedsiderapportering är en effektiv metod som sparar in mycket tid och som engagerar patienter som underlättar sjuksköterskans arbete. Dock anses det riskabelt och tidsbegränsat med patientens närvaro då patientens funderingar kan försena rapporteringen och därmed resten av arbetsdagen.</p>
<p>Jeff, L., Acott, A., Simpson, E., Campbell, H., Irwin, T., Lo, J., Beswick, S & Cardoso, R (2013) Canada</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av överrapportering vid sängkanten</p>	<p>Studien belyser sjuksköterskors erfarenheter av bedsiderapportering. Resultatet visar att det anses fördelaktigt att se patienten vid passets start och att patienten närvarar under hela rapporteringen för att kunna delta då det resulterar i ett mer patientsäker vård och det hjälper sjuksköterskan att planera sin arbetsdag från prioritet. Att rapportera inför patient och anhöriga bidrar även till att sjuksköterskan presterar bättre och detta förbättrar kommunikationen.</p>

<p>Johnson, M & Cowin, J (2013) Australia</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskans perspektiv av implementering av bedsiderapportering och skriftliga överlämningsdokument</p>	<p>Denna studie lyfter sjuksköterskors erfarenheter av bedsiderapportering. De beskriver olika fördelar som att det bidrar till mindre trängsel på sjuksköterskeexpeditionen. En annan fördel är att sjuksköterskorna blir bra på att kommunicera och involvera patienten i vården. Nackdelar som lyfts är att närvaron av patienten gör så att rapporteringen kan bli avbruten av funderingar och informationen inte framgår. Det kunde även anses vara en brist i kommunikationen om någon av deltagande parter var dålig på engelska och informationen inte framgick av den anledningen.</p>
<p>Maxson, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D. M., & Foss, D. M. (2012) USA</p>	<p>Att undersöka om bedsiderapportering främjar patientsäkerheten</p>	<p>Sjuksköterskorna prioriterar bättre då de får direkt en visuell bild av patienten och dess tillstånd. Blir bättre på att ta ansvar. Bättre relation personal emellan. Duktigare på att kommunicera och informera. Bättre förberedda som leder till snabbare åtgärd. Patienterna larmar mindre under skiftbytet för att de fått alla frågor besvarade. Patienten har även en stor talan vid överrapporteringen vilket leder till att sjuksköterskan måste visa ett större engagemang.</p>
<p>Philipin, S. (2006) England</p>	<p>Illustrera hur insikter från antropologi kan användas för att utforska informationsöverföring mellan sjuksköterskor</p>	<p>Studien har utifrån observationen tagit fram hur sjuksköterskorna arbetar med bedsiderapportering. Det framgick att sjuksköterskorna framförde noggranna och detaljerade rapporter under en väldigt kort tid. Observationerna visade även att sjuksköterskorna visade ett stort engagemang för patienterna vilket framgick vid rapporteringarna.</p>
<p>Radtke, K. (2013) USA</p>	<p>Testar och utvecklar bedsiderapportering i syfte att öka belåtenheten bland patienterna.</p>	<p>Bedsiderapporteringen förbättrar kommunikation sjuksköterskorna emellan och även till patienten. Detta hjälper dom att utbilda patienter och anhöriga vilket bidrar till stöttande av egenvård och patienten har därför större ansvar under vårdtiden. Detta förbättrar säkerheten. Patienterna känner sig nöjda över att träffa sjuksköterskan och larmar därför mindre och bidrar till en lugnare miljö på avdelningen. Det blir ett bättre samarbete på avdelningen och sjuksköterskorna visar ett större engagemang och kan därför besvara alla frågor patienterna har.</p>

<p>Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2014) USA</p>	<p>Att kvantifiera resultatet av byte till bedsiderapportering</p>	<p>Sjuksköterskornas uppfattningar kring detta sätt att rapportera förbättrades mycket, speciellt inom patientsäkerhet och engagemang i vården, samt deras ansvarsskyldighet ökade. Det framkom ingen signifikant skillnad i tidsåtgången. Både patienter och sjuksköterskor kunde medge att varje rapportering inte alltid var konsekvent genomförd.</p>
<p>Taylor, S-J. (2015) USA</p>	<p>Att undersöka om patientens säkerhet och tillfredsställelse förbättras med bedsiderapportering</p>	<p>Det ansågs positivt att träffa patienten i början av skiftet då det förbättrade relationen och dialogen. Tilliten blir stärkt och det blir lättare att prioritera under dagen vilket bidrar till en mer planerad och strukturerad dag. De barriärer som lyftes var att det ansågs vara problematiskt att rapportera ute på avdelningen då det är lätt att bli störd av avdelnings-oväsen som larmklocka och telefoner som ringer. Detta kan göra att det blir svårt att uppfatta allt som sägs vid rapporteringen.</p>
<p>Tidwell, T., Edwards, J., Snider, E., Lindsey, C., Reed, A., Scroggins, I., Zarski, C & Briggance, J. (2011) USA</p>	<p>Att utvärdera effektiviteten av bedsiderapportering på en pediatrik neurologisk avdelning</p>	<p>Resultaten visar att bedsiderapportering gör en stor skillnad i tid då det sparar in många timmar i övertid</p>
<p>Tobiano, G., Whitty, J. A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017) Australia</p>	<p>Att utforska och förstå barriärer sjuksköterskor uppfattar när de genomför bedsiderapportering.</p>	<p>Resultatet delades in i tre olika kategorier. Första var om sjuksköterskors oro över patienter och tredje part hörde känslig information. Andra var om det störda kommunikationsflödet, från kollegor, patienter eller anhöriga. De upplevde att det kunde bli mycket prat som bidrog till ökad tidsåtgång. Sista kategori de benämner är patienters egna åsikter eller förmågor hindrade rapporteringen.</p>
<p>Wildner, J., & Ferri, P. (2012) Italien</p>	<p>Undersöka patienters upplevelser av bedsiderapportering.</p>	<p>Efter genomförd rapportering så var det väldigt positivt hos många patienter. Bedsiderapportering ökade kvaliteten hos patienterna. Det hjälpte även till med relationen mellan patient och sjuksköterska. Sjuksköterskorna kom fram till att det var svårt att ta hänsyn till sekretessen och hur mycket som skulle sägas under rapporten. De var även oroade över tidsåtgången.</p>

Wollenhaup, C. A., Stevenson, E. L., Thompson, J., Gordon, H. A., & Nunn, G. (2017) USA	Syftet med detta kvalitetsförbättringsprojekt var att framgångsrikt genomföra en modifierad sängmodell, med viss rapport utanför och några inuti patientens rum, i en postpartum-enhet.	Två månader efter genomförandet var det en ökning av vårdbehovet när det gällde komplettering av alla aspekter av modellen samt en ökning av såväl patientens som personalens tillfredsställelse i processen.
---	---	---