



**DU TROR DU VET ALLT, MEN JAG VET LITE TILL**

**Patientmedverkan vid bedsiderapport**

**En litteraturöversikt**

**YOU THINK YOU NOW EVERYTHING, BUT I  
KNOW A BIT MORE**

**Patient participation in bedside reporting**

**A literature review**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå  
15 Höskolepoäng  
Hösttermin 2015

Författare: Kristina Malmgren  
Maria Severin Larsson

# SAMMANFATTNING

Titel: Du tror att du vet allt, men jag vet lite till - Patientmedverkan vid  
bedsiderapport

Författare: Malmgren Kristina; Severin Larsson Maria

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, OM625G, 15 hp

Handledare: Ek Kristina

Examinator: Hammarlund Kina

Sidor: 21

Nyckelord: Bedsiderapport, patient, delaktighet, medverkan, inflytande

---

**Bakgrund:** Dagens omvårdnadsforskning lyfter fram patienten som den viktigaste men samtidigt den mest utnyttjade resursen i hälso- och sjukvården. Patienterna måste göras mer delaktiga i sin egen vård och behandling. Historiskt har överrapportering mellan sjuksköterskor skett på sjuksköterskeexpeditionen. I bedsiderapportering sker kommunikationen mellan vårdpersonal och patient, vilket gör informationsöverföringen effektiv och säker. **Syfte:** Att beskriva patientens upplevelse av delaktighet vid bedsiderapport. **Metod:** Studien är en litteraturöversikt baserad på kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Resultatet redovisas utifrån fyra teman: att bli bemött som en person, att förstå och bli förstådd, att bidra till sin egen vård och att känna sig trygg. Det är viktigt att patienten erkänns som en person för att känna sig delaktig och därmed kunna bidra till sin egen vård. När patienten förstår och gör sig förstådd upplevs delaktighet. En bra bedsiderapport skapar trygghet. **Slutsats:** När sjuksköterskan blir medveten om fördelarna, tar tillvara på möjligheterna med patientens deltagande och samtidigt tar hänsyn till sekretess, språkbruk och patientens personella förutsättningar, blir bedsiderapportering betydelsefull för ökad delaktighet och inflytande för patienterna.

## ABSTRACT

Title: You think you know everything, but I know a bit more – Patient Participation in bedside report

Author: Malmgren Kristina; Severin Larsson Maria

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTC

Supervisor: Ek Kristina

Examiner: Hammarlund Kina

Pages: 21

Keywords: Bedside report, patient, participation, involvement, influence

---

**Background:** Today nursing science brings forward the patient as the most important, but also the most neglected, resource in healthcare. The patients must be invited to participate in their own care and treatment. Historically, nursing handover has been carried out at the nurses' expedition. In bedside reporting, care personnel communicate directly with the patient, which makes information exchange more efficient and safer. **Purpose:** To describe the patient's experiences of participation in bedside report. **Method:** The study is a literature review based on quantitative and qualitative articles. **Results:** The results are presented based on four themes: to be met as a person, to understand and to make oneself understood, to contribute to one's own care and to feel secure. It's important that patients are recognized as persons to make them feel that they participate, thereby being able to contribute to their own care. When patients understand and make themselves understood, they feel participation. A good bedside rapport creates security. **Conclusion:** Successful bedside report requires that the nurse becomes aware of the benefits and takes advantage of the opportunities that patient participation signifies. Bedside report is important to increase patients' participation in care.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	2
<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b> .....	2
<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
Förhistoria.....	1
Patientlagen.....	2
Personcentrerad vård .....	2
Rapportering.....	3
Bedsiderapport .....	3
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv .....	4
Patientperspektiv.....	4
Livsvärld .....	4
Delaktighet .....	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	5
<b>SYFTE</b> .....	5
<b>METOD</b> .....	5
Urval .....	5
Datainsamling .....	6
Analys .....	6
Etiska överväganden .....	6
<b>RESULTAT</b> .....	8
Att bli bemött som en person .....	8
Att uppleva sig förstådd och förstå.....	9
Att bidra till sin egen vård.....	10
Att känna sig trygg.....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	12
Metoddiskussion .....	12
Resultatdiskussion.....	13
Slutsats.....	17
Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning .....	17
<b>REFERENSER</b> .....	18

## BILAGOR

1. Sökordsöversikt
2. Artikelöversikt
3. Granskningsmall för studiernas kvalitet

## INLEDNING

Sjuksköterskor har en lång tradition av att rapportera patientspecifik information till varandra i samband med skiften mellan arbetspassen i vården. Rapporteringen sker vanligtvis på sjuksköterskeexpeditionen och det är endast den personal som ska ge eller ta emot rapporten som är närvarande i rummet. Under rapporten ska viktig information om patienter lämnas över till den personal som går på sitt pass. Traditionen inbjuder inte till att patienten eller dennes närstående deltar i informationsöverföringen.

Den 1 januari 2015 trädde den nya patientlagen i kraft. Lagen ska stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i mötet med vården. Lagen trycker också särskilt på vårdens skyldighet att informera och försäkra sig om att patienten har god kännedom om sitt hälsotillstånd (SFS 2014:821).

Flera teorier i omvårdnadsforskningen lyfter fram patienten som den viktigaste resursen i vården, samtidigt som det betonas att patienten behöver göras mer delaktig. Ekman (2010) lyfter fram personcentrerad vård som *ett* sätt att bjuda in patienten som en viktig medaktör i vården och där angreppssättet lett till såväl bättre vård som minskad resursåtgång (a.a.).

Patientens medverkan i den egna vården spelar med andra ord stor roll för resultatet av vården och för ökad patientsäkerhet. Kan vården bjuda in patienten och eventuellt dennes närstående att också delta i överrapporteringen så att den sker *tillsammans med* vårdgivaren genom så kallad bedsiderapportering? Upplever patienten och närstående i så fall ett ökat inflytande och patienten mer delaktig i sin egen vård? Enligt tradition har vården varit hierarkisk och patienten har inte haft mycket att säga till om (Holly & Poletic, 2013). Det är därför intressant att ta reda på om patienten blir mer delaktig och får ett större inflytande över sin egen vård om hen bjuds in i överrapporteringen.

## BAKGRUND

### Förhistoria

Sedan 2009 ingår Sverige tillsammans med tio andra länder i en undersökning som den amerikanska sjukvårdsstiftelsen, The Commonwealth Fund, ansvarar för. Stiftelsen undersöker befolkningens erfarenheter av hälso- och sjukvården. Från år 2014 är det Myndigheten för vårdanalys som har fått regeringens uppdrag att ansvara för Sveriges bidrag till undersökningen, som heter International Health Policy Survey (IHP). Syftet med undersökningen är att ge ett bättre underlag till hälso- och sjukvårdens olika beslutsfattare genom att efterfråga befolkningens erfarenheter av och synpunkter på vården. Undersökningen handlar framför allt om olika perspektiv på patienters och medborgares upplevelser av delaktighet i vården (Vårdanalys, 2014).

Den senaste undersökningen genomfördes 2014 och visar att Sverige ligger efter i utvecklingen inom de flesta av de åtta områden som undersöktes. Inom tre av områdena har svensk hälso- och sjukvård en särskilt stor förbättringspotential; att ge information till patient som gör det möjligt för hen att ta ett välgrundat beslut om sin vård och hälsa, att skapa bättre förutsättningar för patienten att ta en mer aktiv roll i mötet med vården samt att bättre stödja patienten att själv

kunna följa och hantera sin sjukdom (Vårdanalys, 2014). Myndigheten för Vårdanalys har hämtat uppgifter från bland annat Institutet för kvalitetsindikatorer som sammanställer den Nationella Patientenkäten för att komplettera undersökningen. Den Nationella Patientenkäten är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Enkäten skickas ut vartannat år och den första undersökningen startade på hösten 2009. I den senaste Nationella Patientenkätundersökningen har dimensionen Delaktighet fått lägst resultat av alla åtta, med endast 77 av 100 möjliga (Indikator, 2014).

## **Patientlagen**

Enligt Statens offentliga utredningar 2013:2 gav regeringen uppdrag till dåvarande regiondirektör för Västra Götalandsregionen att utreda och lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande inom hälso- och sjukvården kan stärkas ytterligare, den så kallade patientmaktsutredningen (SOU 2013:2). Denna utredning kan ses som en förlaga till den nya patientlagen. Patientlagen (SOSFS 2014:821) trädde i kraft den 1 januari 2015. Lagen ska stärka och tydliggöra patientens ställning och främja integritet, självbestämmande och delaktighet i mötet med vården. Lagen trycker särskilt på vårdens skyldighet att informera och försäkra sig om att patienten har god kännedom om sitt hälsotillstånd. I patientlagens (SOSFS 2014:821) tredje kapitel, paragraf två och tre kan man läsa om den utvidgade informationsplikten gentemot patienten. Informationsplikten har förtydligats och främst är det att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd samt om de metoder som finns för undersökning. Patienten har också rätt till information om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård, det förväntade vård- och behandlingsförloppet samt vilka väsentliga risker för komplikationer och biverkningar som finns med den behandling eller undersökning som ordinerats. Lagen säger också att patienten ska få information om eftervård och metoder för att själv kunna förebygga sjukdom eller skada. Vidare ska patienten även få information om att det finns möjlighet att välja behandlingsalternativ. Patienten ska känna till att hen har möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en ny fast vårdkontakt. Den nya patientlagen ställer sammanfattningsvis högre krav än tidigare på hälso- och sjukvården för att stärka patientens roll och öka patientsäkerheten.

## **Personcentrerad vård**

Dagens omvårdnadsforskning lyfter fram patienten som den viktigaste utnyttjade resursen i vården, varför patienten måste göras mer delaktig i sin egen vård och behandling. Ordet patient har en tendens att objektifiera och förminska patienten till att bli en mottagare av sjukvårdstjänster. Personcentrerad vård belyser istället vikten av att lära känna personen bakom patienten som en människa med egen vilja, önskemål, känslor och behov (Ekman et al., 2011). Termen individuell är det vanligaste attributet av personcentrerad vård och individualisering kan inte uppnås utan att förstå personens livssituation utöver sin förmåga eller vilja att fatta beslut och ta kontroll av sin vård (Morgan & Yoder, 2012). Utmaningen för vårdgivaren blir då att möta personens egna uttryck på ett sådant sätt att förtroendet stärks och att personen kan identifiera sina egna resurser för läkning. Att ge patienten möjlighet att presentera sig själv som en person och inte bara en sjukdom är en viktig utgångspunkt för att bygga en gemensam plattform som uppmuntrar patienterna att aktivt delta och hitta lösningar på sina problem (Ekman et al., 2011). Ökad patientmedverkan leder till bättre följsamhet till ordinationer, bättre resultat i process- och hälsomått, färre vårdskador och komplikationer. Vidare kan ses att personalomsättningen minskar när personcentrerad vård införs och att det leder till en säkrare

och mer kostnadseffektiv vård (Nordenström, 2015). Vidare menar Nordenström (2015) att det är en lagstadgad rättighet och en anständighetsfråga att vården ska utgå från den sjuke individens behov och önskemål.

## Rapportering

I vården har sjuksköterskan en lång tradition av rapportering som ska säkerställa att viktig information om patienter lämnas över till pågående skift. Överrapportering är den process där patientspecifik information överförs mellan vårdare för att säkra kontinuiteten av patientens vård och säkerhet. Rapporten är en viktig komponent i en effektiv överföring av klinisk vårdinformation mellan vårdpersonal och därmed oerhört betydelsefull för att upprätthålla kontinuiteten i vården (Mukhopadhyay et al., 2014).

Muntlig överrapportering är vanligast förekommande på svenska sjukhus, men även andra former förekommer såsom läsrapport, bandspelarrapport och bedsiderapport. Överrapportering sker vanligtvis på sjuksköterskeexpeditionen och endast den personal som ska ge eller ta emot rapporten är närvarande i rummet (Ekman & Segesten, 1995). Den muntliga rapporten underlättar interpersonell kommunikation och reflektion och är en viktig lärandesituation för alla, men också för sjuksköterskestudenter. Under den muntliga rapporten kan elevernas förståelse och bedömning av omvårdnad utvidgas och relatera till både praktiska och teoretiska kunskaper (Skaalvik, Normann & Henriksen, 2010).

Rapporteringen är samtidigt det tillfälle under arbetsdagen då informationsutbytet mellan sjuksköterskor är som störst och den tar cirka en fjärdedel av sjuksköterskans arbetspass (Ekman & Segesten, 1995). Enligt Holly och Poletic (2013) kan sjuksköterskan i hög grad påverka patientvården genom att agera som grindvakt av den information som överförs och som sedan ligger som grund för efterföljande vård. Vid överrapporteringen beslutar sjuksköterskan vilken information som är viktig att förmedla och på så sätt styr sjuksköterskan både vilken information som ska ges och hur informationen ska ges. Rapportering är med andra ord mycket komplex och varierar dessutom utifrån flera andra perspektiv. Varje enhet/avdelning har ofta egna rutiner utifrån *sin* rapporteringskultur samtidigt som sjuksköterskor inom en och samma avdelning ofta använder sig av olika rapporteringsrutiner (Liu, Manias & Gerdtz, 2012).

Komplexiteten i informationsöverföringen kan leda till brister i kommunikationen, vilket i sin tur kan ha betydelse för patientsäkerheten och leda att patienten inte får den vård hen ska ha (Anderson, Malone, Shanahan & Manning, 2014; Mukhopadhyay et al., 2014). Vid granskning av patientsäkerhetsärenden är det ofta just överrapporteringen som brustit när en negativ händelse har inträffat. Vidare har Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizelzy (2014) visat att det är rapporteringen avseende säkerhet och kvalitet som ofta kompromissas i samband med effektiviseringar och besparingar på arbetsplatsen. Skillnader mellan rapportens innehåll och patientens tillstånd kan också få avgörande konsekvenser för patientens säkerhet (Dean, 2009).

## Bedsiderapport

På Skaraborgs sjukhus har ett inriktningsbeslut om Personcentrerad Omvårdnad närmre patienten tagits fram (2014). Där beskrivs olika sätt som kan göra patienten mer delaktig i planeringen av sin egen vård. Ett av dessa angreppssätt är den så kallade "bedside rapporten".

Bedsiderapport är ett rapporteringssätt då ansvariga sjuksköterskor tillsammans träffar patienten och eventuella närstående och på deras villkor för att sammanfatta nuläge och planera för fortsatt vård i nära dialog med patienten. Evans, Grunawalt, Mc Clish, Wood och Friese (2012) beskriver att bedsiderapport kan ske vid sängen och att det är en överrapporteringsmetod som sker tillsammans med patienten. Vidare beskriver Chaboyer, Mc Murray och Wallis (2010) att bedsiderapporten leds av patientansvarig sjuksköterska och genomförs tillsammans med personal som ska påbörja sitt arbetspass. Det är patientens samtycke som avgör om anhöriga får delta vid bedsiderapporten, annars får de vänta utanför. Evans et al., (2012) påtalar också att känsliga ämnen kan behöva diskuteras i enskilt rum tillsammans med patienten.

## **Omvårdnadsteoretiskt perspektiv**

### **Patientperspektiv**

Vårdvetenskapen kännetecknas enligt Dahlberg och Segesten (2010) på ett övergripande plan av ett patientperspektiv. Det innebär för det första att patienten är medelpunkten för vårdandet och, för det andra, att patienten ska förstås som en expert på sig själv även om hen inte har professionellt expertkunnande. Generellt sett kan vårdaren förstå vad det innebär att ha en sjukdom, men det är bara patienten som kan veta hur det är just för hen, vilket vårdaren måste ha respekt för och ta hänsyn till. Vårdandets essentiella syfte är att stärka och stödja människans hälsa och här är patientperspektivet ett redskap som kan vara till hjälp för att uppnå det. För det tredje ska patientperspektivet förstås ur ett etiskt perspektiv med mening att ställa krav på den professionella vårdaren. Det innebär att vårdaren har skyldighet och plikt att ge så god vård som möjligt (Dahlberg & Segesten, 2010).

### **Livsvärld**

Genom att på djupet verkligen förstå patienten och utgå från detta som värdegrund, förstår vårdaren att sätta patienten i dennes rätta sammanhang, patientens livsvärld. Livsvärlden kan vara en teoretisk grund som vårdandet vilar på. Dahlberg och Segesten (2010) menar att själva förutsättningen för ett vårdande är att vilja förstå patienten ur dennes värld, hur hen kan uppleva hälsa, lidande och sjukdom. Detta kräver kunskap och en stabil teorigrund att stå på. Vårdaren kan med kunskap våga släppa in patienten och låta denne bli delaktig i sin egen vård. Vidare menar Dahlberg och Segesten (2010) att ett vårdande som inte förstår eller klarar av att möta livsvärlden inte är ett verkligt vårdande. Livsvärlden är den värld som vi har erfarenhet av och som är unik och personlig för var och en av oss. Det är genom denna värld som vi förstår oss själva, andra och världen runt om oss. Alltså kan samma situation upplevas olika från person till person, likaså det rumsliga. Livsvärlden förstås som världen som den erfars, denna värld delas med andra samtidigt, men är ändå unik för var och en. Den har inget egen värde och kan inte sättas ensamt i ett sammanhang då den präglas av tid och rum (a.a.).

### **Delaktighet**

Det är inom ramen för delaktighet som vi kan få en djupare förståelse för och en mer nyanserad innebörd av det etiska kravet. Det är det etiska kravet från patienten som uppmanar vårdaren att ge en god vård. För att kunna ge en god vård måste vårdaren gå in i mötet med patienten så att patienten får möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter. Patientens delaktighet handlar



om möjligheten att ta ansvar för och påverka sin hälsosituation, vilket kan vara mycket mer än att bara få information och råd om sjukdom eller behandling. Information, särskilt om den är ensidigt uttalad och okänsligt levererad, kan minska känslan av delaktighet. Det är först när stödet och informationen förmår möta patientens livsvärld som delaktighet uppstår (Dahlberg & Segesten, 2010).

## **PROBLEMFORMULERING**

Överrapportering sker vanligtvis på sjuksköterskeexpeditionen och endast den personal som ska ge eller ta emot rapporten är närvarande i rummet. Patienten eller dennes närstående ges inte möjlighet att delta i informationsöverföringen och ges heller inte möjlighet att fråga, komplettera eller säkra den information som överförs. Tidigare studier visar att patientens medverkan i sin egen vård är av stor betydelse för en fortsatt vård av hög kvalitet. Vi vill genom en litteraturoversikt få förståelse för om patienten upplever sig mer delaktig i sin egen vård om överrapportering sker *tillsammans* med patienten och eventuellt dennes närstående genom en så kallad bedsiderapport.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva patientens upplevelse av delaktighet i sin egen vård vid bedsiderapportering.

## **METOD**

En systematisk litteraturoversikt enligt Friberg (2012) har använts som metod. Litteraturoversikten baseras och sammanställs utifrån tidigare forskning. Med litteraturoversikt menas en systematisk ansats att hitta publicerad information som skall ingå i undersökningen. Genom litteraturoversikten överblickas kunskapsområdet och ny kunskap skapas inom det valda problemet med grund i litteraturen. Översikten bygger på ett systematiskt urval av ett antal forskningsartiklar. Metoden valdes också för att den är komplementär, praktisk och förstärker trovärdigheten samt för att den ökar kunskapen stegvis (a.a.). En genomgång av litteraturen kan ses som en viktig del av en forskningsstudie. När problemområdet är avgränsat kan sökord formuleras, som sedan utgör grunden för litteratursökningen (Forsberg & Wengström, 2014).

## **Urval**

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter och granskade enligt Peer Review. De artiklar som inkluderats i studien har varit publicerade från 2005 till 2015. Artiklarna baserades på patienter som vårdats inlagda på sjukhus och vilken erfarenhet de har haft av bedsiderapportering. Artiklarna skulle också stämma överens med studiens syfte. De artiklar som endast utgick från personalens uppfattningar och upplevelser exkluderades.

## **Datansamling**

En första sökning genomfördes efter artiklar från databasen CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health), vilket är en databas som täcker såväl omvårdnad, sjukgymnastik som arbetsterapi. Sökningar efter artiklar gjordes även på Medline, vilket är en bred databas som täcker medicin, omvårdnad samt odontologi (Forsberg & Wengström, 2014). Den första sökningen resulterade inte i tillräckligt många artiklar varför hjälp togs av skolans resurs på biblioteket. För att hitta relevanta ord i Medline gavs rådet att använda sökordsguiden MeSH. De ord som användes var "Patient Handoff". Utifrån MeSH guiden framkom användbara ord som senare lades upp i en söksträng som användes i de båda databaserna. Den söksträng som användes var sålunda ((bed\* N3 (report\* OR handover\* OR handoff\* OR shift\*)) AND patient\* AND (participat\* OR involv\* OR cent\* OR influen\*) AND (PT (research OR review) OR PY 2015-2016)) (bilaga 1).

För att kunna få ut relevanta artiklar som svarar på syftet har funktionerna booleska operatörer och trunkering använts för att täcka in alla ord som svarar mot syftet (Henricson, 2013). Utifrån artiklarnas titel och lästa abstracts plockades de artiklar ut som var relevanta för frågeställningen. Dessa artiklar lästes i fulltext. Utav alla artiklar så var det 15 stycken artiklar som svarade på syftet. Artiklarna presenteras i tabellform (bilaga 2).

## **Analys**

De valda artiklarna granskades utifrån Fribergs (2012) kvalitetskriterier (bilaga 3). De utvalda artiklarna lästes flera gånger var för sig för att säkerställa artiklarnas kvalitet och för att förstå innehåll och resultat i artiklarna. Som stöd för att artiklarna skulle få ingå i arbetet jämfördes studierna med de frågor som finns i bilaga 3. Enligt Friberg (2012) ska analysarbetet betraktas som en rörelse från en helhet till flera delar för att åter röra sig tillbaka till en ny helhet. Likheter och skillnader i metodologiskt tillvägagångssätt diskuterades och resulterade i att både kvalitativa och kvantitativa studier kunde inkluderas så länge syftet besvarades. Likaså skilde sig antalet patienter som deltagit i studierna åt. Efter diskussion fick också här syftet avgöra huruvida studien skulle inkluderas eller inte. Därefter kunde 15 artiklar bibehållas och efter diskussion kring artiklarnas resultat växte samsyn fram över vad resultaten handlade om och stod för. För att lättare strukturera arbetet numrerades artiklarna från 1 till 15. Artiklarna sammanställdes därefter i en tabell (bilaga 2). I artiklarnas resultat ströks patienters upplevelser under med färgpenna. Från de 15 artiklarna hittades 53 olika innebörder. Det var många innebörder som liknade varandra, dessa grupperades och nya övergripande teman utkristalliserades. Slutligen framkom fyra teman som beskrev fenomen som svarade mot syftet.

## **Etiska överväganden**

Forskningen regleras av föreskrifter och regler som är mer eller mindre tvingande. Forskningen styrs av en mängd outtalade och uttalade normer som talar om vad god vetenskap är. Men forskarens egna etiska ansvar utgör ändå grunden för all forskningsetik. Det är forskaren själv som har det yttersta ansvaret för att se till att forskningen är av god kvalitet och är moraliskt acceptabel. Det är därför viktigt att forskning på människor överensstämmer med god vetenskaplig praxis och att forskaren är insatt i den vetenskapliga litteraturen (Codex, 2011).

Litteraturöversikten utgår helt från vetenskapliga artiklar och vikt har lagts på att granska dessa utifrån gällande etiska aspekter och principer. Det betyder att alla artiklar som används i litteraturöversikten är etiskt prövade och att inga förvrängda forskningsobservationer eller plagiat av resultaten och diskussionerna förekommer. Vid litteraturöversikt är det av vikt att respektera författarna av den tidigare forskningen och visa dem hänsyn (Vetenskapsrådet, 2011; Nyberg, 2000). I forskningen får inte oredlighet förekomma och med det menas att andras arbeten inte får plagieras. Med andra ord får författarna inte använda forskarnas arbete som om det vore deras egna. Det är inte heller tillåtet att stjäla eller förvränga material, detta kan skada förtroendet av den viktiga forskningen. De resultat som redovisas måste ha sådan transparens så att andra kan kontrollera och fortsätta med forskningen (a.a.). I studien kommer alla resultat från artiklarna att presenteras inklusive de resultat som inte stöder syftet (Forsberg & Wengström 2013).

## RESULTAT

Fyra teman har identifierats utifrån de valda artiklarna: *att bli bemött som en person, att förstå och bli förstådd, att bidra till sin egen vård*, samt *att känna sig trygg*. I arbetet har valts att använda ordet *bedsiderapport* som ett samlingsnamn där överrapportering sker tillsammans med patienten invid sängen.

Tabell 1. Översikt av teman

Artiklar	<i>att bli bemött som en person</i>	<i>att förstå och bli förstådd</i>	<i>att bidra till sin egen vård</i>	<i>att känna sig trygg</i>
1	x	x		
2	x	x	x	x
3	x	x	x	x
4	x			
5	x	x	x	x
6		x		
7	x			
8		x		
9		x	x	
10	x		x	
11	x		x	x
12		x		x
13			x	
14		x		
15	x			

### Att bli bemött som en person

För att patienten ska bli delaktig och få ett ökat inflytande vid bedsiderapportering är det viktigt för patienten att bli bemött som en person. Patienten upplever sig som en person när sjuksköterskan ser patienten som just en person, men också om patienten själv ser sig som en person och inte som en patient. Patienten ser det som av betydelse hur sjuksköterskan bjuder in till bedsiderapporten (Tidwell T, Edwards J, Snider E, Lindsey C, Reed A, Scroggins I, Zarski C, Brigance J, 2011). McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson och Gehrke (2010) beskriver att då sjuksköterskan erkänner patienten som en reflekterande partner som kan ta emot och delges professionell information, ger sjuksköterskan patienten ett erkännande att de är kunniga och har legitim rätt till information om sitt tillstånd. Det gör att patienten känner att vården är personlig och att hen är en person i första hand och en patient i andra hand. När patienten bjuds in att medverka vid bedsiderapporten upplever de att rapporten hjälper dem att förstå hur vården fortgår samtidigt som de får information om vem som ger dem vård under nästkommande arbetspass (Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis, Ying, 2008; McMurray et al., 2010).

Något som framkommit vid patientintervjuer är att sjuksköterskan bör fråga efter patientens åsikter och om patienten har några funderingar eller frågor vid bedsiderapporten. Detta möjliggörs genom synsättet att patienten är en person och därmed bjuds in att vara aktiv i överrapporteringen (Kerr, McKay, Klim, Kelly & McCann, 2013; Ford, Heyman & Chapman, 2014). Bedsiderapportering hjälper till att öka respekten för patienten och tillgodoser dennes

behov i större utsträckning (Tidwell et al., 2011). Flertalet av de patienter som intervjuats upplever bedsiderapportering som positivt. De upplever att de blir mer delaktiga i överrapporteringsprocessen genom att de ses som en person och inte som en ”dummy” i sängen när personalen pratar om dem (Lu, Kerr & McKinley, 2013). En patient beskriver det som att det blir mer personligt vilket leder till ett bättre möte – sköterskan är inte bara ett ansikte som passerar förbi. Om inte den fysiska närvaron finns vid bedsiderapporten förloras en viktig dimension. När överrapportering till exempel sker utanför rummet eller bakom draperier blir det hemlighetsfullt och patienten känner sig inte delaktig (Kerr et al., 2013; Cairns, Dudjak, Hoffman, Lorenz, 2013). En av de saker som påpekas som särskilt viktigt är att sjuksköterskan ska fråga om anhöriga får närvara vid överrapporteringen (Wildner & Ferri, 2012; Lu et al., 2013). Det framkommer också att patienterna tycker bedsiderapporten är ett trivsamt tidsfördriv som skapar utrymme för att knyta personlig kontakt med sjuksköterskorna. När patienten lär känna sjuksköterskan så ökar förtroendet och patienten känner sig säkrare (Jeffs et al., 2013; Bradley & Mott, 2013; Wildner & Ferri, 2012).

## **Att uppleva sig förstådd och förstå**

Patienterna anser också att bedsiderapporteringen är bättre än läkarnas rond. Läkarna pratar ett språk med varandra som patienten inte förstår och samtalet förs som om patienten inte ens fanns i sängen. När patienterna deltar i sjuksköterskans överrapportering och ett enklare språk används har patienten lättare att förstå det som sägs och vad som planeras (McMurray et al., 2010). Patienterna uttrycker att det är viktigt att förstå och kunna göra sig förstådd för att känna sig delaktig och involverad vid rapporteringen. Informationsutbytet är en av de viktigaste delarna i patientens fortsatta vård. Bjuds patienten in upplevs delaktighet och när patienten känner delaktighet ökar inflytandet och patienten kan då bidra med viktig information till sin egen vård (McMurray et al., 2010; Tidwell et al., 2011). Enligt Lu et al., (2013) är det när patienterna förstår allt som sägs under rapporten som de kan korrigera det som är fel och komplettera med viktiga uppgifter till den sjuksköterska som tar över vården. Vidare anser patienterna att när de kan bistå sjuksköterskan i den fortsatta vården så blir den mer effektiv. En patient uttrycker att tidigare kände hen inte till alla uttryck, provsvar eller vilken penicillin som hen fick, men sedan bedsiderapport införts så blev det lättare att förstå allt detta (a.a.). När patienterna inbjuds till rapporten så förbättras deras förståelse av det medicinska tillståndet och de känner sig värdefulla i samspelet med sjuksköterskan (Kerr et al. 2013). När patienterna är en naturlig partner i rapporten ställer de frågor om det som de inte förstår och får förklaringen med en gång (Kerr et al., 2013; Lu et al., 2013).

Även om de flesta patienterna upplever att bedsiderapporten är bra genomförd, framkommer det att det finns utrymme för förbättringar. När till exempel äldre sjuksköterskor rapporterar används ett språk som de yngre sjuksköterskorna och patienterna inte alltid förstår. För en del patienter, särskilt de som inte har engelska som första språk kan en överrapportering med många konstiga ord framkalla ångest (Kerr et al., 2013). Köberich (2014) beskriver att både före och efter införandet av bedsiderapport upplever patienterna att beslutsfattandet är paternalistiskt. För att sjuksköterskan bättre ska förstå patienten är det viktigt att den personal som går på passet känner till patientens oro och tankar inför framtiden (Maxson, Derby, Wroblewski & Foss, 2012). En bedsiderapportering med god kvalitet och hög patientsäkerhet förutsätter att rapporten utförs på ett enkelt och strukturerat sätt så att alla förstår vad som sägs. För att ytterligare förstå det som sägs vid rapporten är det bra att sjuksköterskan skriver ned informationen på en whiteboardtavla för att hjälpa patienterna minnas och kunna återberätta för anhöriga (Friesen, Herbst, Warisse Turner, Gabel Speroni, Robinson, 2013). Bedsiderapportering ökar

patienternas möjlighet att bli mer delaktiga och involverade avseende sin sjukdom, särskilt om patienten förstår och kan göra sig förstådd. Friesen et al., (2013) beskriver hur patienternas erfarenheter kan tas tillvara under bedsiderapporten för att utveckla och utbilda sjuksköterskor i bedsiderapportering. I en utvärderingsundersökning ombads patienterna att skriva ner sina erfarenheter av bedsiderapportering och utifrån det resultatet finns det bra material att använda för att utveckla bedsiderapporten så att patienterna kan förstå vad som sägs (Sand- Jecklin & Sherman, 2012).

## **Att bidra till sin egen vård**

För att patienterna ska känna sig delaktiga vid bedsiderapportering är det viktigt att de får bidra med egen information. Patienterna menar att det är genom deras bidrag som sjuksköterskor bättre kan förstå deras tillstånd och vilka behov som behöver tillgodoses för att kunna ge dem en god vård. (Lu, et.al., 2013). Patienterna beskriver också att det är genom bedsiderapporten som de förstår personalens förväntningar på vårdförloppet. I de fall där sköterskan aktivt lämnar över ordet till patienten och ber dem att rapportera känner sig patienterna mer engagerade, vilket upplevs som ett mer inkluderande förhållningssätt än att få be om ordet (Mc Murray et al., 2010). Jeffs et al., (2013) beskriver också att patienterna vill vara med på överrapportering dels för att höra vad som är på gång, men också att få möjlighet att komplettera med information om hur de mår, vilka läkemedel de står på och vad som är gjort under dagen. Patienterna ger uttryck åt att de är viktiga informationsbärare i överrapporteringen. Vidare uttrycker patienterna att de är glada över att bli tillfrågade, särskilt om det bidrar till att klargöra förväntningar eller klara ut missförstånd. De uppfattar att när deras önskemål blir respekterade och att när de blir involverade i hela beslutsprocessen medför det också att de känner sig stärkta i sin roll som patient. (Mc Murray et al., 2010; Chaboyer et al., 2008; Friesen et al., 2013; Sand-Jeckling & Sherman, 2014).

Tidsaspekten anges också som en viktig komponent för att patienterna ska uppleva delaktighet i bedsiderapporten. Patienterna måste få utrymme för att ställa frågor och att få svar. När patienterna tillfrågas om hur ofta bedsiderapporten ska ges varierar åsikterna, men de flesta patienterna föredrar att få delta i bedsiderapporten varje dag (Kerr et al., 2013). Patienter med längre vårdtid samt patienter vars status inte förändras nämnvärt varje dag upplever dock att bedsiderapporten känns överflödigt. De anmärker på att de inte vill bli väckta för att delta på bedsiderapporten eftersom det ändå inte är något nytt som sägs (Jeffs et al., 2014).

Patienterna beskriver olika syn på hur de önskar bli delaktiga vid bedsiderapporten och hur den ska utföras. Det finns patienter som uttrycker önskemål om att få ha en mer passiv roll vid bedsiderapporten och hellre lyssna än bidra med information. Några går så lång att de särskilt uttrycker att de inte önskar delta på rapporten alls och att det är en aktivitet som sjuksköterskor kan ägna sig åt (Jeffs et al., 2014). Som motsats till detta framkommer det att patienter upplever bedsiderapporten som negativ när de inte känner sig inbjudna att delta eller när de inte får bidra med information (Chaboyer et al., 2008).

## **Att känna sig trygg**

När patienterna får överhöra och bidra med information under bedsiderapporten känner de sig också mer trygga i sin vårdssituation. Att känna sig trygg handlar till stora delar om att vara informerad, att få höra vad som rapporteras och att få möjlighet att korrigera eller komplettera om något som sägs är felaktigt. Det känns också tryggt för patienten att vara delaktig i

diskussioner om fortsatt vård och behandling, vilket det uttrycks som att få vara en jämbördig partner (Kerr et al., 2013; Lu et al., 2013). Bedsiderapporten bidrar till att patientens förståelse för sitt medicinska tillstånd ökar och det gör också att oro och ångest för sjukdomen minskar (Jeffs et al., 2014). Patienterna berättar att förtroendet för sjuksköterskan ökar när de får möjlighet att interagera i sin egen vård. Patienterna beskriver det som tryggt och att de känner sig lugnade när de blir introducerade för sjuksköterskorna som har hand om nästa pass. Att få möjlighet att vara engagerad och ge sitt perspektiv gör också att patienterna känner sig mer bekväma och lugna i sin vårdssituation (Friesen et al., 2013).

För en del patienter är det viktigt att bedsiderapporten genomförs kontinuerligt för att de ska känna sig trygga. Det skapar en känsla av osäkerhet och oro om rapporten uteblir eller om det blir uppehåll i den kontinuerliga rapporteringen (Kerr et al., 2013; Lu et al., 2013; Jeffs et al., 2014). Likaså blir patienter osäkra och oroliga om de inte förstår vad som sägs på bedside rapporten. Särskilt betydande blir detta om rapporteringen inte sker på patienternas modersmål (Kerr et al., 2013).

Eftersom rapporten kan överhöras av andra patienter är det av särskild vikt att patienterna upplever att deras konfidentialitet och privatliv inte äventyras. Hur bedsiderapport påverkar kraven på konfidentialitet och sekretess hos patienterna varierar. Majoriteten av de tillfrågade patienterna uttrycker att de är bekväma med att deras medicinska tillstånd och medicinskt relaterade problem diskuteras vid sängkanten så att andra hör. Men patienterna menar också att viss känslig information som sexuellt överförbara sjukdomar, sexuell läggning, religion och psykisk sjukdom inte bör diskuteras på en bedside rapport eftersom den här typen av information kan upplevas diskriminerande (Lu et al., 2013; Kerr et al., 2013; Sand-Jacklin, Sherman, 2013). Ytterligare andra patienter uttrycker oro över att när känslig information ska delas på fyrbäddssalar handlar det inte alltid om själva rapporteringsprocessen, utan mer om att det är män och kvinnor blandat på salen (Mc Murray et al., 2010). Men det framkommer också att patienter inte är bekväma med att information om fullständigt namn och diagnos utväxlas på bedsiderapporten och att de uttrycker oro över att andra kan överhöra det (Jeffs et al., 2014).

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Enligt Friberg (2013) är styrkan med att välja en litteraturöversikt som metod att kunna kartlägga kunskapsläget inom ett visst område på relativt kort tid. Från början övervägdes att göra en kvalitativ studie med intervjufrågor på sjukhuset, men för att få ett större och bredare underlag valdes litteraturöversikt som ett bättre alternativ. Metoden litteraturöversikt anses som mycket lämplig för att kunna besvara syftet. Litteraturöversikten lämpar sig också för att undersöka om resultatet som framkommit i artiklarna går att sätta i ett större sammanhang. Forsberg och Wengström (2013) beskriver att ytterligare en styrka med att välja litteraturöversikt är att det går att sammanställa både kvalitativ och kvantitativ forskning. CINAHL och Medline var de databaser som användes för att få kvalitativt bra artiklar som svarade mot syftet.

Då detta var första gången författarna genomförde en litteraturöversikt sågs en risk att inte få med de studier som handlade om ämnet och som kunde besvara syftet. För att sökstrategin skulle bli så tillförlitlig som möjligt och för att få med ett bra urval av lämpliga artiklar togs därför kontakt med skolans bibliotekarie. Bedsiderapport är ett relativt nytt begrepp och det kan vara en av orsakerna till att den första sökningen inte gav så många träffar. När sedan sökverktyget Mesh användes tillkom ytterligare användbara sökord, vilket resulterade i betydligt fler artiklar (Forsberg & Wengström, 2013). Den valda söksträngen (bilaga 1) användes i databaserna och för att även kunna få med de allra senaste publicerade artiklarna gjordes en sökning på senaste året i Medline, men det fanns inga nytillkomna artiklar. Enligt Forsberg och Wengström (2013) bör både kvalitativa och kvantitativa ansatser användas eftersom omvårdnadsforskningen innehåller detta. De artiklar som använde kvantitativ metod var värdefulla framförallt då långt fler patienter deltagit än i de studierna med kvalitativ metod. De båda metoderna kompletterar varandra bra och stärker studiens resultat av pålitligt, överförbart och trovärdigt (Forsberg & Wengström, 2013). Det är oklart hur resultatet sett ut om intervjustudier hade gjorts istället.

En svaghet med att välja denna metod framför andra kan vara, att författarna gör egna tolkningar av de artiklar som analyseras utifrån egen förförståelse. Alla artiklar som söktes fram var skrivna på engelska, vilket kan medföra en risk för feltolkningar vid översättning. Validiteten kan ha påverkats då data som använts översattes från engelska till svenska (Friberg, 2012). Författarna har tillsammans arbetat med översättningar i texterna för att tolka budskapet, men då engelska inte är författarnas modersmål kan det ändå ha påverkat resultatet. Det komplicerades något att placera in rätt text under rätt tema då mycket av texten kändes sammanvävd. Då det är första gången författarna gör en litteraturöversikt kan det ha påverkat datainsamling, granskning och analys av artiklarna. Efter att ha jobbat många år som sjuksköterskor varav flera år med verksamhetsutvecklaruppdrag, har författarna till denna uppsats erfarenhet av att patienter inte görs delaktiga i sin egen vård i samma utsträckning som de har rätt till. Därför kan författarnas egna erfarenheter och förförståelse kommit att ha påverkat analysen, varför reflektion och diskussion har skett löpande under arbetets gång. Enligt Henricsson (2012) är det betydelsefullt att författarna är medvetna om detta under hela forskningsprocessen.

Eftersom en beskrivning av patientens syn på bedsiderapporten gjordes var det viktigt att artiklar som granskades verkligen hade med patientperspektivet. Det blev således många



artiklar som sällades bort då de belyste sjuksköterskeperspektivet. När utsökningen var genomförd fanns det både kvalitativa och kvantitativa studier kvar. Genom att utgå från både kvalitativa och kvantitativa studier som metod anses bra då både individens perspektiv och ett större sammanhang synliggörs (Henricsson, 2014). Något som författarna reflekterade över var att det inte förekom några svenska eller andra nordiska studier som motsvarade syftet. De länder som hade flest artiklar publicerade var främst Australien och USA.

## Resultatdiskussion

Syftet med uppsatsen är att beskriva patientens upplevelse av delaktighet i sin egen vård vid bedsiderapportering. När resultatet studerats och granskats har fyra olika teman utkristalliserats. De fyra teman är; *att bli bemött som en person, att uppleva sig förstådd och förstå, att bidra till sin egen vård* samt *att känna sig trygg*. Utifrån dessa teman beskrivs patientens upplevelse av bedsiderapport. Det som varit genomgående i alla tema är att patienten beskriver hur viktig informationen är, dels hur den framförs och om den är förståelig.

Resultatet visar att det är viktigt för patienten att i första hand vara en person, för att öka delaktigheten och få inflytande i sin egen vård under bedsiderapporten. Ekman (2014) skriver om begreppen patient och person som att patienten är en roll, samtidigt som begreppet person handlar om identitet. Patienten är en roll som kan tas, något som är utbytbart till skillnad från personen som är unik och oersättlig. I resultatet beskriver patienten bedsiderapporten som en stund där de kan möta sjuksköterskan på ett mer personligt plan och småprata en stund (Jeffs et al., 2013). Det är just genom dessa berättelser som medarbetare inom vården kan gå från vad en patient är till vem personen är bakom patientrollen (Ekman, 2014). När patienten bjuds in i mötet av sjuksköterskan öppnas dialogen upp för en mer jämlik vård. Enligt Chin, Warren, Kornman och Cameron (2011) anser patienten att de ofta har mer information och genom patientens närvaro vid rapporten tillåter sjuksköterskan patienten att klargöra, lägga till, validera och uppdatera information som utväxlas. Dahlberg och Segesten (2010) menar att då patienten upplever mötet som jämställt ökar känslan hos patienten att vara mer en person än bara en patient eller ett nummer som sjuksköterskorna pratar om. Genom att våga bjuda in patienten i mötet öppnar sjuksköterskan upp för patientens livsvärld. En förutsättning för god vård är att vilja förstå patienten utifrån dennes livsvärld. Sjuksköterskans möjlighet att bedriva en god och säker vård ökar då hen har helhetsbilden av patienten. Helhetsbilden får sjuksköterskan genom att patienten blir mer delaktig och får inflytande i vården, det förutsätts då att patienten ses som en person(a.a.).

I patientlagen (SOSFS:2014:821) kapitel 5 står det att hälso- och sjukvården så långt möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) så är det när stödet och informationen förmår möta en patients livsvärld som delaktighet uppstår. Bedsiderapport är en del i hur vården möjliggör för patient och närstående att vara mer delaktiga och få inflytande. För att vara delaktig förutsätts det att patienten är en person i första hand. Detta blir tydligt då patienten beskriver att de gärna vill vara med och höra vad som sägs så att de kan komplettera med uppgifter som inte sjuksköterskan tar med. När ett riktigt bra möte uppstår känner patienten sig som en person som blir lyssnad på och får förklaring av den planerade vården. Patienter beskriver också i resultatet att när de bjuds in som personer i överrapporteringen, förstår de bättre vad som händer med dem och kan påverka vården. Patienten upplever att deras medverkan under rapporten bidrar till att vårdprocessen är mer effektiv (Jeffs et al., 2013).

Ekman (2014) beskriver att det som kan göra det svårt för en person att beskriva hur de mår och att delge annan viktig information kan bero på olika kommunikationshinder. Dessa brister kan vara olika typer av språkstörning, hörselnedsättning eller neurodegenerativa sjukdomar. Bristen på kunskap om konsekvenser av kommunikationshinder gör att dessa personer inte får anpassad information från vårdgivaren och det blir då svårt för dem att förstå och ta till sig råd och ordinationer. För att förstå information som utbyts vid bedsiderapporten krävs ett begripligt språk så att patienten har möjlighet att vara delaktig och kunna bidra med ytterligare komplettering. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) krävs också att sjuksköterskan kan sätta sig in i patientens livsvärld, att verkligen försöka att på djupet förstå, vilket kan vara avgörande för den fortsatta vården. Genom att förstå patientperspektivet ur ett etiskt perspektiv är kravet på professionen att de ska anpassa vården utifrån patienten under hela vårdresan, då blir det självklart att patienten ska förstå det som sägs. Dahlberg och Segesten(2010) säger också att det är vårdarna som håller ett fast grepp om kommunikationen och de som talar mesta delen av tiden. Men att genomföra en bedsiderapport ur ett patientperspektiv och se patienten ur dennes livsvärld ökar samspelet mellan patient och vårdare där bådas expertkunskap tas tillvara.

I resultatet framkommer att patienterna har svårare att förstå när sjuksköterskorna använder sig av medicinska uttryck och jargonger. Fossum (2014) påtalar att även rösten och tonfallet har betydelse för hur personer uppfattar varandra. Låter sjuksköterskan stressad blir det antagligen svårare för patienten att fråga eller berätta om saker som kräver tid. Slang eller andra uttryck och sjukhusjargonger ska helst undvikas. Bedsiderapport kan ses som en social interaktion, ett vardagligt möte mellan personer där språket har stor betydelse för hur vi kan förmedla och ta emot information under ett möte (Dimberly & Graeme, 1997). Språket kan också kompletteras med icke verbala inslag, vilket blir särskilt viktigt när det finns kommunikationshinder hos patienten såsom syn- och hörselnedsättning. Resultatet visar också att patienter som är aktiva under överrapporteringen och förstår det som sägs, korrigerar det som är fel och kan fråga om det är några oklarheter, vilket i sin tur kan förbättra patientsäkerheten (McMurray et al., 2010; Jeffs et al., 2013). Patienter har olika kunskap om sin egen hälsa och detta har betydelse under mötet med hälso- och sjukvården. Patienter med god kunskap om sin egen hälsa uppfattar informationsutbytet bättre och kan tillämpa ny information om förändrade omständigheter jämfört med de patienter som har sämre kunskap om sin hälsa (Ishikawaa et al., 2009).

Hur överrapporteringen sker är avgörande för hur både patient och vårdare uppfattar den fortsatta vårdplanen. Holly och Poletic (2013) poängterar att för en väl fungerande överrapportering krävs det att sjuksköterskan inte agerar som grindvakt vid överrapporteringen. Bedsiderapporten minskar detta agerande och patienten ges möjlighet att ta del av det som är viktigt för den fortsatta vården. Enligt resultatet är det viktigt för patientsäkerheten att patienten görs delaktig i sin egen vård som vid bedsiderapport. När patienten bjuds in att vara aktiv i rapporten kan fel korrigeras så att sjuksköterskan får rätt uppgift som t.ex. vilka läkemedel som patienten står på. Det kan också vara att sjuksköterskan informerar vid rapporten om möjliga risker för patienten, som till exempel att patienter behöver påkalla hjälp vid förflyttning till toalett.

Patienterna anser att bedsiderapporten ska vara strukturerad på ett lätt sätt så att inga missförstånd kan förekomma. Då hälso-och sjukvården är en komplex och riskfylld verksamhet ökar riskerna då en stor mängd kritisk information om enskilda patienter överförs mellan många olika yrkeskategorier och verksamheter (Sveriges kommuner och landsting, 2015). Det beskrivs vidare att en av de vanligaste bakomliggande orsakerna till tillbud och händelser i vården är att det på ett eller annat sätt brister i kommunikationen mellan personer eller olika verksamheter. Otydlig kommunikation och informationsöverföring leder till att patientsäkerheten hotas. Med

en fastställd struktur för hur kommunikationen och informationsöverföringen går till, minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas (a.a.). Ett exempel på sådan struktur för kommunikation är SBAR, som står för **S**ituation, **B**akgrund, **A**ktuellt tillstånd och **R**ekommendation (Fossum, 2013). Det som framkommit i resultatet är att när patienten verkligen förstår information och kan komplettera så ökar patientsäkerheten.

I Patientlagen (SOSFS 2014:821) stärks och tydliggörs patientens ställning, integritet, självbestämmande och delaktighet i mötet med vården. Att ge patienten möjlighet att presentera sig själv som en person och inte bara som en sjukdom är en viktig utgångspunkt för att bygga en gemensam plattform som uppmuntrar patienten att aktivt delta och hitta lösningar på sina problem. Ekman et al., (2011) lyfter patienten som den viktigaste resursen i vården och som ska göras mer delaktig i sin egen vård och behandling. Resultatet visar att när patienter bjuds in på bedsiderapporten för att själva berätta om sin situation, känner de sig också mer inkluderade i sin egen vård. Patienter beskriver att det är viktigt att få bidra med information och när de möts med respekt och när deras information bidrar till beslutprocessen känner de sig också stärkta som patient i sin vårdssituation.

Bedsiderapporten får också andra effekter. Sand-Jecklin (2013) beskriver i sin studie att förutom att patienterna är nöjda och känner sig mer delaktiga i vården minskar fallen med 35 procent och de medicinska felen med 50 procent. Enligt Cairn et al., (2013) framkommer positiva inslag i form av färre ringningar från patienterna som ett led i att de är mer nöjda. Andra effekter som också uppmäts är att överrapporteringstiden och den dagliga övertiden för personalen minskar(a.a.).

När patienterna inte är nöjda med bedsiderapporten handlar det främst om att som patient inte bjudas in som en viktig part att få bidra med information. Det kan förstås ha flera orsaker men Köberich (2014) beskriver i sin utvärdering bland sjuksköterskor tre månader efter införandet av bedsiderapport att sjuksköterskorna fortfarande är motståndare till bedsiderapport, att de inte känner sig bekväma i att överrapportera tillsammans med patienten. Att som personal inte vara bekväm med ett nytt arbetssätt skulle kunna påverka utfallet och i Cairn et al (2013) studie påtalas också behovet av fortsatt arbete med kommunikation och utbildning för sjuksköterskor. Avsikten är att över tid integrera bedsiderapportering ytterligare till förmån för patienterna. Enligt Ekman (2014) kan en organisation inte förändras utan dess medarbetare. När något nytt införs kännetecknas processer av en intern kamp mellan personer som vill ha förändring och personer som är motståndare. Det är först när alla inblandade har en samsyn kring värderingar, terminologi och attityder som en diskussion blir ett konstruktivt hjälpmedel och bidrar till förändring. Att vara villig till förändring kräver att förändringen upplevs nödvändig och att fördelarna överväger nackdelarna.

Patienter uppfattar att det är genom deras bidrag på bedsiderapporten som sjuksköterskorna bättre kan förstå deras tillstånd, behov och vad som behöver tillgodoseas för att kunna ge dem en god vård. Ibland innebär det att också få göra valet att inte delta i bedsiderapporten, de önskemålen kommer framför allt från patienter med längre vårdtid och där deras vårdssituation inte förändras nämnvärt. Dahlberg och Segesten (2010) menar att patienters delaktighet handlar om möjligheten att ta ansvar för och påverka sin hälsosituation. Vårdvetenskapen kännetecknas på ett övergripande plan av ett patientperspektiv vilket innebär att det är patienten som är medelpunkten för vårdandet. Resultatet pekar på att när patienter får överhöra och bidra med information på bedsiderapporten tillsammans med sjuksköterskor känner de sig mer trygga i sin vårdssituation. Trygghetskänslan handlar till stora delar om att vara informerad, att få höra vad som rapporteras och att få möjlighet att korrigera eller komplettera om något som sägs är

felaktigt. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att trygghet är kontextuellt bundet och kan vara direkt kopplad till yttre faktorer som god miljö, förtroendefulla relationer, kunskap och kontroll. Trygghet kan också vara en inre känsla som är kopplad till mening och sammanhang. I resultatet beskriver patienterna att det känns tryggt att få vara delaktig i diskussionerna om fortsatt vård och behandling som en jämbördig partner. Bedsiderapporten bidrar till ökad förståelse för det medicinska tillståndet vilket i sin tur leder till att oro och ångest minskar. När patienterna får möjlighet att vara engagerade och ge sitt perspektiv gör det också att de känner sig mer bekväma och lugna med sitt hälsotillstånd. Nordenström (2015) menar att det också finns kvalitetsdimensioner att ta till vara på. Ökad patientmedverkan leder till bättre följsamhet till ordinationer, bättre resultat i process- och hälsomått, färre vårdskador och komplikationer.

I resultatet framkommer att det är viktigt för patienterna att bedside rapporten genomförs kontinuerligt för att de ska känna sig trygga. Blir det ett uppehåll eller att den uteblir någon dag, skapar det istället en känsla av osäkerhet och oro. Likaså upplevs det som tryggt och lugnande att bli introducerad för nästa pass och den nya sjuksköterskan på bedside rapporten. Däremot visar resultatet att patienter som inte förstår vad som sägs på överskriften, istället uttrycker oro, särskilt betydande blir det om de inte har språket som modersmål. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att otrygghet har nära koppling till hot och att inte förstå kan upplevas hotfullt, däremot kommer trygghet att öka i takt med att veta. De säger vidare att information, särskilt om den är ensidigt uttalad och okänsligt levererad, kan minska känslan av delaktighet. Det är först när stödet och informationen förmår möta patientens livsvärld som delaktighet uppstår.

Eftersom bedsiderapporten kan överhöras av andra patienter är det av särskild vikt att patienterna upplever att konfidentialitet och privatliv inte äventyras. Det måste kännas tryggt att delges information och kunna bidra på ett säkert sätt. Enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009), omfattas alla som arbetar inom hälso- och sjukvården av tystnadsplikt. Det syftar till att patienten ska känna sig trygg i mötet med vården och att våga prata öppet om besvär eller symtom och på så sätt få den vård som behövs. Ekman (2014) beskriver att tystnadsplikten inom vården ofta blir dubbelbottnad och ger sig i uttryck genom två ytterligheter. Å ena sidan får en sjukvårdsanställd inte berätta om patienters tillstånd med andra medpatienter, inte heller med annan sjukvårdspersonal som inte har en vårdrelation med patienten. En sjukvårdsanställd får heller inte hälsa på en patient utanför sjukvården om inte patienten hälsar först. Den andra sidan är att i samband med ronder eller i andra samtal mellan personal och patienter försvinner all sjukvårdssekretess och patienter kan helt ofrivilligt få veta allt om sina medpatienter. I resultatet framkommer att bedsiderapporten påverkar konfidentialitet och sekretess olika. Att känna sig sårbar som patient handlar om att konfidentialitet och integritet riskeras i dialogen. Av den anledningen bör känsliga ämnen inte diskuteras på en bedside rapport och det är viktigt att sjuksköterskan visar respekt för det. Majoriteten av de tillfrågade patienterna uttrycker dock att de är bekväma med att deras medicinska tillstånd och medicinsk relaterade problem diskuteras vid sängkanten så att andra hör. Kerr et al., (2013) menar att anledningen till det skulle kunna vara att patienten oroar sig mer för sitt hälsotillstånd än över sårbarheten gällande deras sekretess och konfidentialitet. Författarna i föreliggande studie reflekterar över om det finns en koppling till att de flesta av resultaten kommer från sjukhus i USA och Australien där de kan ha en högre frekvens av enkelrum, än i Sverige. Enligt Ekman (2014) bör en vårdavdelning alltid ha enskilda rum för samtal mellan vårdgivare och den som vårdas för att sjukvårdssekretessen ska kunna upprätthållas. Det beskrivs som otillfredsställande att patientens hela sjukdomshistoria och sociala situation öppet diskuteras inför andra patienter och att enkelrum är en förutsättning för att kunna bevara patientens integritet och respekt.

## **Slutsats**

Sammantaget beskriver patienter konceptet med bedsiderapport som positivt och stärker patienten att bli delaktig i sin egen vård. Patienterna upplever att det bidrar till att information blir säker och mer fullständig. En förutsättning för delaktighet är att patienten ses som en person. Det framkommer också att det är viktigt att bedsiderapporten utförs med respekt för sekretess, att språket är förståeligt och att information anpassas utifrån patientens medicinska och mentala tillstånd. Genom att sjuksköterskan blir medveten om fördelarna, tar tillvara på möjligheterna med patientens deltagande och samtidigt tar hänsyn till sekretess, språkbruk och patientens personella förutsättningar, blir bedsiderapport betydelsefull för ökad delaktighet och inflytande för patienterna. I de artiklar som studerats framkommer andra intressanta resultat, såsom att överrapporterings- och den dagliga övertiden för sjuksköterskor minskar. Fallskador hos patienter minskar när bedsiderapport införs samt att patienter inte använder larmsystemet i samma utsträckning som tidigare. Vidare påtalar läkarna att sjuksköterskor bättre kan besvara frågor om patientens tillstånd efter bedsiderapporten.

## **Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning**

Resultatet är positivt och visar att bedsiderapport bidrar till ökad delaktighet i vården för patienterna. I Patientlagen står det att vården har en skyldighet att göra patienten delaktig i sin egen vård. Av den anledningen kan bedsiderapporten ersätta traditionell överrapportering och implementeras i sjukvården. Med hänsyn till ovanstående och i en önskan att ge en god vård finns goda chanser att lyckas med bedsiderapportering. Det skulle dock vara intressant att utforska hur bedsiderapporten kan utföras på bästa sätt. Det skulle kunna göras genom aktionsforskning, där patient och personal tillsammans utvecklar vården kring bedsiderapportering. Det ger intryck av att vara ett utforskat område i dagsläget.

## REFERENSER

Anderson, J. Malone, L. Shanahan, K. Manning, J. (2014) Nursing bedside clinical handover – an integrated review of issues and tools. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 662–671.

\*Bradley, S., Mott, S (2013) Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1927-1936.

Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Ekman, I., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Lindseth, A., Norberg, A., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., Stibrant Sunnerhagen, K., Swedberg, K., Taft, C., Öhlén, J. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251.

\*Cairns, L., Dudjak, L., Hoffman, R., Lorenz, H (2013). Utilizing Bedside Shift Report to Improve the Effectiveness of Shift Handoff. *The Journal of Nursing Administration* 43, 160-165.

\*Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M., Ying, F. (2008). Bedside Handover Quality Improvement Strategy to "Transform Care at the Bedside". *Journal of Nursing Care Quality*, 24, 136-142.

Chaboyer, W., McMurray, A., Wallis, M., (2010). Bedside nursing handover: A case study. *Journal of Nursing Practise*, 16, 27-34.

Chin, G., Warren, N., Kornman, L., Cameron, P. (2011). Patients' perceptions of safety and quality of maternity clinical handover. *BMC Pregnancy and Childbirth* 11, 1-8.

CODEX. (2011). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad från www 2015-05-18: <http://www.codex.uu.se/forskarensetik.shtml>

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande. I teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Dean, P. (2009). Nurse-to-Nurse Caring Begins with Shift-to-Shift Report. *International Journal for Human Caring*, 13, 22-26.

Dimberly, R., Graeme B.(1997) *Oss emellan- Mellanmänsklig kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

Drach-Zahavy, A. Goldblatt, H. Maizel, A. (2014). Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 592–601c

Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson I-L, Kjellgren K, Lidén E, Öhlén J, Olsson L-E, Rosén H, Rydmark M, Stibrant

Sunnerhagen K(2011)Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10,248–251.

Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvården. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber AB.

Ekman, I. & Segesten, K. (1995). Deputed power of medical control: the hidden message in the ritual of oral shift reports. *Journal of Advanced Nursing* 22, 1006-1011.

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

\*Ford, Y., Heyman, A., Chapman, Y (2014) Patients' Perceptions of Bedside Handoff- The Need for a Culture of Always. *Journal of Nursing Care Quality* 29, 371-378.

Forsberg, C. Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Fossum, B. (2013) *Kommunikation- samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F (red). (2008). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (1:5, uppl). Danmark: Studentlitteratur.

\*Friesen, M A., Herbst, A., Warisse Turner, J., Gabel Speroni, K., Robinson, J. (2013). Developing a Patient-Centered ISHAPED Handoff With Patient/Family and Parent Advisory Councils. *Journal of Nursing Care Quality* 28, 208-216

Henricsson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod* (Upplaga 1:3). Poland: Studentlitteratur.

Holly, C. & Poletick, E. (2013). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing* 23 (17/18): 2387-96.

Ishikawaa. H, Yanob. E, Fujimoric. S, Kinoshitac. M, Yamanouchic. T, Yoshikawad. M, Yoshihiko.Y, Teramotoc.T. (2009). Patient health literacy and patient–physician information exchange during a visit. *Family Practice* 26 (6): 517-523.

\*Jeffs, L., Beswick, S., Ascott, A., Simpson, E., Caroso, R., Campbell, H., Irwin, T. (2013). Patients' Views on Bedside Nursing Handover-Creating a Space to Connect. *Journal of Nursing Care Quality*, 29, 149-154.

\*Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A-M., McCann, T. (2013). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1685-1693.

\*Köberich, S (2014). Nursing Bedside Handover does not Influence Cardiovascular Surgery Patients' Participation in Nursing Care Decision-Making Process: Results Three Months after Implementation. *International Journal of Caring Sciences* 7, 823-833.

Liu, W, Manias, E. Gerdtz, M. Medication (2012) Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: A critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies* 49, 941-952.

\*Lu, S., Kerr, D., McKinley, L (2013). Bedside nursing handover: Patients' opinions. *International Journal of Nursing Practice* 20, 451-459.

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

\*McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., Gehrke, T (2010). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18, 19-26.

Morgan, S. Yoder, L. (2012). A concept Analysis of Person – Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30, 6-15.

Mukhopadhyay, A. Leong, B. Lua, A. Aroos, R. Wong, J J. Koh, N. Goh, N. Choong See, K. Phua, J. Kowitlawakul, Y. (2014). Differences in the handover process and perception between nurses and residents in a critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 778–785.

Nordenström, J.(2015). *Värdebaserad vård*. Vingåker: Karolinska Institutet University Press.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar – med stöd av IT och Internet* (4: e uppl). Lund: Studentlitteratur.

\*Sand-Jecklin, K., Sherman, J (2014). A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing* 23, 2854-2863.

\*Sand-Jecklin, K., Sherman, J (2012). Incorporating Bedside Report Into Nursing Handoff-Evaluation of Change in Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 28, 186-194.

Skaraborgs sjukhus (2014) *Personcentrerad Omvårdnad närmre patienten*. Skövde.

SOU 2013:2. *Delbetänkande av Patientmaktsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Skaalvik, M. Normann, K. Henriksen, N. (2010). To what extent does the oral shift report stimulate learning among nursing students? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2300–2308.

Sveriges Kommuner och Landsting (2015) *Strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården*. Hämtad från [www](http://www.skl.se) 2015-11-20.

<http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarforkommunikation.748.html>



\*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, E1-E5.

Vårdanalys. (2014). *Vården ur patienternas perspektiv– jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed- VETENSKAPS RÅDETS RAPPORTSERIE*. Stockholm.

\*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 Hospital. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 14, 216-224.

## Bilaga 1: Sökordsöversikt

Tabell Matris Litteratursökning							
Databas	Söknr	Sökord	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
2015-06-25							
CINAHL	1	Patient and Participation and Bedside report	15	3			
	2	Patient and Get involved and Bedside report	0				
	3	Patient and Play a part and Bedside report	3	3			0
	4	Patient and Experience and Bedside report	31	4			
	5	Patient and Experience and Bedside handover	5	5			
	6	Patient and Bedside handover	47	2			
PuBMed	7	Patientparticipation and bedside report or bedside handover	44	8	8	6	3
2015-09-21							
CINAHL 2005- 2015		((bed* N3 (report* OR handover* OR handoff* OR shift*)) AND patient* AND (participat* OR involv* OR cent* OR influen*) AND (PT (research OR review) OR PY 2015-2016))	89	89	40	12	8
Medline 2005- 2015		((bed* N3 (report* OR handover* OR handoff* OR shift*)) AND patient* AND (participat* OR involv* OR cent* OR influen*))	186	109	12	6	4
Medline 2015- 2016		(bed OR beds OR bedside OR bedsidess) AND (report* OR handover* OR handoff OR handoff* OR shift*) AND (patient OR patients) AND (participat* OR involv* OR centered* OR centred* OR influen* OR centered OR participation)	152 Inga nya tillkom utöver de som finns ovan				

## Bilaga 2: Artikelöversikt

Nr	Författare, år, land	Titel	Syfte	Metod	Resultat
1	Tidwell, T., Edwards, J., Snider, E., Lindsey, C., Reed, A., Scroggins, I., Zarski, C., Brigance, J.  2011  USA	A Nursing Pilot Study on Bedside Reporting to Promote Best Practice and Patient/Family Centered Care	Syftet med denna pilotstudie var att avgöra om genomförandet av säng rapporteringen hade en effekt på patient/familj tillfredsställelse, omvårdnad tillfredsställelse och övertidstimmar	Enkätundersökning kring patient och sjuksköterskans tillfredsställelse av omvårdnad samt övertid. Data analyserades med användning av t-test chi-square test och Fishers exakta test för att bestämma signifikanta ändringar	I resultatet kunde man se att tillfredsställelsen ökade främst i två av frågeställningarna och det var om sjuksköterskan visade respekt för dig och ditt barn. Det andra var hur bra sjuksköterskan höll dig informerad om vård och behandling
2	Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A-M., McCann, T  2013  Australia	Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside	Att förklara patientens perspektiv på Bedside rapport vid en akutavdelning	Kvalitativ beskrivande metod utifrån semi-strukturerade intervjuer med 30 stycken patienter. Data analyserades utifrån teman	Patienterna beskriver ett ökat förtroende för sjuksköterskan, de har möjlighet att komplettera rapporten med egen information. Patienterna kan diskutera och ställa frågor kring hur de känner sig och hur de mår under rapporten, vilket ökar förståelse över deras medicinska tillstånd. Sjuksköterskan bör fråga om anhöriga ska vara med under rapporten.
3	Lu, S., Kerr, D., McKinley, L  2013  Australia	Bedside nursing handover: Patients' opinions	Undersöka patientens upplevelser av Bedside rapport	Fenomenologisk ansats deskriptiv kvalitativ studie. Urvalet bestod av 30 stycken patienter på tre olika avdelningar, 10 stycken från varje avdelning. Semistrukturerade djupintervjuer	Positivt inställda till bedside rapport. Ett mer effektivt och personligt tillvägagångssätt. Patienterna stärker sin egen roll genom medverkan i processen och därmed minskar fel. Konfidentiella ämnen ska inte tas upp vid rapporten  Språket ska vara lätt att förstå vid rapporteringen annars kan patienten inte

					bli involverade på ett bra sätt.
4	Ford, Y., Heyman, A., Chapman, Y. 2014 USA	Patients' Perceptions of Bedside Handoff- The Need for a Culture of Always	Syftet med denna studie var att kartlägga patienternas upplevelser av Bedside rapport	Direkt och kvantitativ mätning Två avdelningar medicin och kirurg. 18 år och äldre. Minst 3 stycken rapporter ska patienterna varit med om. 103 stycken patienter undersöktes.	Positiva effekter på patienternas perspektiv kring säkerhet, förståelse och nöjdhet. Bedside rapport är mest effektiv då den utförs konstant. Patienterna fick nödvändig information för att förstå sin vård och de tilläts involvering och förstod den planerade vården. Patienterna kände säkerhet gällande medicinfel och andra misstag
5	McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., Gehrke, T. 2010 Australia	Patients' perspectives of bedside nursing handover	Denna studie undersökte patienternas perspektiv om medverkan vid Bedside rapport	Deskriptiv fallstudie. Intervjuer som spelades in och data analyserades och tematiserades 10 stycken patienter intervjuades	Uppskattat att erkännas som partner i sin egen vård. Patienterna såg möjligheter att ändra eventuella felaktigheter i den information som förmedlas vid överrapporteringen. Det finns även möjlighet att inta en mer passiv roll vid överrapporteringen. Patienter uppskattade tillvägagångssättet och interaktionen mellan sjuksköterska och patient vid rapporten
6	Maxson, P., Derby, K., Wroblewski, D., Foss, D. 2012 USA	Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety	Ta reda på om Bedside rapport ökar patientens och sjuksköterskans tillfredsställelse med vårdplan och ökar patientens uppfattning av lagarbete	Kvantitativ studie Enkätundersökning före och efter införande av Bedside rapport. 60 stycken patienter deltog	Statistisk säkerställd förbättring uppnåddes, patienter var nöjda med engagemanget i sin vårdplan.
7	Bradley, S., Mott, S 2013 Australia	Adopting a patient-centered approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals	Att studera processen och resultaten av genomförandet av Bedside rapport	Empirisk kvantitativ studie med kvalitativa inslag. Etnografiska intervjufrågor. Nio stycken patienter ingick i studien.	Patienter föredrog Bedside rapport framför den vanliga stängda rapporten. Processen inlemmar en social aspekt för patienten. Patienterna har möjlighet att direkt veta vem som ska vårda dem och att de inkluderas i diskussionen kring deras vård. Patientens involvering hade ökat

					efter Bedside rapportens införande.
8	Köberich, S 2014 Tyskland	Nursing Bedside Handover does not Influence Cardiovascular Surgery Patients' Participation in Nursing Care Decision-Making Process: Results Three Months after Implementation	Utvärdera effekten av Bedside rapport, patienternas uppfattning om beslutsfattandet i omvårdnad och sidoeffekter av omvårdnaden	Icke experimentell studie på en avdelning Kvantitativ Enkätundersökning 154 patienter	Patienterna upplevde ingen skillnad kring delaktighet före och efter införandet av BHR.  Några få ansåg att deras bidrag av information var betydelsefullt för beslutsfattandet
9	Sand-Jecklin, K., Sherman, J  2012 USA	Incorporating Bedside Report Into Nursing Handoff-Evaluation of Change in Practice	Att undersöka mixen av bandad rapport och BHR	Kvantitativ Enkätundersökning före och efter införandet av mixrapport. 232 + 178 patienter och 70+72 familjemedlemmar	Bedsiderapport ger en ökning av patientnöjdhet för att patienterna nu vet vem som är pågående sköterska och patienterna involveras i rapporten samt att det kommuniceras viktig information kring vården vid rapporten.
10	Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M., Ying, F.  2008 Australia	Bedside Handover - Quality Improvement Strategy to "Transform Care at the Bedside"	Beskrivning av Strukturerad kvalitetsutvecklingsmetod enligt Lewin med målet att utveckla patientcentrerad vård genom Bedsiderapport	Kvalitativ undersökning genom intervjuer	Bedside rapport upplevs som mycket positivt bland både patienter och sjuksköterskor. Ökad patientsäkerhet och delaktighet Patienterna kan själva leda rapporten då det är ett strukturerat sätt att rapportera på. Sjuksköterskan kompletterar den information som krävs

11	<p>Jeffs, L., Beswick, S., Ascott, A., Simpson, E., Caroso, R., Campbell, H., Irwin, T</p> <p>2013</p> <p>Canada</p>	<p>Patients' Views on Bedside Nursing Handover - Creating a Space to Connect</p>	<p>Utforska patienternas erfarenheter och upplevelser kopplat till införandet av Bedside rapport</p>	<p>Kvalitativ studie Intervjuer 45 stycken</p>	<p>Utrymme för personlig kontakt och möjlighet att ställa frågor, vet vad som är på gång. Vet vem som vårdar mig inger en känsla av säkerhet. Rättar till fel såsom mediciner eller missad vård Patienterna vet att de får den bästa vården även efter överlämnandet Patientens information räknas som viktig även upplevelsen av vården och deras känslor detta minskar ångest och rädslor</p>
12	<p>Friesen, M A., Herbst, A., Warisse Turner, J., Gabel Speroni, K., Robinson, J.</p> <p>2013</p> <p>USA</p>	<p>Developing a Patient-Centered ISHAPED Handoff With Patient/Family and Parent Advisory Councils</p>	<p>Att utforma en studie för att utforska patientens uppfattning kring Bedside rapport</p>	<p>Pilotstudie som utvärderades med enkäter och patient intervjuer</p>	<p>Dela information med patienterna är viktigt för att de ska känna sig delaktiga, kärnan av involvering.</p> <p>Veta vad som kommuniceras till nästa skift och samtidigt hålla med eller inte och även kunna lägga till information.</p> <p>Patienterna får information om provresultat på ett enkelt sätt. Patienten är en unik tillgång för att utveckla vården. Känsla av säkerhet när rapporten sker vid sängen. Prata med mig om det utbildar mig.</p>
13	<p>Sand-Jecklin, K., Sherman, J.</p> <p>2014</p> <p>USA</p>	<p>A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation</p>	<p>Att kvantifiera kvantitativa resultaten av en praktisk ändring i en blandad form av BHR</p>	<p>Kvantitativ studie med Enkätundersökning 233 st patienter som bas. 157 patienter efter 3 månader och 154 efter 13 månader</p>	<p>Nu vet patienten vet vem som är ansvarig sjuksköterska. Patienterna känner sig bättre informerade samt att de uppmuntras att involveras i rapporten</p> <p>Patienten ser sig som värdefull så att viktig informationsöverföring går rätt till vid överrapporteringen</p>
14	<p>Cairns, L., Dudjak, L.,</p>	<p>Utilizing Bedside Shift Report to Improve the</p>	<p>Utvärdera effekterna av utvecklingsprojektet, att omarbete överrapporteringen.</p>	<p>Kvantitativ studie enkätfrågor på en enhet</p>	<p>Patienterna kände ökad delaktighet i sin egen vård samt att de</p>

	Hoffman, R., Lorenz, H 2013 USA	Effectiveness of Shift Handoff		3 månader efter genomförandet av Bedside rapport	upplevde mer informerade.
15	Wildner, J., Ferri, P 2012 Italien	Patient Participation in Change-of-Shift Procedures The Implementation of the Bedside Handover for The Improvement of Nursing Quality in an Italian Hospital	Beskriva Bedside rapportmodellen i stället för den traditionella formen med hjälp av erfarenheterna på internationell nivå	Kvantitativ studie Enkätfrågor till 15 patienter	Bedsiderapporten ger dem mer och kunskap om personalen och detta har ökat tilliten och känslan av säkerhet Patienterna känner sig mer involverade i sin egen vård. Samt att patienterna har fått ökat självförtroende

### Bilaga 3: Granskningsmall för studiernas kvalitet

Vid granskning av artiklarnas kvalitet har vi utgått från punkter i Fribergs (2012) mall.

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Vad är syftet? Är syftet klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna eller situationerna beskrivna?
- Hur analyserades data?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat resultatet?
- Hur argumenterar författarna?
- Finns det en metod diskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker återkoppling till det praktiska vårdarbetet?