

Självständigt arbete på grundnivå

Independent degree project – first cycle

Omvårdnad C – Vetenskapligt arbete 15 hp

Nursing Science C 30 credits

Strukturerade rapporters betydelse för sjukvården

Anton Berglund

Niklas Olofsson



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Abstrakt

Bakgrund: Rapportering är ett kritiskt moment för att bibehålla en säker vårdkedja för patienterna, dock saknas ofta fasta rutiner för hur rapporteringen ska gå till. Strukturerade rapporter har för avsikt att standardisera överföringen av patientuppgifter och därmed stärka patientsäkerheten. **Syfte:** Att belysa betydelsen av att använda en strukturerad rapportering av patienter inom sjukvården. **Metod:** Litteraturöversikt där studier med flera olika former av strukturerade rapporter granskas. **Resultat:** Utifrån artikelgranskningen uppkom tre huvudkategorier; Rapporters kvalitet och säkerhet inom vården, Sjuksköterskans roll samt Patientperspektiv. Strukturerade rapporter hade positiv effekt på patientsäkerheten och ledde till en reduktion av antalet vårdincidenter. Rapporterna kunde även ta mindre tid med en strukturerad metod. Sjuksköterskorna upplevde att de fick en ökad förmåga att ta ansvar för patientens vård och att kommunikationen sinsemellan förbättrades. När strukturerade rapporter innefattade patientnära moment fick det patienterna att känna sig mer välinformerade och involverade i sin vård. **Diskussion:** Trots att strukturerade rapporters olika metoder kan skiljas åt sinsemellan går det att se hur de har positiva effekter på rapporters kvalitet och därigenom vården i stort. **Slutsatser:** Strukturerade rapporter har visat sig ha betydelse för rapporternas kvalitet. Forskningsområdet är dock nytt och fler studier behövs för att avgöra vilka metoder som ger bäst resultat.

Nyckelord

Kommunikation; Litteraturöversikt; Patienttillfredsställelse; Patientsäkerhet; Patientöverlämning; Sjuksköterskans roll

Strukturerade rapporters betydelse för sjukvården

Anton Berglund

Niklas Olofsson

Mittuniversitetet, Sundsvall

Institutionen för hälsovetenskap

Omvårdnad, C

April 2013

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	3
Metod.....	3
Resultat.....	5
Rapporters kvalitet och säkerhet inom vården	6
Vidareförmedling av patientuppgifter	6
Incidentreduktion.....	7
Sekretess	8
Tidsåtgång och ekonomiska aspekter.....	9
Sjuksköterskans yrkesutövande.....	10
Ökat ansvarstagande och underlättade prioriteringar.....	10
Sjuksköterskors kommunikation.....	10
Patientperspektiv.....	11
Ökad tillfredsställelse av vården.....	11
Ökad delaktighet i vården och förbättrade vårdrelationer	12
Diskussion	12
Resultatdiskussion	12
Metoddiskussion.....	17
Slutsatser	19
Referenser	20
Bilagor	23

Bilaga 1: Artikelsammanställning

Bilaga 2: Granskningsmall

Bakgrund

Att arbeta med patientsäkerhet handlar om att förhindra att patienter drabbas av vårdskador. Detta bedrivs både på individnivå där sjukvårdspersonalen har personligt ansvar för att förhindra att fel uppkommer samt på en systemnivå för att på ett övergripande plan identifiera både inträffade vårdskador samt situationer då det varit risk för dessa att inträffa, och sätta in åtgärder för att motverka att de uppstår i framtiden. (Öhrn 2009, ss. 371-401).

Skador som förekommer inom hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd, vård eller behandling kallas för vårdskador. (Socialstyrelsen, 2009). Socialstyrelsen har uppskattat att närmare nio procent av alla som vårdas inom sjukvården drabbas av en vårdskada. Dessa vårdskador innefattar både tillfälliga skador, permanenta funktionsnedsättningar, samt dödsfall och leder till att patienterna behöver extra vårddyggn på sjukhus samt vidare behandling inom öppenvården. I snitt leder tio procent av alla vårdskador till bestående men och tre procent till att patienten avlider. Även när vårdskadan är övergående kan det ta upp till ett år för patienten att återhämta sig helt (Socialstyrelsen, 2008).

I Socialstyrelsen (2005) "Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska" anges att en av sjuksköterskans uppgifter är att arbeta för att bevara samt stärka säkerheten och kvalitén i vården. I SOSFS 2005:12 (2005) anges det att en av delarna i patientsäkerhetsarbetet omfattar överföringen av information om patienter, dels inom den egna yrkesgruppen men även vid samverkan med andra yrkesgrupper inom vårdprocessen. I SFSR 2010:659 (2010) anges att vårdgivare har en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innefattar att utreda uppkomna vårdskador samt vidta åtgärder för att förhindra att de upprepas.

Överförandet av information, i detta arbete kallat rapportering, handlar om utbytet av verbal eller skriftlig information mellan förmedlare och mottagare då ny personal görs insatt i patientens tillstånd och behandling och övertar ansvaret för patientens fortsatta vård (Andersen et al., 2012). Det finns flera viktiga element i informationen som ska föras vidare muntligt under rapportering av patienter. Utöver personuppgifter så ska även patientens diagnos, nuvarande status, medicinsk och sociala bakgrund samt resultat från undersökningar och provsvar förmedlas. Detta gäller även vilken läkare som är involverad i patientens behandling och uppkommande planerade åtgärder som ska föras vidare till nästa person i vårdkedjan (Massey & Nelson, 2010).

Patientnära rapporter innefattar att delar av rapporten sker hos patienten, normalt inne på patientens sal. Patienten kan ta del av den information som rapporteras och personalen kan samtidigt få en bättre uppfattning om patientens nuvarande tillstånd och behandling (Massey & Nelson, 2010).

Genom oklarheter eller avsaknad av delar i överföringen av information kan viktiga detaljer om patienters tillstånd och behandling missförstås eller förloras, vilket försätter patienter i en risksituation. Brister i kommunikationen kan bero på flera orsaker som direkta språkbrister, avdelningarnas grundläggande upplägg av rapporteringen, att viktig information missas att tas med i rapporteringen samt arbetsbelastningen på avdelningen. Bristerna kan förekomma både vid rapportering på avdelningen, då patienten inkommer till sjukhus med ambulans samt då patienten förs över mellan två sjukhus (Andersen et al., 2012).

Det har setts att brister i rapporteringen vid skiftbyten och avsaknaden av protokoll för hur de ska genomföras är bakomliggande orsak till många vårdincidenter. Metoden för att bedriva en rapport kan skilja sig avsevärd mellan personal på samma avdelning efter individuella uppfattningar om vad som är väsentlig och hur det ska föras vidare. Till följd av dessa brister kan patienter drabbas eller riskera att drabbas av vårdskador (Clark, Heyme, Mickle, Petrie, & Squire, 2009). Studier på rapporteringen under skiftbyten har visat på att sjuksköterskorna regelbundet saknade relevant information för att kunna gå direkt från rapporteringen till patientvård. Främst var det information om patienters medicinering, ordinationer och provsvar som inte tagits upp under rapporten och som sjuksköterskan som gick på sitt skift därför behövde komplettera (Blaz, Clark, Kapsondy & Staggers, 2012).

Brister med rapporteringen har visat sig kunna leda till att vården blir inadekvat eller fördröjs, och patientskador uppstått, ibland av sådan allvarlig karaktär att patienten behövde byta avdelning, behandlas på en intensivvårdsavdelning eller att patienten tog sådan skada att de avled. Individuella metoder som förlitat sig på envägskommunikation och ”att göra” listor har visat sig otillräckliga i att säkerställa en säker överlämning där information inte förloras varför det är viktigt att överlämningen sker strukturerat och sakligt (Berger, Sten & Stockwell, 2012).

För att säkerställa en god rapportering av patienter finns det flera rapporteringsverktyg som sjukvårdspersonal kan använda. SBAR är ett sådant verktyg som initialt togs fram inom det militära för att ha ett system i rapporteringen som är lätt att minnas och har en logisk ordning i vilket rapporteringen av patientinformation följer en given mall (Clark et al., 2009).

Rapporteringar och former av rapporteringsverktyg varierar mellan vårdpersonal, avdelningar och sjukhus, dels efter den form av vård som ges men även till följd av enskilda individers åsikter. Under senare år har man börjat fokusera på att standardisera hur rapporterna utförs för att öka deras kvalitet och därmed stärka patientsäkerheten (Cohen & Hillgoss, 2012).

Utifrån detta, samt att vi under vår kliniska praktik i sjuksköterskeutbildningen upplevt brister i rapporteringen, vilket har lett till att patienter kommit till skada eller riskerat komma till skada, vill vi undersöka vilken betydelse en strukturerad rapportering har för patientsäkerheten, samt hur sjukvårdspersonal och patienter upplever ett strukturerat rapporteringssystem.

Syfte

Att belysa betydelsen av att använda en strukturerad rapportering av patienter inom sjukvården.

Metod

För att undersöka nuvarande forskning inom området har en beskrivande litteraturoversikt valts som metod. Denna metod kan med fördel användas då författaren söker att systematiskt beskriva kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsområde. Tillvägagångssättet är ett vitt sökande efter relevant data med utgångspunkt från valt problemområde. Vid detta förfarande kan artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats bidra med väsentlig information (jmf Friberg, 2012 ss. 115-123).

Datainsamling, urval och granskning

Artiklar har sökts genom de omvårdnadsorienterade databaserna Cinahl och PubMed. Sökorden har varit patient handoff, patient handover, shift report, structured handover samt patient safety. Sökorden har kombinerats för att nå bästa möjliga träffbild och urvalsprocessen genomfördes i fyra steg, se tabell 1. Alla artiklar som använts har varit peer reviewed. Studier som behandlat olika former av skillnader mellan strukturerad och ostrukturerad rapportering har inkluderats. Vidare har alla yrkesprofessioner inom hälso- och sjukvården som hanterat standardiserad överlämning samt patienter med erfarenhet av tillvägagångssättet uppfattats som relevanta. Artiklar som inte funnits tillgänglig i fulltext online har exkluderats. Detta har även gjorts med studier som inte författats på engelska samt de som inte publicerats inom de senaste 10 åren. Totalt 40 artiklar som svarat mot dessa

olika kriterier samt mot denna litteraturoversikts syfte har granskats enligt en granskningsmall inspirerad av Hellzén, Johanson och Pejlar för urval i SBU-rapport (1999) och värderats enligt granskningsmall inspirerad av Carlsson och Eiman (2003), se bilaga 2. Studier som visat på en låg kvalitet har exkluderats.

Tabell 1. Översikt av litteratursökningar, genomförd 2013-02-27.

Databas	Avgränsningar	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3	Urval 4
Chinal	Senaste 10 åren Peer review	Patient handoff [Fri text]	134	82	16	8	4
Chinal	Senaste 10 åren Peer review	Patient handover [Fri text]	187	135	20	7	4
Chinal	Senaste 10 åren Peer review	MM* "Hand Off (Patient Safety)"	174	150	18	7	2
Chinal	Senaste 10 åren Peer review	MM* "Shift reports"	210	180	22	8	3
PupMed	Senaste 10 åren	Patient handoff [Fri text]	189	189	38	9**	4
PubMed	Senaste 10 åren	Structured handover [Fri text]	49	25	8	1**	1

Urval 1 – artiklarnas abstrakt lästes. **Urval 2** – hela artiklar lästes. **Urval 3** – artiklar för granskning. **Urval 4** – artiklar valda till resultat.

MM* - Exact major subject heading

** - Kontroll att valda artiklar är Peer review

Analys av data

Valda artiklar har lästs igenom upprepade gånger för att deras innehåll och kontext ska förstås. Studiernas design, metod samt de delar av resultatet som svarade mot syftet till detta arbete har identifierats och sammanställts i en tabell, se bilaga 1. Detta för att få en ordentlig översikt av de valda artiklarna. Fokus har dock legat på de inkluderade studiernas

resultatdelar. De undersökta texterna har utifrån vad innehållet behandlat delats in i tre huvudkategorier. Därefter har likheter och skillnader i texterna identifierats och sorterats till att forma 8 underkategorier som placerats till de huvudkategorier de motsvarar.

Huvudkategorier och underkategorier kan ses i tabell 2 (jfr. Friberg, 2012, ss. 115-123).

Tabell 2. Huvudkategorier och Underkategorier.

Huvudkategorier	Rapporters kvalitet & säkerhet inom vården	Sjuksköterskans yrkesutövande	Patientperspektiv
Underkategorier	Vidareförmedling av patientuppgifter	Ökat ansvarstagande & underlättade prioriteringar	Ökad tillfredsställelse av vården
	Incidentreduktion	Sjuksköterskors kommunikation	Ökad delaktighet i vården och förbättrade vårdrelationer
	Sekretess		
Tidsåtgång och ekonomiska aspekter			

Etiska överväganden

I denna litteraturöversikt har vi genomfört urvalet och artikelgranskningen så neutralt som möjligt och arbetat för att ta fram de artiklar som på bästa sätt beskriver utkomsten av strukturerade rapporter. Vi har inkluderat både positiva och negativa delar av strukturerade rapporteringar och arbetat för att materialet som presenteras ska vara objektivt. Etiska aspekter i artiklarna som använts har bedömts, och endast studier som bedömts vara etiskt godtagbara har använts i denna litteraturöversikt.

Resultat

Litteraturöversikten baseras på 16 Kvantitativa artiklar, en Kvalitativ artikel samt en artikel av Mixed design. Information om artiklarnas kvalitet och metod kan ses i bilaga 1. Resultatet presenteras utifrån tre huvudkategorier Rapporters kvalitet & säkerhet inom vården, Sjuksköterskans yrkesutövande, samt Patientperspektiv som alla framkom vid analysen, se tabell 2.

Rapporters kvalitet och säkerhet inom vården

I detta avsnitt redogörs för hur överföringen av vidareförmedlingen av patientuppgifter förbättrats och att antalet inträffade vårdincidenter reduceras efter att strukturerade rapporter införts. Genom att personalen anammar en gemensam och systematiskt rapportering kan de förbättra vidareförmedlingen av patientuppgifter och därmed uppnå en reduktion av antalet vårdincidenter som sker på avdelningarna. Det belyses även att sekretessen kan bibehållas trots att delar av rapporteringen sker patientnära. Vidare illustreras hur strukturerad rapportering har betydelse för tidsåtgång samt ekonomiska aspekter för avdelningar.

Vidareförmedling av patientuppgifter

Efter att strukturerade rapporteringsmetoder införts kunde man se en förbättring i rapporternas innehåll gällande patientdata, diagnos, sjukdomshistoria och pågående vård. Patientuppgifterna som fördes vidare var även mer korrekt än innan interventionerna (Evans, Friese, Grunawalt, McClish & Wood, 2012; Arnett, Domanski & Salerno, 2009). Införandet av checklistor för rapporteringen på en intermediär vårdavdelning, där implementationen inkluderade simulationsövningar för sjuksköterskorna, visade sig göra dem bättre på att informera om särskilda händelser under föregående pass, framföra vårdplanerna för patienterna och nämna patienternas vitala parametrar i samband med rapporteringen. Sjuksköterskorna som gick på sitt skift blev dessutom bättre på att kontrollera pågående läkemedelsinfusioner samt se över inställningarna på eventuella respiratorer. Dock kunde det inte ses en förändring i hur ofta larmparametrarna på övervakningsutrustningen kontrollerades (Berkenstadt et al., 2008).

Att under rapporteringen utgå från ett formulär har visat sig förbättra rapporternas kvalitet gällande både i vad som nämns och i detaljrikedomen av det som tas upp. Detta omfattar patienters nuvarande status, hälsohistoria, vårdbehov, att detaljerade observationer nämns samt att patientens vårdplaner förs vidare till nästa skift (Ang, Lee & Kasinathan, 2012;

Arnett et al., 2009). I Evans et al. (2012) redovisas att användandet av ett strukturerat formulär vid rapportering resulterade i ett mer sakligt språk och att man i enlighet med sjukhusets riktlinjer undvek att använda akronymer. I en studie av Arnett et al. (2009) visas att sjuksköterskornas som gick på sitt skift i mindre grad upptäckte att det förekom patientinformation som missats att tas upp vid förgående skiftbyte när struktur i rapportering införts. Det förekom även en förbättring i överföringen av uppsatta beredskapsplaner om det skulle ske en försämring av vitalparametrar som bedömdes särskilt viktiga.

Vid användandet av en elektronisk mall där sjuksköterskorna kunde föra in patientuppgifter under arbetspassets gång och sedan använda detta som grund vid rapporteringen under skiftbyten visade det sig att förberedelserna inför skiftbytet blev enklare. Då sjuksköterskor som gick på sitt skift fick informationen utskrivna till sig kunde rapporteringen genomföras mer effektivt och fokus kunde läggas på att tydliggöra information om patienterna och svara på frågor från personal som gick på nästa skift (Massey & Nelson, 2010). Dressler, Leong, Payne och Stein (2012) påvisar att elektroniska mallar i rapporteringen hjälpte sjuksköterskorna lyfta upp de viktigaste patientuppgifterna i rapporteringen och fick studiens deltagare att känna sig mer säkra i den information som förmedlades.

Genom att strukturera rapporteringen vid skiftbyten för läkarstudenter och läkare kunde antalet felaktigheter under rapporteringen minska, samtidigt som patientuppgifterna upplevdes mer komplett och gav en tydligare bild av patienterna (Ahmed, Ilyas, Khan, Mehmood & Rehman, 2012; Chopra, Darosa & Makoul, 2008). I en studien av Ahmed et al. (2012) visas det att läkare blev bättre på att föra vidare patienters vårdplaner, prover som tagits samt om patienten bedömts av andra läkare än den patientansvariga läkaren under det senaste passet. Chopra et al. (2008) visar att strukturerade rapporter mellan läkarstudenter även hjälper sjuksköterskorna på avdelningen avgöra när skiftbytet äger rum.

Incidentreduktion

Strukturerade rapporteringar har visat sig kunna reducera antalet missar som förekommer i rapporter samt minska antalet incidenter som äger rum i vården där patienter kommit till skada eller riskerat komma till skada (Dressler et al., 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2012). Efter att rapporternas struktur i Arnett et al. (2009) förbättrats och man fått ner antalet brister i rapporterna sjönk antalet vårdåtgärder som missades att utföras samt att efterkommande skift i mindre utsträckning noterade att det fanns patientåtgärder som tidigare skiftlag missats att utföra. I Dressler et al. (2012) skedde det en reduktion av antalet upptäckta risksituationer

där patienter kunnat drabbas av vårdskador efter att studiens intervention genomförts. Förändringen skedde trots att situationen på avdelningen inte förändrades under de fem månader utfallet studerades och patientantalet under perioden inte varierade märkvärt.

Genom att förbättra metodiken för hur rapporteringen utfördes och vem som hade patientansvaret medan rapporterna pågick kunde sjuksköterskorna i studien av Athwal, Fields & Wagnell (2009) minska antalet obesvarade patientlarm som uppkom under den halvtimme rapporterna pågick från att ligga på i snitt sex till att vara mycket sällsynta. Antalet fallolyckor sjönk också från att vara omkring två varje månad till att det förekom en enskild fallolycka under den efterföljande sexmånadersperioden. Även Sand-Jecklin och Sherman (2012) visade att sjuksköterskorna genom att ha en ordnad struktur på rapporteringen som fokuserade på patientens behov och riskområden kunde reducera antalet fallolyckor, detta med en tredjedel efter att interventionen genomförts.

Medicinska incidenter kunde reduceras efter att rapporterna fått ett ökat fokus på patienternas behandling och var mer kompletta. I en studie Haig, Sutton och Whittington (2006) påvisades en reduktion av antalet rapporterade läkemedelsinteraktioner per 1000 vård dagar från 29,97 innan interventionen till 17,64 efter att rapporteringssystemet införts. Det kunde även ses en reduktion av antalet avvikelserapporter per 1000 vård dagar från 89,9 innan det strukturerade systemet infördes, sett mot 39,96 efter implementeringen. I Wilson (2011) visades en fortgående, kontinuerlig reduktion av antalet kliniska incidenter under den ettårsperiod studien pågick. Det skedde färre tillbud gällande bland annat medicinering, blodtransfusioner och infektionshantering.

Sekretess

Initialt visade sig införandet av rapporteringssystem skapa motstånd hos personalen som upplevde att den nya metoden begränsade sjuksköterskorna i hur de kunde lägga upp rapporteringen och att när rapporterna innefattade en patientnära del förekom det en sämre grad av patientsekretess om de skedde i flerbäddssalar (Clark et al., 2009; Donohue-Porter & Thomas, 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2010; Wilson, 2011). Genom att enbart ta upp känsliga aspekter av rapporteringen innan den patientnära delen av rapporteringen visade i en studie av Evans et al. (2012) samt Wilson (2011) att sjuksköterskorna inte upplevde patientnära rapporteringar sämre ur en sekretessmässig synvinkel. I en studie av Chaboyer, Gehrke, Johnson, McMurray och Williams (2011) visades att patienter som deltog i

patientnära rapporter på flerbäddssalar inte upplevde det som besvärande ur ett sekretessmässigt perspektiv.

Tidsåtgång och ekonomiska aspekter

Efter att rapporteringen lagts upp i strukturerade former förbättrades informationsflödet mellan sjuksköterskorna vilket medförde att rapporterna tog mindre tid, och denna förändring var inte övergående utan bestod månader efter dess implementering (Ang et al., 2012; Evans et al., 2012). När rapporteringen tog mindre tid räckte den schemalagda tiden för rapporteringar bättre och personalen som gick av sitt skift behövde i mindre utsträckning arbeta övertid. Från att rapporterna tidigare i genomsnitt tagit 66 minuter sjönk detta till 39 minuter efter införandet av ett ordnat rapporteringssystem. Då den schemalagda tiden för rapporter var 30 minuter resulterade minskningen i att sjuksköterskornas övertidsarbete sjönk med 27 minuter (Massey & Nelson, 2010). I en studie av Ang et al. (2012) framgick det hur sjuksköterskorna på en onkologisk vårdavdelning kunde reducera tiden för rapportering med i snitt 21 minuter. Då det var åtta sjuksköterskor som arbetade per skift resulterade besparingen totalt i över 170 minuter där avdelningens sjuksköterskor kunde ägna sig åt andra aktiviteter.

När delar av rapporteringen förlades patientnära i Evans et al. (2012) ledde det initialt till en ökad tidsåtgång då patienterna tog över rapporterna. Efter att ha omarbetat strukturer för rapporteringarna och patienterna fick vänta med icke-akuta problem och frågor tills efter att rapporten var klar sjönk dock tidsåtgången från 45 till 29 minuter.

I ett tidigt skede av införandet av en patientcentrerad rapportering antydde sjuksköterskorna att tillvägagångssättet vara mer komplicerad och tog extra tid (Clark et al., 2009; Donohue-Porter & Thomas, 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2010). När sjuksköterskorna införlivats i användandet av strukturerade rapporteringsmetoder, och sjuksköterskorna såg samt upplevde positiva resultat av att använda ordnade system, förbättrades deras uppfattningar och personalen blev mer positivt inställd till införandet och användandet av strukturerade rapporter (Clark et al., 2009; Donohue-Porter & Thomas, 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2012). Sjuksköterskorna i studien av Sand-Jecklin och Sherman (2012) upplevde dock att införandet av strukturerade, patientnära rapporter ledde till att rapporteringen varaktigt blev mer stressig och att den fördröjde både patientvård och utskrivning av patienter.

När sjuksköterskorna i en studie dagligen blev tvungna att arbeta övertid för att hinna med att ge rapport till nästa skiftlag resulterade det i ökade lönekostnader för sjukhuset och avdelningen (Athwel et al., 2009; Massey & Nelson, 2010). Genom att förbättra rapporternas

struktur kunde man minska den genomsnittliga övertiden från 36 till 9 minuter vid skiftbyten, vilket till att sjuksköterskornas övertidskostnader på en avdelning sjönk med cirka 200 dollar per dag, vilket motsvarade en årlig besparing på närmare 74,000 dollar (Massey & Nelson, 2010).

Sjuksköterskans yrkesutövande

Denna huvudkategori beskriver hur en strukturering av rapporteringen kan stärka sjuksköterskornas yrkesutövande genom att förbättra sjuksköterskans ansvarstagande och underlätta deras prioritering av patienter och åtgärder. En ökad struktur i rapporteringen underlättar även sjuksköterskors kommunikation vilket gör att informationsöverföringen sker smidigare i samband med patientrapporteringen.

Ökat ansvarstagande och underlättade prioriteringar

Sjuksköterskorna beskrev att en strukturerad rapportering hjälpte dem ta ansvar för patienters vård och bättre prioritera vårdåtgärder (Donohue-Porter & Thomas, 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2012; Derby, Foss, Maxson & Wroblewski, 2012). En strukturerad överlämningsmetod ökade möjligheterna för sjuksköterskan att stämma av med tidigare omvårdnadspersonal om patienters medicinering samt förbättrar sjuksköterskans förmåga att ta över vården av patienten och ansvara för deras fortsatta vård. Att som ett moment av struktureringen förlägga delar av rapporten patientnära hjälpte sjuksköterskorna att prioritera ordningen för hur patientåtgärderna på avdelningen skulle läggas upp (Derby et al., 2012). Chaboyer, McMurray och Wallis (2010) beskriver hur införandet av strukturerad rapportering fick sjuksköterskorna att ta mer ansvar inför rapporteringen och spendera mer tid på att förbereda sig inför skiftbytet då rapporterna inkluderade patientnära delar.

Sjuksköterskors kommunikation

Införandet av strukturerade rapporter upplevdes av sjuksköterskorna förbättra kommunikationen under rapporterna (Chaboyer et al., 2011; Donahue-Porter & Thomas, 2012; Derby et al., 2012). Efter införandet av ett muntligt standardiserat rapporteringssystem upplevde 68 % av sjuksköterskorna i studien att kommunikationen sinsemellan under skiftbyten förbättrats och två tredjedelar av sjuksköterskorna upplevde även att deras kommunikation med läkare förbättrats efter interventionen (Clark et al., 2009).

Efter att struktur införts till skiftbytesrapporterna upplevde sjuksköterskorna att detta hjälpte dem ta emot information om avdelningarnas patienter och att de hade mer adekvat kunskap

för att direkt kunna ge patienter vård eller konsultera med annan sjukvårdspersonal angående patienter (Donohue-Porter & Thomas, 2012; Derby et al., 2012). Möjligheten att under patientnära moment av rapporteringen göra direkta observationer av patienter, samt rådgöra med personal från tidigare skift om patientstatus och vårdplaner, uppskattades av sjuksköterskorna som gick på sina skift. De upplevde även att de bättre kunde uppehålla en kontinuerlig vårdkedja av patienten. Sjuksköterskorna ansåg även att de erhöll en bättre helhetsuppfattning beträffande patientens faktiska hälsotillstånd när de mötte patienten som en del av rapporteringen än om rapporten skedde då patienten inte var närvarande (Chaboyer et al., 2010; Evans et al., 2012). Enligt Donohue-Porter och Thomas (2012) uppskattade nyexaminerade sjuksköterskor användandet av strukturerade rapporter efter att de börjat behärska förfarandet då de upplevde att standardiseringen hjälpte dem identifiera och förmedla de viktigaste delarna av patientinformationen.

Patientperspektiv

I detta avsnitt kartläggs hur patientnära moment av strukturerade rapporter kan verka positivt för vårdtagaren. Patientens tillfredsställelse av vården påverkas, och vårdtagarna upplever en ökad tillfredsställelse av vården, en ökad delaktighet i vården och förbättrade vårdrelationer med personalen. Slutligen kan de patientnära momenten av rapporteringen ge patienten möjlighet att uppleva hur sjuksköterskorna kommunicerar sinsemellan.

Ökad tillfredsställelse av vården

Patienterna kände sig mer nöjd med sin övergripande vård och att de hade möjlighet att påverka den när delar av rapporteringen började ske patientnära och deras upplevelser av sjukhusvården var mer positiv (Chaboyer et al., 2011; Derby et al., 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2012).

När patienternas nöjdhet med deras vård vid en av avdelningarna i Donohue-Porter och Thomas (2012) studie sjönk under pågående studie visade det sig att sjuksköterskorna på eget bevåg hade slutat med det patientnära momentet av rapporteringen. Efter att detta åtgärdats så ökade nöjdheten bland avdelningens patienter igen. I Chaboyer et al. (2011) såg man även att patienterna kunde ha en upplevelse av uteslutning om personalen pratade om dem i tredje person under den patientnära delen av rapporteringen.

Ökad delaktighet vården och förbättrade vårdrelationer

När patienterna var närvarande under rapporterna kunde de ta del av informationen och hade även möjlighet att uttrycka sina upplevelser av deras situation och hälsostatus. Detta ledde till att patienterna kände sig mer involverade i sin vård och att de hade möjlighet att påverka den (Chaboyer et al., 2011; Donohue-Porte & Thomas, 2012; Radtke, 2013). Patienterna ansåg att de hade en roll i att kontrollera och bekräfta deras pågående och tidigare behandling i samband med rapporterna och de upplevde även att den patientnära rapporteringen förbättrade personalens bemötande och att de sågs mer som individer än patienter (Chaboyer et al., 2011). Tack vare delaktigheten under rapporteringen upplevde patienterna att de bättre kunde berätta för anhöriga om deras pågående vård och hälsostatus (Radtke, 2013). En studie av Chaboyer et al. (2010) visar att även sjuksköterskorna upplevde att patientnära moment i rapporteringen vid skiftbyten hjälpte patienter bli mer delaktiga i deras egen vård då patienten kunde ställa frågor under rapporteringen samt att patienterna upprätthölls mer välinformerade om deras situation och hur deras vårdplaner såg ut.

Patienterna upplevde när de var delaktiga under rapporteringen att de var mer insatta i kommunikationen som förekom mellan olika medlemmar av vårdpersonalen och att det var tydligare att information fördes vidare till nästa skift (Sand-Jecklin & Sherman, 2012). I Derby et al. (2012) kunde det dock inte ses en förändring gällande hur studiens 20 patienter upplevde kommunikationen mellan vårdpersonalen och de ansågs inte heller att den var mer professionell.

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa betydelsen av att använda en strukturerad rapportering av patienter inom sjukvården. Resultatet visade att strukturerade rapporter påverkar rapporternas kvalitet och säkerheten i vården, sjuksköterskans yrkesutövande samt patienternas perspektiv på vården. Även fast det råder skillnader mellan rapporteringsmetoderna som analyserats så kan man se ett gemensamt utfall för hur de leder till förbättringar i förmågan att föra vidare patientuppgifter. Detta pekar mot att struktur i rapporteringen har en positiv effekt på rapporternas kvalitet, oavsett vilken metod som används. Samtidigt kan man dock se att det råder skillnader i hur stora effekter som uppnås av struktureringen vilket antyder att alla metoder inte är lika effektiva. Det finns få studier

som studerar skillnaderna mellan olika former av strukturerade rapporter och detta är ett område där det skulle kunna utföras vidare studier.

I resultatets underkategori Vidareförmedling av patientuppgifter påvisas att genom införandet av strukturerade rapporteringsmetoder förbättrades uppgifterna som fördes vidare och att dessa var mer korrekta och kompletta. Det skedde färre missar och i större utsträckning fördes uppsatta vårdplaner för patienterna vidare. I en studie av Carroll, Gallivan & Williams (2012) påpekas att upplevelsen av vad en god rapportering innefattar skiljer sig mellan sjuksköterskor som går på respektive av sitt skift. Inkommande och utgående sjuksköterskor hade olika förväntningar på rapporteringen och olika mål. När dessa skillnader betraktas kan strukturerad rapportering anses vara till nytta för att motverka att individuella sjuksköterskors personliga uppfattningar får en negativ effekt på rapporteringen. När rapporteringen sker efter fasta riktlinjer riskerar inte personliga uppfattningar om rapporteringen i samma utsträckning leda till att delar av rapporten hoppas över eller går igenom för ytligt.

I resultatets avsnitt om Incidentreduktion redogörs för hur patientsäkerheten förbättrades efter införandet av strukturerade rapporter. De framträdande effekterna av detta tillvägagångssätt var att patienter drabbades av färre vårdskador under deras sjukhusvistelse, färre missade behandlingsåtgärder ägde rum samt att sjukvårdspersonalen blev bättre på förebyggande arbete gällande fallolyckor. Då vårdskador är ett påtagligt problem inom sjukvården gör denna reduktion skäl för att använda struktur i rapporteringen. Det finns flera olika former av strukturerade rapporteringsmetoder som utförs på väsentligt skilda sätt. Craig, Downen, Smith och Yost (2012) jämför i deras studie tre former av strukturerade rapporter: inspelade rapporter, elektroniska rapporter samt rapporter som ges ansikte mot ansikte och studerar hur effektiv varje form av rapportering är på att förmedla patientinformation. Studien visade att den metod som resulterade i det lägsta antalet fel var de som skedde ansikte mot ansikte. Detta kan anses tala för att det råder skillnader i hur informationen bäst förmedlas även vid strukturerade rapporter, vilket bör tas i åtanke när man bestämmer sig för att införa strukturerad rapportering.

Under artikelgranskningarna har det utifrån flera studier framkommit att synen på patientsäkerhet börjat bli mer holistisk och i allt högre grad beaktas samtliga delar av arbetet och inte bara de patientnära delarna när det talas om patientsäkerhet. Flera länder har börjat se på rapporteringens betydelse för patientsäkerheten, där USA och Australien har ledande positioner gällande antalet studier som behandlar ämnet. Dessa två länder har välutformade

system för att förbättra kvaliteten inom sjukvården och har under framför allt de senaste fem åren börjat se på hur rapporteringen är kopplat till vårdens kvalitet. Att förbättra rapporteringen är ett av målen som satts upp i USA för att öka patientsäkerheten (Joint Commission, 2012). I den svenska sjukvården har man börjat arbeta för att förbättra rapporteringen genom att införa strukturerade metoder och därigenom stärka patientsäkerheten (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).

Under avsnittet Sekretess behandlas sjuksköterskornas upplevelser av patientnära rapporter och hur de initialt uppfattade metoden begränsande och att sekretessen påverkades negativt. Genom att anpassa de patientnära avsnitten förbättrades personalens syn på rapporter som sker i närhet av patienten. Patienterna själva upplevde inte att sekretessen påverkades negativt av patientnära rapporter. Patientsekretessen är en viktig del av vården och handlar om att skydda patienterna samt att patienterna måste kunna lita på sekretessen för att våga anförtro sig om sina hälsotillstånd. Som kan ses i resultatet förekom det i flera studier, speciellt i deras början, en känsla av att patientnära rapporter ledde till en försämrad sekretess för patienterna. Sekretess är en viktig faktor inom sjukvården som personalen konstant måste arbeta med för att bevara, ett arbete som kan försvåras då patientnära rapporter sker närmare andra patienter och besökare. För att upprätthålla sekretessen när patientnära delar av rapporteringen införs är det viktigt att personalen är medveten om hur förändringar i rapporteringen kan leda till ökade risker för att andra personer får reda på information om patienterna, speciellt när patienterna vårdas på flersalar. För att undvika dessa situationer kan personalen därför behöva anpassa sin rapportering gällande vad som tas upp under den patientnära delen och vad som tas upp innan. Genom att rätta den patientnära rapporteringen efter situationen kan sekretessen bevaras samtidigt som vinsterna med de strukturerade formerna av rapporter bibehålls.

Under sektionen Tidsåtgång och ekonomiska aspekter visas att införandet av strukturerade rapporteringen medverkade till att tidsåtgången för rapporteringsprocessen sjönk, vilket gjorde att de i större utsträckning kunde genomföra rapporterna på ordinarie arbetstid. Detta ledde till minskade övertidskostnaderna, samt lät personalen spendera mer tid med patientvård. Genom att standardisera rapporteringen möjliggörs en snabbare informationsöverföring mellan vårdgivarna samtidigt som man blir bättre på att motverka avvikelser i form av att information missas. Detta då personalen är medvetna om ordningen som patientuppgifter ska föras vidare med och därmed kan upptäcka om något område förbisetts. Det föreföll dock finnas skillnader gällande tidsvinsternas omfattning, och det fanns

även studier där sjuksköterskor upplevde att tidsåtgången ökade. Vilken metod som är tidsmässigt effektivast är något som kan utredas i framtida studier. Samtidigt bör man tänka på att det krävs en långsiktig synvinkel då resultatet utvärderas och vara medveten om att omställningen kan vara belastande för personalen initialt. Personalens ovana med den nya metoden gör att inga tidsbesparingar kan påvisas i början, men allt eftersom erfarenheten med den nya metoden ökar kan förbättringar komma att ses.

De ekonomiska vinsterna som setts i denna litteratursammanställning är alla kopplade till en minskad tidsåtgång för sjuksköterskorna, vilket medverkat till att de inte behövt arbetat övertid. Liknande vinster kan återfinnas i andra arbetsområden då man effektiviserar hur arbetstiden används. De finansiella vinsterna som användandet av strukturerade rapporter inbringar kan även sättas i relation till de kostnader som är kopplade till vårdskador. Genom att införa metoder som minskar dessas omfattning spar sjukvården pengar då patienterna behöver mindre vård, det blir även vinster för patienterna själva som kan återgå till arbetet snabbare och för samhället i stort då man får mindre kostnader för sjukskrivningar och istället mer intäkter i form av skatter från personer som befinner sig i arbete. När kostnadsvinster av strukturerade rapporter beaktas bör man därför se bortom enbart de direkta vinsterna för avdelningen och istället se på vinsterna för samhället i stort.

Ökad ansvarstagande och underlättade prioriteringar kan ses hos personalen när rapporterna var strukturerade. De upplevde sig bättre på att ta över vården av patienterna från föregående arbetslag och lättare prioritera de vårdåtgärderna som skulle utföras. En förmåga om att ta ansvar för patienterna är vital för att bibehålla en god vårdkedja över skiftbytena och därmed garantera att vårdkvaliteten inte påverkas negativt när ny personal får ansvaret för patienten. Att personalen upplever sig mer förberedda att ta över patienters vård visar på att struktureringar har en positiv effekt på personalens upplevelser och kan leda till att de känner sig mer kapabla och säkra i sin yrkesroll.

Som anges i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) är en av sjuksköterskans uppgifter att arbeta aktivt för att bibehålla och stärka patientsäkerheten, och som kan ses i denna litteraturoversikt är användandet av strukturerade rapporter en metod som är väl lämpat för detta syfte. Sjuksköterskans förmåga att ta ansvar för patienternas vård är direkt kopplat till patientsäkerheten, därför har medel att stärka detta ansvarstagande en viktig roll i sjuksköterskans yrkesutövande.

Sjuksköterskornas kommunikation förbättrades när studierna införde strukturerade rapporter. Sjuksköterskorna blev bättre på att kommunicera sinsemellan under rapporterna och speciellt nyexaminerade sjuksköterskor upplevde att det blev lättare att identifiera och förmedla de viktigaste delarna av patientuppgifterna. Kommunikation och informationsöverföring är grundpelaren i rapporteringsprocessen. Om det inte finns en god kommunikation påverkas rapporterna negativt vilket kan leda till att vårdskador uppstår om vården brister.

Genom att införa ordnade former för hur rapporteringen skall äga rum underlättas kommunikationen och gör att överförandet av patientuppgifter sker mer effektivt. Det blir även en mindre risk för att information om patientens tillstånd och behandling missas. Som har setts i resultatet upplevde nyexaminerade sjuksköterskor sig säkrare i rapporteringen med strukturerade rapporter då det hjälpte dem identifiera de viktigaste delarna i rapporterna, vilket var ett område där de innan införandet av en strukturerad metod kände sig osäkra.

Även om sjuksköterskeutbildningar lägger fokus på patientsäkerheten omfattar detta dock främst praktiska moment som sjuksköterskan utför direkt med patienten, som administrering av läkemedel. Om fokus på patientsäkerheten i större utsträckning också omfattade de arbetsuppgifter som inte sker i direkt anknytning med patienten, som rapporteringen vid skiftbyten, kan det anses utifrån de resultat som sett i litteraturoversikten att patientsäkerheten skulle kunna stärkas ytterligare. Detta genom att större fokus på rapporteringars betydelse bör förekomma under sjuksköterskeutbildningens moment inom patientsäkerhet, för att få blivande sjuksköterskor mer redo att utnyttja strukturerade rapporteringar i deras kommande yrkesutövande och därmed främja patientsäkerheten.

Ökad tillfredsställelse med vården, och delaktighet i vården, för patienterna uppkom efter att personalen börjat med patientnära rapporter, och de upplevde en ökad delaktighet i vården och förbättrade vårdrelationer vilket visade sig stärka patienterna. När kärnan i dessa avsnitt av rapporteringen betraktas kan man se att deras innebörd stämmer väl överens med det Fossum (2007, ss. 187-198) skriver om Empowerment. Fossum beskriver hur detta begrepp handlar om att göra patienterna mer delaktiga i sin egen vård och därigenom stärka patienterna och deras känsla av kontroll över situationen. Utifrån vad som setts i resultatet gällande patienternas upplevelser kan sjuksköterskan bedriva Empowerment för patienten genom patientnära rapporterna, Patienterna upplevde sig stärkta och mer involverade i sin vård då de var närvarande under delar av rapporteringen och att de hade bättre information om deras pågående och planerade vård, vilket är vad Empowerment siktar mot.

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie har försökt att ge en så bred bild av strukturerade rapporter som möjligt. Det är framför allt de senaste åren som fokus har hamnat på rapporternas betydelser och studier har börjat genomföras på hur de kan utföras på bästa sätt. Till följd av detta är de studier som gjorts utförda de senaste åren vilket gör att de kan ses som mycket aktuella. En nackdel är dock att det samtidigt inte finns något större antal artiklar inom ämnet, vilket påverkar urvalet. Då området är relativt nytt så saknas det en klar avgränsning över området varför flertalet sökord fått användas för att få ihop tillräckligt med material för litteraturstudien. Det förekommer även brister i användandet av MeSH -termer för artiklarna vilket gjort att sökningarna gett bättre resultat om man sökt med fritext.

Litteraturöversikten har inte inriktats på specifika former av strukturerade rapporter utan har fokuserat på de generella effekterna av strukturerade rapporter. Det förekommer därför studier på flera olika former av rapporteringsmetoder i den här litteraturöversikten och fokus har lagts på deras effekter istället för deras specifika metoder och utförande.

Antalet kvantitativa artiklar överskred påtagligt antalet artiklar med andra ansatser i denna litteraturöversikt. Kvalitativa studier som förekom de utfärdade sökningarna fokuserade däröver i stor grad på icke relevant information. Denna snedfördelning visar möjligen på att det finns en brist på kvalitativa studier som behandlar detta ämne eller att använda söktermer främjat en träffbil med ett dominerande antal artiklar med kvantitativa ansatser. Det har även använts en artikel med mixed design, som innefattar både en kvalitativ och en kvantitativ ansats, till resultatdelen i detta arbete.

De använda artiklarna kommer främst från USA och Australiens. Detta då dessa länder ligger i framkant gällande forskning om patientsäkerhet i stort, och däribland strukturerad rapportering. Man arbetar även i stor utsträckning för att införa standardiserade modeller. Det bör tas i beaktning att det finns vissa kulturella och strukturella skillnader mellan dessa länder och Sverige. Samtidigt finns det många likheter i både hur den faktiska vården bedrivs mellan länderna och även i det kontinuerliga kvalitetsarbetets som bedrivs för att förbättra vården och göra den säkrare.

Denna litteraturöversikt inkluderar studier som använder patientnära moment i rapporteringen. Detta dels för att många studier använder sig av detta som en del av struktureringen men även för att kunna ta del av patienternas perspektiv. Dessa studier har bedömts relevanta i litteraturöversikt då de patientnära delarna av rapporteringen varit en del

av de struktureringar varje studie genomfört. Det som betraktats när artiklarna valts ut är inte formen av patientnära rapportering utan att de innehåller det momentet.

Litteraturöversikten innefattar artiklar som berör annan sjukvårdspersonal än sjuksköterskan. Detta då det som studeras är hur strukturen på rapporteringen påverkar patientsäkerheten. Därför har även studier som berör utfallet av strukturerade rapporter mellan läkare använts. Genom att se på effekterna i stort får resultatet bättre styrka och effekterna av struktureringen blir tydligare. Fokus ligger dock på sjuksköterskorna och hur de påverkas. I denna litteraturöversikt är det rapporter i sjukhusmiljö som studeras då det är i denna miljö som rapporter sker i störst omfattning och patienterna där har fler och mer avancerade behandlingar än i öppenvården. Majoriteten av de studier som gjorts om strukturerade rapporter är riktade mot sjukhusvård vilket gör att det finns flest studier att tillgå, och då utbudet i stort är begränsat fanns det få studier i andra miljöer att tillgå, och de studier av dessa som granskades bedömdes till följd av deras kvalitet samt innehåll inte användbara i denna litteraturöversikt.

Svårigheter samt meningsskiljaktigheter mellan författarna till litteraturöversikten angående val av kategorier präglade analysprocessen. Detta gällde främst att hitta bra och täckande benämningar på de valda kategorierna. I detta ligger dock arbetes styrka där valet av artiklarna och analysprocessen gällande insamlad data stötts och blötts mellan litteraturöversiktens två författare. Detta dynamiska förlopp har bidragit med olika tolkningar och synvinklar av inkluderade texter vilket möjligen medverkat till en mer nyanserad bild av valt problemområde. Vidare har använda artiklar granskats för att lyfta fram valid, reliabel samt trovärdig information.

Slutsatser

Som visats i denna litteraturgranskning finns det flera fördelar med strukturerade rapporter. Patientuppgifter förs vidare på ett bättre sätt och det sker färre vårdrelaterade incidenter på avdelningarna, sjuksköterskor blir även mer säkra i sitt yrkesutövande och kan bättre ta ansvar för patienters vård. En ökad struktur kan dessutom leda till att rapporterna tar kortare tid och därmed låter sjuksköterskorna spendera mer tid hos patienterna, samt att detta kan minska övertidskostnaderna. Slutligen förbättras patientens upplevelser av sin vård och gör att de känner sig mer välinformerade och bättre bemötta av personalen när det finns patientnära moment av rapporteringen. Fördelarna med strukturerade rapporter är ett område som har fått allt större fokus och de senaste åren har allt fler studier börjat göras som ser på rapporternas betydelse, samtidigt är det ett område som är relativt outforskat och fler studier skulle behövas göras för att se på vilken form av strukturerade rapporter som har bäst resultat.

Referenser

Referenser med * förekommer i resultatet.

- * Ahmed, J., Ilyas, C., Khan, L.-U.-R., Mehmood, S. & Rehman, S. (2012). Impact of a structured template and staff training on compliance and quality of clinical handover. *International Journal of Surgery*, 10, 571-574.
- Andersen, H., Madsen, M., Michaelsen, L., Pedersen, A., Pedersen, L. & Siemsen, I. et al. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian journal of public health*, 2012, 40. 439-448.
- * Ang, E., Lee, J. & Kasinathan, S. (2012). Patient handover in the oncology setting: an evidence utilisation project. *International Journal Evidence-Based Healthcare*, 10, 369–376.
- * Arnett, M-V., Domanski, J-P. & Salerno, S-M. (2009). Standardized Sign-Out Reduces Intern Perception of Medical Errors on the General Internal Medicine Ward. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 21, 121-126.
- * Athwal, P., Fields, W. & Wagnell, E. (2009). Standardization of Change-of-Shift Report. *Journal of Nursing Care Quality*, 24, 143–147.
- Berger, T., Sten, M.-B. & Stockwell, D. (2012). Patient handoffs: delivering content efficiently and effectively is not enough. *International Journal of Risk & Safety in Medicin*, 24, 201-205.
- * Berkenstadt, H., Haviv, Y., Megrill, A., Perry, A., Rubin, O., Shemesh, Y., Tuval, A. & Ziv, A. (2008). Improving Handoff Communications in Critical Care: Utilizing Simulation-Based Training Toward Process Improvement in Managing Patient Risk. *CHEST Journal*, 134, 158–162.
- Blaz, J., Clark, L., Kapsandoy, S. & Staggers, N. (2012). Nurses Information Management and Use of Electronic Tools During Acute Care Handoffs. *Western Journal of Nursing Research*, 34, 153-173.
- Carroll, J-S., Gallivan, T.-M. & Williams, M. (2012). The ins and outs of change of shift handoffs between nurses: a communication challenge. *British Medical Journal Quality and Safety*, 21, 586-593.
- * Chaboyer, W., McMurray, A. & Wallis M. (2010). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 27–34.
- * Chaboyer, W., Gehrke, T., Johnson, J., McMurray, A & Wallis, M. (2012). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18, 19-26.
- * Chopra, S., Darosa, D-A., Makoul, G., (2008). Reinhardt, G., Rooney, D., Tyagi, R. & Wayne, J-D. Simple Standardized Patient Handoff System that Increases Accuracy and Completeness. *Journal of Surgical Education*, 65, 476-485.

* Clark, E., Heyme, A., Mickle, M.-E., Petrie, E. & Squire, S. (2009). The PACT Project: improving communication at handover. *Medical Journal of Australia*, 2009, 190. 125-132.

Cohen, M. & Hillgoss, B. (2012). The unappreciated challenges of Between-Unit Handoffs: Negotiating and Coordinating Across Boundaries. *Annals of Emergency Medicine*, 61. 155-160.

Craig S.-R., Downen, A-M., Smith, H-L. & Yost, J. (2012). Evaluation of Patient Handoff Methods on an Inpatient Teaching Service. *The Ochsner Journal*, 12, 331–337.

* Derby, K.-M., Foss, D-M., Maxson, P-M. & Wroblewski, D-M. (2012). Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *MEDSURG Nursing*, 21, 140-145.

* Donohue-Porter, P. & Thomas, L. (2012). Blending Evidence and Innovation: Improving Intershift Handoffs in a Multihospital Setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 27, 116–124.

* Dressler, D.-D., Leong, T., Payne, C-E. & Stein, J-M. (2012). Avoiding handover fumbles: a controlled trial of a structured handover tool versus traditional handover methods. *British Medical Journal Quality and Safety*, 21, 925–932.

* Evans, D., Friese, C-R., Grunawalt, J., McClish, D. & Wood, W. (2012). Bedside Shift-to-Shift Nursing Report: Implementation and Outcomes. *MEDSURG Nursing*, 21, 281-292.

Fossum, B. (2007). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I B. Fossum (Red.). Kommunikation: Samtal och bemötande i vården (ss. 187-198). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

* Haig, K.-M., Sutton, S. & Whittington, J. (2006). SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 32, 167-75.

Joint Commission. (2012). *Hospital National Patient Safety Goals*. Oakbrook: Joint Commission.

Kirkevold, M. (2007). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering, (2:a uppl)*. Lund: Studentlitteratur.

* Massey, R. & Nelson, B.-A. (2010). Implementing an Electronic Change-of-Shift Report Using Transforming Care at the Bedside Processes and Methods. *The journal of nursing administration*, 40, 162-168.

* Radtke, K. (2013). Improving Patient Satisfaction With Nursing Communication Using Bedside Shift Report. *Clinical Nurse Specialist Journal*, 27, 19-25.

* Sand-Jecklin, K. & Sherman, J. (2012) Incorporating Bedside Report Into Nursing Handoff: Evaluation of Change in Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 1-9.

- SFSR 2010:659. (2010). *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2005:12 (2005). *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Säkrare vård och omsorg – Handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- * Wilson, R. (2011). Improving clinical handover in emergency departments. *Emergency Nurse*, 18, 22-26.
- Öhrn, A. (2009). Patientsäkerhet. I B. Ehrenberg, A., Wallin, L (Red.). *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling*. (ss. 371-400). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Design/ Intervention/ Instrument	Deltagare (/Bortfall)	Huvudresultat	Kommentar gällande kvalitet
Ahmed et al. 2012 USA	Att undersöka om följsamheten till och kvaliteten i överlämningar kan förbättras med en standardiserad och strukturerad överlämningsform.	Kvantitativ interventions – studie.	Överlämningen av 137 patienter innan interventionen och 155 efter granskade.	Dokumentationen i rapporter förbättrades inom flera områden, bl.a. tidigare medicinsk historia, diagnos vårdplan och bedömningar av patientens status.	Grad I
Ang et al. 2012 Singapore	Att förbättra kvalitén på överlämningar vid skiftbyten samt minska tiden överlämningen tar.	Kvantitativ interventions – studie.	15 sjuksköterskor på en onkologisk avdelning, deltog under 6 månader.	Man kunde se en förbättring i rapporters innehåll gällande vårdplan, relevant medicinsk historia, observationer av patienten samt att överlämningarna tog mindre tid att utföra.	Grad I
Arnett et al. 2009 USA	Att utvärdera om en standardisering av överlämningen med lågteknologiska verktyg kunde minska antalet upplevda fel och missad information i överlämningen mellan natt och dagskiftet på en avdelning.	Kvantitativ interventions – studie.	34 interns på en internmedicinsk avdelning deltog i 8 veckor innan införandet och 6 veckor efter införandet av den nya modellen.	Man kunde se en minskning i antalet missar i överlämningen gällande viktig information som sjukdomar, medicinsk information och vårdplaner. Rapporter från nattsiftet upplevdes mer komplett av morgonskiftet. Det var dock ingen signifikant skillnad i antalet missade uppgifter gällande att granska resultat från undersökningar.	Grad I
Athwal, Fields & Wagnell 2009 USA	Att skapa en mer standardiserad och tidseffektiv rapporteringsprocessen samt utvärdera effekterna av denna standardisering.	Kvantitativ interventions – studie	55 sjuksköterskor samt 15 undersköterskor på en mellanvårds - avdelning.	Rapporteringstiden i minskade från 60-30 min till 15 min efter införandet. Ekonomiska vinster till följd av färre övertidstimmar. Patienten fick vård snabbare. Minskning av patienter som föll samt av patientlarm.	Grad I

Berkenstadt et al 2008 Israel	Att beskriva hur en retrospektiv incident - granskning ledda till en proaktiv intervention av kvaliteten och säkerheten i vården genom att förbättra överlämningen av patienter vid skiftbyten.	Kvantitativ interventions – studie.	Samtliga 25 sjuksköterskor på en vårdavdelning.	Sjuksköterskorna blev bättre på att förmedla information om patientens identitet och tillstånd, antalet incidenter under förgående skift och vårdplaner för nästa skift. Man såg dock inte en förbättring i kontroller av medicinsk apparatur i samband med överlämningarna.	Grad I
Chaboyer et al. 2011 Australien	Studien undersökte patienternas upplevelse av patientnära rapportering	Kvalitativ deskriptiv innehållsanalys	10 patienter med erfarenhet av patientnära rapportering	Patienterna uppskattade den ökade delaktigheten. De kunde ändra eventuella felaktigheter i den information som förmedlas. De värdesätter att ha tillgång till information på löpande basis, de ser sin roll som viktig för att upprätthålla noggrannhet, som främjar en säker, högkvalitativ vård	Grad II Brister i diskussion & koppling till tidigare studier. Dock gott resultat.
Chaboyer et al. 2010 Australien	Att studera uppfattningar om införandet av patientnära överlämningar och dess utkomst.	Mixed design interventions – studie.	Sjuksköterskor från 3 avdelningar på totalt 2 sjukhus observerades vid sammanlagt 532 överlämningar. Utöver detta genomfördes intervjuer med 34 sjuksköterskor.	Sjuksköterskorna upplevde sig bli bättre på att ge och få precis information om patienterna när dessa var närvarande samt att vården blev mer patientcentrerad.	Grad I
Chopra et al. 2008 USA	Att genomföra en omfattande undersökning gällande faktorer för en effektiv överlämning.	Kvantitativ interventions – studie.	En fokusgrupp med residents, sjuksköterskor, administratörer samt kirurger på totalt 15 personer. Studien följde därefter 40 sjuksköterskor från följande enheter: kardiiovaskulär intensivvård, kirurgisk intensivvård dag samt natt, 3 kirurgiska avdelningar, samt samtliga residents på samma enheter.	En minskning noterades gällande antalet felaktigheter i de skriftliga anteckningarna som användes vid överlämningen och informationen var mer komplett. Förbättringarna noterades både på intensiv- avdelningar samt de generella kirurgiska avdelningarna. Minskningar av antalet felaktigt rapporterade uppdrag under skiftbytet kunde ses.	Grad I

Clark et al. 2009 Australien	Att beskriva och utvärdera utfallet av ett projekt vars syfte är att förbättra kommunikationen vid överlämningar.	Kvantitativ interventions – studie.	Sjuksköterskor som jobbade vid ett privat sjukhus. 49 respektive 25 sjuksköterskor innan samt efter interventionen deltog.	Antalet sjuksköterskor som upplevde att de alltid fick den information de behövde från överlämningen ökade från 32% till 68%. Två av tre upplevde att överlämningarna var mer strukturerade efter införandet av den nya modellen och att kommunikationen blivit effektivare.	Grad I
Derby et al. 2012 USA	1. Ta reda på om patientnära rapportering ökar patientens tillfredsställelse med den planerade vården samt om den ökar patientens uppfattning av delaktighet. 2. Ta reda på om patient nära rapportering ökar personalens tillfredsställelse gällande ansvar för att kommunikationens innehåll är korrekt.	Kvantitativ interventions – studie	60 patienter deltog i studien. 30 före samt 30 efter genomförandet av patientnära rapportering. 15 stycken sjuksköterskor fullföljde studien, bortfall 3 stycken.	Patienterna kände sig mer välinformerade om deras vårdplan, mer delaktig i deras vård. Sjuksköterskorna upplevde att innehållet i det som rapporterades var mer korrekt. De ansåg även att uppgifter gällande medicinering överensstämde bättre. Sjuksköterskorna upplevde en förbättrad medvetenhet om patientens behov och problem.	Grad I
Donohue & Thomas. 2012 USA	Att studera upplevelsen av en strukturerad, patientnära överlämning hos sjuksköterskor samt patienter och deras anhöriga.	Kvantitativ interventions – studie.	Sjuksköterskor på 8 avdelningar på 8 separata sjukhus. (Bortfall 1 avdelning).	Studiens utfalls mättes via en 6-gradig Likert- skala. Nöjdheten med det nya systemet var hos sjuksköterskorna i början låg men steg efter att de började komma in i den nya modellen. Patienter och anhöriga reagerade positivt på den nya metoden.	Grad II Diskussion saknar egenkritik, syn på ev. felkällor och koppling till tidigare studier. Dock gott resultat.
Dressler et al. 2012 USA	Att bedöma upplevelserna av överlämningar innan och efter införandet av strukturerad internetbaserad applikation vars syfte är att standardisera informations- utbytet.	Kvantitativ interventions – studie.	80 residents innan interventionen (80% svarsfrekvens) samt 161 residents efter interventionen (68% svarsfrekvens).	Förekomsten av upplevda risksituationer minskade efter interventionen från 55% av deltagarna till 23%. Det fanns en bättre förekomst av viktig patientinformation vid överlämningen samt att de kände sig mer säkra till informationen som förmedlade vid överlämningen.	Grad I

Evans et al. 2012 USA	Att studera utvecklingen av en strukturerad, patientnära överlämnings – modell vid skiftbyten och dess utkomst.	Kvantitativ interventions – studie.	42 sjuksköterskor på en avdelning samt 12 undersköterskor.	Det skedde en minskning i tiden rapporterna vid skiftbyten tog och rapporterna var även mer kompletta och höll en högre följsamhet till sjukhusets riktlinjer. Personalen var även mer nöjd med rapporterna efter att den nya modellen införts.	Grad II Diskussion har dålig egenkritik och syn på ev. felkällor. Ingen koppling till tidigare studier i diskussion. Resultat dock bra.
Haige et al. 2006 USA	Förbättra kommunikationen mellan vårdgivarna inom organisationen samt bidra med punktlig och korrekt information via SBAR som kommunikationsverktyg.	Kvantitativ interventions studie.	Patienter ineliggande på vårdavdelningen som studien genererades på. Varje månad slumpades 20 stycken rapporteringar ut och analyserades.	Antalet avvikelser - rapporter sjönk efter införandet av SBAR som kommunikations verktyg. Detta gjorde även antalet oönskade läkemedels interaktioner.	Grad II Förklarar och visar urvalet dåligt. Dock bra resultat.
Massey & Nelson 2010 USA	Att beskriva ett projekts förbättringar av överlämningar gällande information och tid.	Kvantitativ interventions – studie.	Sjuksköterskorna som jobbade på en gastrointestinal onkologisk avdelning på ett sjukhus i Texas.	Efter interventionen tog överlämningarna i snitt 36 minuter mindre att utföra och de blev bättre på att förmedla information om patienterna. Övertiden som gick åt till överlämningar sjönk påtagligt vilket ledde till kostnads – besparingar.	Grad I
Radtke 2013 USA	Undersöka om en standardiserad rapportering förbättrar patienternas nöjdhet med vård kommunikationen.	Kvantitativ interventions – studie.	44 patienter på en sjukhus -avdelning.	Patienternas nöjdhet gällande kommunikationen med vården ökade från 75 % till 87,6 % under de följande sex månaderna efter införandet av patientnära.	Grad II Bristar i beskrivning av metod samt i diskussion. Dock gott resultat.
Sand-Jecklin & Sherman. 2012 USA	Att studera utfallet av att gå från en inspelad överlämning till att kombinera inspelade överlämningar med rapportering vid patientens bädd.	Kvantitativ interventions – studie.	Sjuksköterskor, patienter & anhöriga vid 7 vårdavdelningar. 148 SSK vid baseline & 98 SSK efter implementering samt 302 patienter & anhöriga innan implementeringen och 250 efter.	Patienternas & anhöriga kände sig mer välinformerade och bättre bemötta. Sjuksköterskorna upplevde att rapporterna fick patienter mer involverad vården, men upplevde att rapporterna nu tog mer tid. Det inträffade färre dokumenterade incidenter efter att det nya systemet infördes.	Grad I

Wilson 2011 Australien	Att utveckla samt undersöka utfallet av ett kommunikations - verktyg gällande rapportering	Kvantitativ interventions - studie	Patienter inläggande på vårdavdelningen som studien genererades på. 161 rapporteringsprocesser granskades.	Efter införandet av verktyget kunde en kontinuerlig reduktion av kliniska incidenter observeras under en tolv månadersperiod. Sjuksköterskorna upplevde en förbättrad rapporteringsprocess samt att patienterna tjänade på den nya metoden.	Grad II Brister i beskrivning av metod samt avsaknad av egenkritik i diskussion. Dock bra resultat.
------------------------------	--	------------------------------------	--	---	--

Bilaga 2

Artikelgaransknning (Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler för urval i SBU-rapport (1999))

Titel:

Årtal:

Författare:

Tidsskrift:

Typ av studie:

Original/Review/Annan

Kvalitativ

- Deskriptiv
- Intervention
- Annan

Kvantitativ

- Retrospektiv
- Prospektiv
- Randomiserad
- Kontrollerad
- Intervention
- Annan

Granskningsmall (Inspirerad av Carlsson & Eiman, (2003))

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat)	Saknas	1/3	2/3	3/3
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metod beskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Koppling till ämnet	Ej koppling	Koppling		
Mätinstrument	Nej	Ja		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys/Kvalitativ analys	Saknas	Mindre bra	Bra	
Tolkning av resultat	Ej acceptabelt	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemerknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsatser saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 41 p)				

Grad I: 80 %, Grad II: 70 %, Grad III: 60 %

Studiens poäng:

Procent av max poäng:

Studiens grad: