

**HINDER OCH MÖJLIGHETER FÖR SÄKER VÅRD VID  
PATIENTÖVERLÄMNING  
– En litteraturöversikt**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 03-04-2017

Kurs: K47

Författare: Arvid Bengtsson

Författare: Magnus Gripenberg

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Jenny Stern

# **SAMMANFATTNING**

## **Bakgrund**

Patientöverlämningar är en del av sjuksköterskans dagliga arbete. Bristande kommunikation vid patientöverlämningar är en bidragande orsak till vårdskador och att patientens säkerhet hotas. Sjuksköterskan har en central roll i arbetet kring patienten: i samordningen av vården samt kommunikationen kring och om patienten.

## **Syfte**

Syftet var att belysa hinder och möjligheter för säker vård i samband med patientöverlämningar där sjuksköterskan deltar.

## **Metod**

Vi utförde en litteraturöversikt för att besvara syftet. Litteraturöversikten baserades på 15 vetenskapliga artiklar från databaserna PubMed och CINNAHL. Artiklarna analyserades, teman identifierades och sammanställdes i tre huvudteman.

## **Resultat**

Resultatets tre huvudteman är 1) De strategier som sjuksköterskan använder för säker vård vid patientöverlämningar, 2) De verktyg som sjuksköterskan använder för att värna om god patientsäkerhet vid patientöverlämningar, 3) Den kontext i vilken patientöverlämningen sker samt dess påverkan på patientsäkerheten.

## **Slutsats**

Patientsäkerhet vid patientöverlämningar är ett komplext samspel mellan individuella strategier, standardiserad kommunikation, socialt samspel samt det kontext där överlämningen sker. Om sjuksköterskan är medveten om de hinder och möjligheter som finns vid patientöverlämningar, använder sig av verktyg samt strategier för att överbrygga hinder, skapas möjligheter för säker vård.

**Nyckelord:** Kommunikation, Patientsäkerhet, Patientöverlämning, Sjuksköterskans roll,

Säker vård

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>2</b>
Patientsäkerhet .....	2
Kommunikation.....	2
Patientöverlämning.....	3
Sjuksköterskan i patientöverlämningen .....	4
Problemformulering .....	4
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
Val av Metod .....	5
Urval.....	5
Datainsamling.....	5
Databearbetning .....	7
Dataanalys .....	7
Forskningsetiska överväganden .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
Sjuksköterskans överlämningsstrategier .....	9
Standardisering och verktyg .....	10
Överlämningsens kontext .....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>12</b>
Resultatdiskussion .....	12
Metoddiskussion.....	14
Slutsats .....	16
Fortsatta studier .....	16
Klinisk tillämpbarhet.....	16
<b>REFERENSER</b> .....	<b>18</b>

## BILAGA A-B

## INLEDNING

The Institute of Medicine uppskattade år 2000 i sin rapport *To Err Is Human* att mellan 44000–98000 amerikaner årligen avlider till följd av vårdskador som kunde undvikits (Kohn, Corrigan, & Donaldsson, 2000). Denna rapport medförde en ökad medvetenhet om säkerheten inom vården (Sharp, 2012). Soop, Fryksmark, Koster och Haglund, (2009) fann i en retrospektiv registerstudie att 12.3 procent av 1967 intagningar på svenska sjukhus resulterade i vårdskador varav 70 procent hade kunnat förebyggas. Dessa förebyggbara händelser orsakade lidande och tog upp en stor andel av sjukvårdens tillgängliga resurser. I en studie av 2000 vårdskador på amerikanska sjukhus fann World Health Organisation [WHO], (2009) att 70 procent skett på grund av att kommunikationen brustit. Leonard (2004) visar att kommunikation orsakar en överväldigande majoritet av de vårdskador som patienter utsätts för.

Kommunikation i vårdmiljöer kan påverkas av stressig arbetsmiljö, högt arbetstempo och många inblandade personer samt brist på tid att ta emot information (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2013; Riesenbergs, Leisch & Cunningham, 2010). Brist eller avsaknad av avsatt tid för patientöverlämningar har visat sig förknippat med allvarliga vårdskador (Horwitz et al., 2009).

Inom vårdutbildningar ligger fokus på kommunikation med patienten och mindre uppmärksamhet riktas mot interprofessionell kommunikation (Sharp, 2012; SSF, 2013). Att kommunikationen mellan olika yrkesgrupper i vården fungerar är en av de viktigaste faktorerna för att skapa säker och god vård. Brister i kommunikationen kan riskera patientsäkerheten (SSF, 2013).

## **BAKGRUND**

### **Patientsäkerhet**

Patientsäkerhetsområdet har vuxit fram ur negativa händelser som kunde ha undvikits (Emanuel et. al, 2008; Mitchell, 2008). I patientsäkerhetslagen [PSL] (SFS, 2010:659), stadgas i 6§ Kap. 1, att "Med patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada.", samt i 5§ Kap. 1, att

"Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit."

Sjuksköterskan befinner sig i vårdens frontlinje, arbetar nära patienten och ansvarar för omvårdnaden (Sharp, 2012). Hen övervakar patientens tillstånd, en uppgift som är nödvändig för att upptäcka förändringar i hälsotillståndet. Målet med denna övervakning är att tidigt upptäcka försämring av patientens hälsa och uppkomst av vårdskador samt att sätta in adekvata åtgärder för att återställa hälsa (Page, 2004).

Patientsäkerhet är en hörnsten i sjukvården, sjuksköterskor är nödvändiga för att utföra övervakning och koordination av vård vilket förebygger vårdskador (Mitchell, 2008; Page, 2004). Inom sitt eget omvårdnadsområde men även i den vård som bedrivs av andra professioner (Mitchell, 2008). Förmågan att påverka vårdens kvalitet är enligt Mitchell (2008) sjuksköterskans största bidrag till patientsäkerheten.

### **Kommunikation**

Enligt WHO (2009, s. 16) är kommunikation "Communication is the transfer of information, ideas or feelings". En modell för kommunikation innebär att en sändare kodar en idé till ett meddelande. Meddelandet skickas till en eller flera mottagare som i sin tur tolkar det till den ursprungliga iden. Kommunikation beskrivs antingen som envägskommunikation eller tvåvägskommunikation. I envägskommunikation överförs information utan att återkoppling sker. Tvåvägskommunikation ger återkoppling vilket låter sändare och mottagare försäkra sig om att innebörden av informationen överförs. Möjligheten till återkoppling minimerar risken för feltolkning av ursprungsmeddelandet hos mottagaren (WHO, 2009).

När individer kommunicerar inkorrekt information eller misslyckas med att ta emot eller vidarebefordra information uppstår fel (WHO, 2009; Öhrn, 2014). Dessa kommunikationsproblem kan kategoriseras utifrån vad som orsakar felen. Överföringsfel är när kanalen existerar men informationen inte kan överföras på grund av till exempel störningar (WHO, 2009). Mottagar-fel är då kanalen existerar, informationen sänds men missuppfattas av mottagaren eller att mottagaren inte är mottaglig (Sharp, 2012; WHO, 2009). WHO (2009) uppger även att känslomässiga och rationella argument mellan personalen inverkar på överföringen. Enligt Baggens och Sandén (2014) krävs ett gemensamt fokus mot det rådande ämne som skall kommuniceras för att säkerställa en

tillfredsställande kommunikation, kommunikation är även en kritisk del i utövandet av sjuksköterskeyrket (Baggens och Sandén, 2014). Kommunikationen eller kommunikationsbrister har en nyckelroll i att misstag sker, sjuksköterskan har en unik roll som primär kommunikationslänk i all sjukvård och därmed blir hens betydelse uppenbar (Mitchell, 2008).

## **Patientöverlämning**

I denna studie valde vi att använda oss av definitionen i Cohen och Hilligoss (2010) som definierar patientöverlämning som: “the exchange between health professionals of information about a patient accompanying either a transfer of control over, or of responsibility for, the patient.” (Cohen & Hilligoss, 2010, s.494). Vidare poängterar Riesenbergs, Leisch och Cunningham (2010) att överlämning av ansvaret för vården av en patient är en väsentlig del av omvårdnadsarbetet. Enligt Cohen och Hilligoss (2010) är det som skiljer patientöverlämning från annan kommunikation kring en patient att ansvaret och kontrollen över patienten lämnas över till mottagaren. Patientöverlämning är komplexa och kan ske i flera kontaktytor mellan vårdgivare, professioner (Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005), avdelningar (Hilligoss & Cohen, 2013) samt mellan skift (Manser, Foster, Gisin, Jaeckel & Ummenhofer, 2010).

Patientöverlämningar har identifierats som en svag länk i patientsäkerhetsarbetet (Cohen & Hilligoss, 2010). Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] (2014) har i sitt patientsäkerhetsarbete identifierat överlämningar, överföring av patienter och information som ett område där det finns behov av förbättring. Sorra, Famolaro, Dyer, Nelson och Khanna (2009) rapporterade att i nästan hälften av överlämningarna går viktig information om patientens vård förlorad. Philibert (2009) visar att om patientöverlämningar förbättras främjas även patientsäkerheten.

### Metoder för patientöverlämning

Patientöverlämning sker antingen muntligt eller skriftligt, dessutom kan det ske enligt en fördefinierad mall eller som fritext. Ytterligare inriktningar är var och hur rapporten utförs, med patienten medverkande eller inte (Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014). Abraham, Kannampallil & Patel (2014) visar att i metoderna för överrapportering finns gemensamma drag, men de olika metodernas struktur kan variera.

Muntlig rapportering är ett av de vanligaste sätten att rapportera på. Detta sker med eller utan att patienten är närvarande i rummet. Skriftlig rapport sker genom att personalen i början av sitt skift självständigt läser in sig på sina patienter (Sharp, 2012). Vid bedside handover sker patientöverlämningen mellan sjuksköterskorna tillsammans med patienten. Patienten blir delaktig i sin egen vård och får information om sitt tillstånd, vilket visat sig värdefullt för patienten (Bruton, Norton, Smyth, Ward & Day, 2016).

SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation och är en strukturerad modell för kommunikation mellan personal inom vården. Tanken med modellen är att information om patientens tillstånd ska kunna struktureras för att minska missförstånd och otydlighet i rapporteringen. SBAR kan användas i både skriftlig och muntlig kommunikation (Sutton & Whittington, 2006). Styrkan med en strukturerad modell blir att den underlättar en snabb, effektiv, strukturerad och förväntad kommunikation mellan vårdpersonal (Sharp, 2012). Arbete med SBAR pågår i samtliga landsting för att förbättra

intern och extern kommunikation (SKL, 2014).

## **Sjuksköterskan i patientöverlämningen**

### Kärnkompetens samverkan i team

Teamarbete är en process där två eller fler hälso- och sjukvårdspersonal med olika kompetenser och erfarenhet som kompletterar varandra arbetar mot gemensamma mål, i teamet sker gemensam planering, bedömning och utvärdering av patientens vård. (Xyrichis & Ream, 2007) Samverkan i team är viktig inom hälso- och sjukvården både för säkerheten och för kontinuiteten i vården. Sjuksköterskan har en nyckelroll i teamet och måste därmed ha förmåga att kommunicera med både inom den egna professionen men också med andra professioner. Hen ska dessutom medverka i beslut, förstå och klargöra allas funktion, bidra med sin omvårdnadskompetens och ha förmågan att leda. Samtidigt behöver hen vara medveten om sin egen kommunikation, hur den kan inverka på teamet men också förstå hur andra kommunicerar (SSF, 2010). Sjuksköterskan är närvarande i vården dygnet runt och säkerställer en kontinuitet i vården av patienter. Hen koordinerar även vården kring patienten, en funktion som kräver förmåga att kunna kommunicera med annan hälso- och sjukvårdspersonal (Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014).

### Kärnkompetens säker vård

För att minimera riskerna inom vården krävs att ha kännedom om riskerna och ett arbetssätt som minskar dem (SSF et al., 2016). Det kräver att sjuksköterskan förstår betydelsen av säkerhetsarbetet och hur ansvarssystemet är utformat för att förebygga att patienter kommer till skada. Säkerheten bygger på att förbättra system och individuella prestationer som minimerar att risk, fel och skador uppstår för både personal och patienter (SSF, 2010). Säker vård vilar på en god säkerhetskultur som innebär att patientsäkerheten prioriteras och graderas högt av hela organisationen (SSF et al., 2016). Vidare beskriver Sherwood och Zomorodi (2014) att i en god säkerhetskultur uppmuntras eftertanke om hur en handling kan leda till en risk, vart nästa risk uppstår och hur denna risk kan förebyggas (Sherwood & Zomorodi, 2014). Att verka för att patientsäkerheten säkras är ett gemensamt ansvar för samtlig vårdpersonal. Det är betydelsefullt att besitta kunskap och samarbeta med annan vårdpersonal, patienter och närstående oberoende av var vården sker. Genom ett etiskt förhållningssätt, yrkeskunskaper och ett interprofessionellt och verksamhetsöverskridande samarbete samt respekt för och kunskap om sin egen men även andra vårdyrkens kompetenser kan vårdskador undvikas. Genom detta samarbete skapas de bästa förutsättningarna för säker vård (SSF et al., 2016).

## **Problemformulering**

Fel och vårdskador uppstår i vården Soop et al. (2009) och majoriteten av dessa uppstår till följd av bristande kommunikation WHO (2009), specifikt vid patientöverlämning (Cohen & Hilligoss, 2010; SKL, 2014). Sjuksköterskans har en tydlig roll i patientsäkerhetsarbetet. Hens arbete i frontlinjen innebär unika förutsättningar för att verka för god patientsäkerhet (Page 2004; Sharp, 2012). Med utgångspunkt i att sjuksköterskan behöver bli bättre på att identifiera risker som kan leda till vårdskada (Kim, Lyder, McNeese-Smith, Leach & Needleman, 2015), vill vi belysa de hinder som sjuksköterskan möter och de möjligheter som finns för säker vård vid patientöverlämning.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa hinder och möjligheter för säker vård i samband med patientöverlämningar där sjuksköterskan deltar.

## **METOD**

### **Val av Metod**

En litteraturstudie valdes som metod. Enligt Forsberg och Wengström (2013) kan litteraturstudier utföras med olika omfattning: som en systematisk litteraturstudie eller en litteraturöversikt. En systematisk översikt innebär att all relevant litteratur inom studiens område bör inkluderas. En litteraturöversikt analyserar valda studier och ger en bakgrund till kommande studier eller beskriver kunskapsläget inom ett område (Forsberg & Wengström, 2013). Inom ramen för detta kandidatarbete i omvårdnad finns inte resurser eller tid för att utföra en systematisk översikt. Med utgångspunkt i syftet valde vi därför att göra en litteraturöversikt då det gav oss möjlighet att besvara syftet samt studera ämnet utifrån flera perspektiv och kartlägga det nuvarande kunskapsområdet.

### **Urval**

Artiklar som valdes till studien är skrivna på engelska eller svenska vilka är språk som författarna behärskar, vilket Östlundh (2012) beskriver som en viktig aspekt i en vetenskaplig studie. För att öka trovärdigheten i studien valdes endast att inkludera artiklar som håller hög vetenskaplig nivå, därför inkluderas endast peer review artiklar. Detta innebär att artikeln granskats av andra forskare som bedömt och säkerställt artikelns kvalitet (Karlsson 2012; Polit & Beck, 2012). Vi valde att endast inkludera originalartiklar i resultatet, vilket Segesten (2012) lyfter som betydelsefullt då de innehåller ny information som inte tidigare publicerats. I sökningarna gjordes begränsningar i publikationsdatum från år 2007–2017 för att innefatta aktuell forskning. Det är nödvändigt att begränsa sökningen i tid då vetenskapligt innehåll är en färskvara (Östlundh, 2012). Utifrån vårt syfte valdes att inkludera artiklar där sjuksköterskan ingår i studiepopulationen och aktivt deltar i patientöverlämningen.

### **Datainsamling**

Vi utförde två litteratursökningar, en inledande litteratursökning för att identifiera relevanta informationskällor samt att skapa en grund för att genomföra den egentliga litteraturöversikten i enlighet med den metod som beskriv av Östlundh (2012). Den inledande sökningen följdes av den egentliga litteratursökningen som ligger till grund för resultatet. Vi använde svensk/engelskt lexikon (Norstedts Ordböcker, u.å.) och svensk MeSH (Karolinska Institutet, u.å.) för att översätta svenska termer till engelska och engelska till svenska. Den inledande litteratursökningen resulterade i en uppsättning söktermer vilka vi använde för att utvidga vår sökvokabulär. Sökmetoden följde en iterativ process där sökförfarandet kontinuerligt förfinats allt eftersom ny litteratur som var relevant för ämnet upptäcktes. Nya artiklar resulterade i nya förfinade sökord och MeSH-termer.



Sökord som var relevanta för syftet valdes ut, dessa innefattar fritexttermer, MeSH -termer samt CINAHL Headings. Den egentliga litteratursökningen utfördes i PubMed och CINAHL som innehåller litteratur relevant för omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2013; Polit & Beck, 2012). De identifierade sökorden kombinerades med de booleska operatorerna AND, OR och NOT vilket enligt Karlsson (2012) begränsar, expanderar och avgränsar sökningen. I sökningarna användes även trunkering (Forsberg & Wengström, 2013) [\*] för att finna variationer på sökord såsom nurs\*. De sökningar som resulterat i artiklar som inkluderats i resultatet redovisas i tabell 1.

**Tabell 1.** Presentation av databassökning i PubMed samt CINAHL

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 8/2 -17	"Patient Handoff"[Mesh] AND "Patient safety"[Mesh] AND nurs*	49	49	30	3
PubMed 13/2 -17	((nurs*) AND SBAR) AND Patient safety	36	20	5	2
PubMed 13/2 - 17	(((((Patient handoff) AND patient safety) AND Nurs*)) NOT (("Patient Handoff"[Mesh] AND "Patient safety"[Mesh] AND nurs*)))	101	75	31	4
PubMed 17/2 - 17	"Patient Handoff/standards"[MAJR] AND "Communication"[MeSH Terms] AND handover AND nurs*	12	7	3	1
PubMed 17/2 -17	("Patient Transfer"[Mesh]) AND "Patient Safety"[Mesh] AND handover*	10	4	2	1
PubMed 22/2 -17	nurs* AND sbar AND "patient safety"[Mesh]	11	9	5	1
CINAHL 28/2 -18	MH "Shift Reports Methods" AND MH "Hand Off (Patient Safety)"	25	20	5	1
<b>TOTALT</b>		244	184	81	13

MH=Major Heading, Mesh= Medical Subject Headings, Fritexttermer= Sökord utan Mesh eller MH

### Manuella sökningar:

Vi utförde sekundärsökningar som av Östlundh (2012) beskrivs som att utifrån referenslistor identifiera artiklar och relevanta sökord för att utvidga sökningarna. Dessa utfördes i CINAHL, PubMed samt Google Scholar. Utifrån de artiklar som valts ut till resultatet från databassökningar samt de review-artiklar vi funnit undersökte vi de studier som refererade till dessa samt vilka studier de refererat till. Genom detta sökförfarande valde vi två artiklar som inkluderats i resultatet (Bigham et al., 2014) och (Olsen, Østnor, Enmarker & Hellzén, 2013).

### **Databearbetning**

Efter genomförd sökning gick vi igenom sökresultaten, först läste vi artiklarnas titel. Om artikelns titel var relevant för syftet lästes även abstrakt utifrån om artikeln kunde besvara syftet. I ett sista steg lästes artikeln i sin helhet och samtliga urvalskriterier applicerades. Detta utfördes oberoende av de båda författarna i enlighet med Rosén (2012). Därefter diskuterades de artiklar vi enskilt valt att inkludera till resultatet för att nå konsensus. Enligt Wallengren & Henricson (2012) leder detta förfarande med oberoende granskning till en ökad trovärdighet, reliabilitet och validitet. Genom denna bearbetning valdes 13 artiklar ut. Samtliga artiklar som valdes ut bedömdes enligt "Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats", som är modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), se bedömningsunderlag (Bilaga A). De valda artiklarna presenteras i (Bilaga B).

### **Dataanalys**

Initialt lästes valda artiklar igenom i sin helhet för att bekanta sig med materialet och studera dess resultat. I steg två analyserades enskilda artiklarnas resultat genom att identifiera kategorier och teman. I ett tredje steg sammanställdes artiklarnas resultat i en schematisk översikt. Varje artikels teman och kategorier fördes över till ett separat dokument för att skapa en överblick över det som skulle analyseras. I nästa steg studerades likheter och skillnader i artiklarnas teman och kategorier. Likheter i artiklarnas teman och kategorier fördes samman och ur det skapades sedan nya övergripande teman, samtidigt som nya subteman kunde identifieras. Detta i enlighet med den metod som beskrivs av Friberg (2012).

## **Forskningsetiska överväganden**

Forskningsetik är en systematisk analys av och reflektion kring etiska problem som uppstår i samband med forskning. Forskningsetik är en tillämpad etik där forskaren etiskt överväger forskning (Helgesson, 2015). För att strukturera det forskningsetiska problemet, valde vi att se på forskningen ur flera perspektiv både utifrån ett internt och ur ett externt perspektiv samt göra en tidsmässig uppdelning. Enligt Helgesson (2015) innebär det interna perspektivet att följa den beskrivna metoden och dess urvalskriterier, samt att återge resultatet sanningsenligt och vara objektiv i urval av artiklar. Det externa perspektivet innebär att presentera ett resultat som är i linje med metodologiska överväganden och det ämne som vi valde att belysa. Vi avser att i urvalet inkludera artiklar som innehåller ett etiskt resonemang och/eller etiskt godkännande av etisk kommitté vilket enligt Forsberg och Wengström (2016) är viktigt i en litteraturöversikt. Då vår studie kommer behandla patientöverlämningar där känslig information kan överföras är det för oss viktigt att vi i de studier som inkluderas inte kan identifiera de olika deltagarna. Detta innebär enligt Sandman och Kjellström (2013) konfidentialitet och att deltagarna förblir anonyma. Vi valde att kontinuerligt under studiens faser planering, utförande, analys och resultat göra etiska överväganden.

## RESULTAT

Utifrån syftet att belysa hinder och möjligheter för säker vård i samband med patientöverlämningar där sjuksköterskan deltar, framkom efter analys av artiklarna tre huvudteman. Det första temat belyser hur sjuksköterskan använder strategier för att främja patientsäkerheten vid överlämning. Det andra beskriver standardisering och verktyg vilka sjuksköterskan använder för patientsäkerhet. Det tredje beskriver överlämningsens kontext i vilket sjuksköterskan verkar och hur det påverkar patientsäkerheten. Dessa huvudteman beskriver i sig själva och tillsammans hinder och möjligheter för säker vård vid patientöverlämning.

### Sjuksköterskans överlämningsstrategier

Birmingham et al. (2015) beskriver strategier som sjuksköterskan använder vid patientöverlämningar för att säkra patientsäkerheten. En strategi är hur sjuksköterskan insamlar information om patienten under arbetspasset. Detta sker ofta i en miljö som kräver att sjuksköterskan hanterar stora mängder komplex information och samtidigt bedömer vilken information som är relevant (Birmingham et al., 2015). Men också att i överlämningen interagera med mottagaren för att skapa en gemensam bild av patienten (Birmingham et al., 2015; Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015). Sjuksköterskor som ger en god helhetsbild av patienten vid överlämningen hjälper mottagaren att förebygga fel, reducera risker samt bidra till en bättre patientsäkerhet under följande skift (Birmingham et al., 2015).

Drach-Zahavy, Goldblatt och Maizel (2015) visar att sjuksköterskor använder olika strategier för att sända och ta emot information under överlämningar. Vid överlämningen använder sjuksköterskan olika struktur för att sortera informationen till exempel utifrån hens omvårdnadshandlingar eller patientens anamnes. Samtliga strategier har till syfte att organisera informationen. Detta för att försäkra sig om att relevant information överförs och att ingenting utelämnats samt hjälpa den mottagande sjuksköterskan att minnas informationen. Vidare beskrivs strategier som mottagaren använder för att identifiera glapp i mottagen information och kontrollera dess innehåll. Sjuksköterskan jämför mottagen information med sin uppfattning av patienten, patientens nuvarande status samt sjukdomens förväntade förlopp. En annan strategi är att jämföra med andra teammedlemmars uppfattning om patienten (Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015). Att jämföra med andra professioners bild och få tillgång till det avgående teamets handlingsplan för patientens fortsatta vård leder till att vårdkvaliteten ökar signifikant (Drach-Zahavy & Hadid, 2015). Slutligen kontrolleras mottagen information med den som finns dokumenterad i journalen (Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015).

Frågor är en social interaktion mellan sjuksköterskor (Rixon et al., 2016). För sändare av information syftar frågor till att försäkra sig om att mottagaren förstått informationen. För mottagaren syftar frågor till att försäkra sig om att en korrekt bild av patienten erhållits, det vill säga en bekräftelse från sändaren (Birmingham et al., 2015; Rixon et al., 2016). En av frågornas funktioner är att gemensamt planera (Rixon et al., 2016) och enas om rekommendationer för framtida vård för patienten (Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015). Saknas möjlighet att ställa frågor begränsas sjuksköterskornas möjlighet att skapa sig en gemensam bild av patienten (Birmingham et al., 2015). Att ställa och besvara frågor leder till signifikant minskad mängd behandlingsfel i efterföljande skift (Drach-Zahavy &

Hadid, 2015). I 80 procent av överlämningar fann Randmaa et al. (2015) att sändaren inte ställde frågor till mottagaren.

## **Standardisering och verktyg**

Bristen på standardiserade modeller för kommunikation försvårar patientöverlämningar (Birmingham et al., 2015; Murray et al., 2013; Olsen et al., 2012; Welsh et al., 2010). Att använda en gemensam strukturerad mall resulterade i att informationen upplevs som organiserad, korrekt och fullständig (Birmingham et al., 2015). Bigham et al. (2014) beskriver ett brett initiativ för att förbättra patientöverlämningar vilket inkluderade standardiserade modeller för kommunikation. Införandet av detta initiativ visade att förekomsten av de kommunikationsfel som negativt påverkar patientens vård minskade med 69 procent.

Randmaa et al. (2015) visar att minnet av innehållet i en överlämning påverkas av hur väl överlämningen förhåller sig till den förväntade mallen samt att mottagaren av verbal överlämning endast minns 47 procent av informationen de mottagit (Randmaa et al. 2015). Att införa SBAR resulterade i en minskning av andel av totala antalet incidenter som sker till följd av kommunikationsfel från 31 procent till 11 procent vilket är signifikant, men ingen förbättring av totalt antal incidenter kan påvisas (Randmaa et al., 2014). De Meester et al. (2013) fann att efter implementeringen av SBAR var de sjuksköterskor som använde SBAR bättre förberedda inför kontakten med läkare då patientens tillstånd försämrades. Det resulterade i en ökning av icke planerade inläggningar på intensivvårdsavdelning samt färre oväntade dödsfall (De Meester et al., 2013). Att införa SBAR har även visat sig ha en positiv inverkan på säkerhetskulturen (Andreoli et al., 2010; Randmaa et al., 2014). Samtidigt visar Poot et al. (2014) att överlämningar som följer SBAR sällan innehåller alla delar av SBAR-strukturen, sju procent av de observerade överlämningar innehöll alla komponenter.

Införandet av SBAR förbättrade kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare (De Meester et al., 2013; Randmaa et al., 2014). Enligt Randmaa et al. (2014) förbättrades inte kommunikationen inom respektive yrkeskategori men behovet av att gå tillbaka och verifiera information minskade (Randmaa et al., 2014). Randmaa et al. (2015) observerade att otydlig information uttryckts i 70 procent av överlämningar. Ett exempel på detta är "inget oväntat har hänt" där mottagaren inte kan avgöra vad sändaren syftar på (Randmaa et al., 2015). Om sjuksköterskan mottar inkomplett information måste den dubbelkollas, vilket tar sjuksköterskan från patientarbetet (Birmingham et al., 2015; Welsh et al., 2010) och äventyrar patientens säkerhet (Birmingham et al., 2015; Siemsen et al., 2012).

## **Överlämningens kontext**

Enligt Siemsen et al. (2012) saknas det en kultur som stödjer säker patientöverlämning. Detta yttrar sig till exempel i att en del anställda hänvisar till personliga egenskaper för att exemplifiera en god överlämning (Siemsen et al., 2012). Samtidigt saknas medvetenhet hos sjukvårdspersonal om att patientöverlämningar påverkar patientsäkerheten (Poot et al., 2014; Siemsen et al., 2012). Trots att information utelämnats i överlämningen var mottagaren nöjd med den information de mottagit (Poot et al., 2014) och var inte medvetna om att överlämning är en riskabel aktivitet (Siemsen et al., 2012). De intervjuade sjuksköterskorna var mindre intresserade av åsikter och behandlingsrekommendationer och

mer intresserade av förändringar i patientens tillstånd, detta för att kunna planera sitt arbetspass (Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015).

Observationsstudier av överlämningar har visat att avbrott ofta förekommer (Poot et al., 2014; Randmaa et al., 2015). Poot et al. (2014) visar att det sker i 52 procent av överlämningar och enligt Randmaa et al. (2015) i 77 procent. I 18 procent resulterade de i avbrott längre än tio sekunder (Randmaa et al., 2015). Sjuksköterskor upplever att avbrott under överlämningar har en negativ inverkan (Birmingham et al., 2015; Murray et al., 2013). En sjuksköterska beskriver att "The interruptions can be overwhelming and result in redundant or irrelevant information being exchanged" (Murray, McGrath och Smith 2013, s.246). Avbrott försvårar även för sjuksköterskor att skapa sig en gemensam bild av patienten under överlämningen (Birmingham et al., 2015). Randmaa et al. (2015) visade att avbrott under överlämningar inte hade effekt på mottagarens minne av innehållet i överlämningen. Drach-Zahavy & Hadid (2015) visar att i de överlämningar där deltagarna använde strategier för att begränsa störningar inte statistiskt förbättrade förekomsten av behandlingsfel i den efterföljande vården.

Flera studier visar att tid saknas för att genomföra överlämning (Birmingham et al., 2015; Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015; Olsen et al., 2012), samt att hög arbetsbelastning har en negativ påverkan på överlämningens kvalitet (Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015; Olsen et al., 2012; Siemsen et al., 2012). Den uppfattade arbetsbelastningen i föregående skift påverkade tydligheten i överlämningen till följande skift (Poot et al., 2014). En deltagare svarade angående arbetsbelastningen vid överlämningar "... the higher the workload ... the more mistakes ..." (Siemsen et al., 2012, s.442).

Mottagarens förtroende för den sjuksköterska som lämnade rapporten var avgörande för hur informationens tillförlitlighet uppfattades (Birmingham et al., 2015; Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015; Olsen et al., 2012). Birmingham et al. (2015) beskriver att tilliten mellan sjuksköterskor berodde på tidigare interaktioner dem emellan. Detta exemplifieras med att de mottagit en inkomplett rapport som upplevs utsätta både patienten och sjuksköterskan för risk. Bristen på tillit kunde yttra sig som ledande frågor, vilket kunde leda till att sändare kände sig nervösa och därigenom stressade sig igenom rapporten. Detta upplevdes leda till att viktig information glömdes bort och inte överfördes (Birmingham et al., 2015). Vidare finner Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel (2015) att det fanns en konflikt mellan seniora och juniora sjuksköterskor. De seniora upplevde att de juniora förmedlade överflödigt information vilket inte upplevdes som relevant för patientens fortsatta vård.

Toccafondi et al. (2012) visar att uppfattningen om vilken information som överförs i en patientöverlämning samt relevansen av denna skiljer sig mellan sändare och mottagare från två skilda avdelningar. Specifikt gällande om information som behandlade förväntad förändring i patientens tillstånd samt varningstecken hade inkluderats. Welsh et al. (2010) beskriver vidare att uppfattningen om vilken information som är relevant skiljer sig mellan sjuksköterskor beroende på specialitet. Olsen et al., (2012) i sin tur är tydlig med att det är bristande förståelse för verksamheten på andra vårdinrättningar som påverkar informationsflödet. En av de intervjuade uppgav "We have different views, you know, we use different lenses" (Olsen et al., 2012, s. 2968) Världsbilden och de skilda perspektiv

som personal på olika vårdinrättningar har kan leda till att den information som mottagaren förväntar sig inte lämnas över (Olsen et al., 2012).

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Utifrån syftet att belysa hinder och möjligheter för säker vård i samband med patientöverlämningar där sjuksköterskan deltar har vi funnit tre teman: sjuksköterskans strategier, standardisering och verktyg samt överlämningens kontext. Sammanfattningsvis visar resultatet på att det finns många hinder för säker vård i samband med patientöverlämningar, men också stora möjligheter att främja patientsäkerheten.

Ett av de fynd vi inte förutsåg var hur sjuksköterskan använder strategier för att värna om patientsäkerheten i sitt arbetssätt vid patientöverlämningar (Birmingham et al., 2015; Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015; Drach-Zahavy & Hadid, 2015; Rixon et al., 2016). Resultatet visar att sjuksköterskan inhämtar information från flertalet källor, sorterar och väljer ut relevant information för att sedan överföra denna. Vidare för att överföringen ska lyckas måste informationen struktureras så att den lätt förstås. Sändaren behöver även kontrollera att mottagaren förstått genom frågor. Mottagaren av informationen kontrollerar informationen med sändaren samt använder sin kliniska blick för att se på patienten och använder teamets kompetenser för att skapa sig en bild av patienten. Att ha en gemensam bild av patienten hos sändare och mottagare samt alla delar av det interprofessionella teamet främjar patientsäkerheten. SSF et al. (2016) menar att en av förutsättningarna för säker vård är att sjuksköterskan har kunskap om riskerna i vården och har ett arbetssätt som minimerar dessa risker (SSF et al., 2016). Utifrån detta anser vi att om sjuksköterskan använder sig av de strategier som tidigare redovisats så finns goda möjligheter för att säkra patientsäkerheten vid patientöverlämningar. Vi såg initialt överlämningar som enskilda händelser, den bilden har breddats avsevärt. Vi anser att överlämningar inte är något som sker vid en tidpunkt utan att lämna över information som främjar patientsäkerheten är en process som spänner över hela arbetspasset och patientens vårdtid.

Resultatet visar att patientöverlämningar innefattar fler processer än själva överlämnandet av information. Det är ett socialt samspel som påverkas av sjuksköterskornas förtroende för sina kollegor, tidigare erfarenheter av varandra samt den hierarki som finns i gruppen. Flera studier visar på att detta sociala samspel påverkar informationsöverföringen (Birmingham et al., 2015; Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015; Olsen et al., 2012). Detta i likhet med Holly och Poletick (2014) som visar att patientöverlämning mellan sjuksköterskor inte bara är utbyte av information utan att den även bidrar till sammanhållning i gruppen. Patientöverlämningar är komplexa med känsliga sammanhang, normer och sociala interaktioner vilket är bortom säkerhet och kvalitet (Holly & Poletick, 2014).

Sharp (2012) och SSF (2013) menar att fokus i vårdutbildningar ligger på kommunikation med patienten och inte på interprofessionell kommunikation. Att kommunicera med teamet har enligt vårt resultat visat sig ge positiva effekter på vårdkvaliteten (Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015) och patientsäkerheten (De Meester et al., 2013). Sjuksköterskan har en unik samordnande roll i kommunikationen kring patientens samt hens vård (Mitchell, 2008). I denna kontext blir det för oss uppenbart att sjuksköterskan har en viktig

roll i det interprofessionella teamet för att säkra patientsäkerheten. Horwitz et al. (2009) beskriver att kommunikation mellan olika professioner upplevdes som krävande och därför ofta undveks. Som konsekvens av detta fann de fall där patientens säkerhet utsatts för risk (Horwitz et al., 2009). Vi anser att en oförmåga att kommunicera inom teamet utsätter patienten för onödiga risker. Därför är det viktigt att skapa möjligheter för interprofessionell kommunikation. SBAR visade i flera studier förbättra kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare (Randmaa et al., 2014; De Meester et al., 2013). Detta ger oss en indikator på att ett strukturerat verktyg för att kommunicera över professionsgränser har en positiv effekt på kommunikationen och därmed även patientsäkerheten. Detta kan ge möjlighet att förebygga vårdskador genom att adekvata åtgärder kan vidtas i tid. Poot et al. (2014) visar dock att SBAR sällan följer den förväntade strukturen vid patientöverlämningar vilket vi ser som problematiskt. Vi anser i likhet med Sharp (2012) att det saknas fokus på interprofessionell kommunikation i sjuksköterskeutbildningen. Vi ser interprofessionell kommunikation som en förutsättning för samverkan i team, vilket enligt SSF et al. (2016) är viktigt för säkerhet och kontinuitet i vården. Denna brist på interprofessionell kommunikation i utbildningen anser vi är ett hot mot patientsäkerheten och något som bör åtgärdas.

Verksamhetsöverskridande samarbete är en förutsättning för säker vård (SSF et al., 2016). I sjuksköterskans perspektiv gäller det att ha kunskap och förståelse för andra professioner och avdelningars verksamhet (SSF et al., 2016). Resultatet indikerar att det finns en brist på förståelse för verksamheten på andra vårdinrättningar (Olsen et al., 2012), samt att synen på vad som utgör relevant information mellan olika avdelningar skiljer sig åt (Toccafondi et al., 2012). Vi kan alltså utifrån resultatet visa på att det finns en brist i den kunskap och förståelse som SSF et al. (2016) menar är en förutsättning för säker vård. Vidare utifrån resultatet har vi funnit att en gemensam bild hos sändare och mottagare av information främjar patientsäkerheten i patientöverlämningen (Birmingham et al., 2015). Detta kompliceras om de som deltar i patientöverlämningen kommer från olika avdelningar eller specialiteter (Olsen et al., 2012; Toccafondi et al., 2012). De har olika fokus i sitt arbete och på vilka diagnoser/tillstånd som är vanliga och accepterade, de saknar alltså ett gemensamt fokus i kommunikationen vilket enligt Baggers och Sandén (2014) är nödvändigt för god kommunikation. Vi anser att bristen på gemensamt fokus kan äventyra patientsäkerheten.

Resultatet visar att möjligheten att ställa frågor är viktig för att korrekt information ska kunna överföras och för att gemensamt planera samt enas om rekommendationer för fortsatt vård. Carroll et al (2012) visar att sjuksköterskor uppskattar möjligheten att ställa frågor under överlämningar. Trots detta visar Randmaa et al. (2015) att sändaren sällan efterfrågar frågor från mottagaren vid överlämning. Att ställa frågor under patientöverlämningar är viktigt för patientsäkerheten (Drach-Zahavy & Hadid, 2015). Vi anser att det vid patientöverlämningar bör finnas möjlighet till en tvåvägskommunikation mellan parterna vilket enligt WHO (2009) minskar risken för feltolkningar i informationsöverföringen.

Patientöverlämningar har visat sig vara en riskabel aktivitet där patientens säkerhet kan äventyras (SSF, 2010; SKL 2014). Kommunikationen kan påverkas av flera faktorer däribland högt arbetstempo och brist på tid att ta emot information (Riesenberg et al, 2010; SSF, 2013). Brist på tid och hög arbetsbelastning vid patientöverlämningar är i sin tur associerat med förekomsten av allvarliga vårdskador (Horwitz et al., 2009). Detta i likhet



med vårt resultat där flertalet studier visar att brist på tid och hög arbetsbelastning inverkar på kvaliteten av överlämningen. Dessa faktorer är enligt vår erfarenhet vanligt förekommande i svensk sjukvård och vi bör som sjuksköterskor vara medvetna om dess inverkan på patientsäkerheten vid patientöverlämning.

Utifrån att den arbetsmiljö i vilken överlämningar sker präglas av störningar (Poot et al., 2014; Randmaa et al., 2015) och att störningar leder till informationsförlust (WHO, 2009). Visar resultatet på att störningarna upplevdes inverka negativt på överlämningen (Birmingham et al., 2015; Murray et al., 2013), men att störningar inte påverkade minnet av innehållet (Randmaa et al., 2015) eller förekomsten av behandlingsfel i efterföljande vård (Drach-Zahavy & Hadid, 2015).

Det gäller för sjuksköterskan att vara medveten om de hinder och möjligheter som finns för säker vård (SSF et al., 2016). Att vara medveten om hur risker kan förebyggas och hur sjuksköterskans handlingar kan leda till risker samt hur dessa kan förebyggas är ett tecken på en god säkerhetskultur (Sherwood & Zomorodi, 2014). I vårt resultat fann vi bristande medvetenhet om riskerna vid patientöverlämning samt avsaknaden av en kultur som stöttade säker patientöverlämning (Siemsen et al., 2012). En sådan omedvetenhet kan enligt Sherwood & Zomorodi (2014) leda till att patienten utsätts för onödiga risker.

## **Metoddiskussion**

Vår avsikt var att undersöka det nuvarande kunskapsområdet inom ämnet. För att uppnå detta valde vi att utföra en litteraturöversikt vilket enligt Forsberg och Wengström (2016) ger en god förutsättning för en sådan undersökning. Enligt Priebe och Landström (2012) är förförståelse den förståelse forskaren har om ämnet innan studien påbörjats. Vår förförståelse för ämnet var begränsad, de inledande sökningarna resulterade i både styrkor och svagheter för vårt arbete. Styrkan var att vi fick en god introduktion i ämnet och förståelse för vilka forskningsfrågor som betraktades som legitima. Däremot färgade det initialt vårt sätt att betrakta forskningsområdet, vi fokuserade uteslutande på forskning som kunde visa samband mellan strategier och patientutfall. Under sökförfarandet, men framförallt under analysen framväxte en förståelse för att patientsäkerhet vid patientöverlämningar kan betraktas i ett vidare perspektiv. Vi har färgats av vår förförståelse vilket enligt Forsberg & Wengström (2016) innebär att vi inte kan säkerställa att vi varit objektiva under projektet. Vi har genomläst samtliga artiklar enskilt under databearbetningen vilket enligt Wallengren och Henricson (2012) ökar resultatets trovärdighet, reliabilitet och validitet. Att läsa och granska artiklarna enskilt och enas kring deras kvalitet och eventuella inklusion var resurs och tidskrävande. Detta kan ha påverkat vår möjlighet att finna ytterligare relevant litteratur. Däremot kan detta förfarande hjälpt oss att vara objektiva.

Vår förståelse för litteraturöversikt som metod har vuxit fram gradvis under genomförandet. Examensarbete på kandidatnivå innebär begränsningar i arbetets omfattning. Vi har inte haft möjlighet eller kunskap att utföra en systematisk litteraturöversikt då detta var första gången vi genomfört ett examensarbete på kandidatnivå. Detta innebär att vi inte kan göra anspråk på att ha beskrivit hela forskningsfältet (Forsberg & Wengström, 2016) vilket begränsar möjligheten att generalisera våra resultat.

Sekundärsökningarna resulterade i flertalet relevanta söktermer samt två artiklar som inkluderats i resultatet. Allteftersom kunskap om databasernas uppbyggnad och sökfunktioner inhämtats har också sökorden och vår sökmetod förfinats. Överlämningar och patientsäkerhet var otydligt definierade i litteraturen med flertalet definitioner som innefattar olika aspekter. Att de var otydligt definierade försvårade för oss att finna relevanta sökord. En majoritet av litteraturen som beskriver patientöverlämningar behandlar överlämning mellan läkare, team eller under operation. Att begränsa sökningen till källor som behandlade sjuksköterskan var en utmaning. De etablerade MeSH-termerna som beskriver patientöverlämningar var unga och begränsat med litteratur hade indexerats under dem. Vi har sökt i flertalet databaser som innehåller omvårdnadsforskning vilket enligt Henricson (2012) stärker arbetets validitet. Som tidigare beskrivits var ämnet spretigt och det fanns få termer som var allmänt vedertagna. Utifrån den metod som beskrivits av Östlundh (2012) genomförde vi sekundärsökningar. Utifrån originalartiklar och reviews sökte vi i deras referenslistor samt bland de artiklar som citerat dem för att finns fler artiklar relevanta för syftet som våra databassökningar inte identifierat.

Urvalet bestod av 15 engelskspråkiga artiklar, dessa var peer review vilket enligt Karlsson (2012) och Polit & Beck (2012) säkerställer deras kvalitet. Att artiklarna var på engelska kan ha påverkat vår tolkning då ingen av oss har engelska som modersmål. För att begränsa feltolkningar har svensk/engelsk ordbok (Norstedts Ordböcker, u.å.) använts. Utifrån inklusionskriterierna valdes artiklar där sjuksköterskan ingår i studiepopulationen och aktivt deltar i den överlämning som studeras. Sju av artiklarna behandlar endast sjuksköterskor, i sex utgör sjuksköterskor majoriteten av studiepopulationen samt i två deltar sjuksköterskan i överlämningen men fördelningen i förhållande till annan vårdpersonal framgår inte. Länderna där de inkluderade studierna utfördes i är USA, Sverige, Israel, Kanada, Australien, Nederländerna, Italien, Norge och Danmark. När det från studiernas kontext gått att utläsa att sjuksköterskans roll skiljer sig markant från den svenska har de exkluderats.

De artiklar som återstod efter att inklusions- och exklusionskriterier applicerats på sökresultaten kvalitetsgranskades enskilt enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats för kvalitetsgranskning. Den enskilda granskningen och att vi gemensamt diskuterat samt funnit samsyn i artiklarnas kvalitet resulterar enligt Wallengren och Henricson (2012) i att resultatets trovärdighet, reliabilitet och validitet ökar. Under grupphandledning genomlästes resultatet av andra studenter i handledningsgruppen. Det hjälpte oss att försäkra att analysen var grundad i data vilket enligt Henricson (2012) stärker resultatets trovärdighet och pålitlighet. Samtliga artiklar var peer reviewed och höll god kvalitet varav fem höll hög kvalitet. Vi valde att inkludera artiklar med kvalitativ ansats för att se sjuksköterskans upplevelser men även kvantitativa för att se effekter av interventioner. Att vi inkluderat artiklar med flertalet metoder, mått och mätinstrument sänker enligt Henricson (2012) resultatets validitet. Vi valde att inkludera både artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats vilket Forsberg och Wengström (2016) menar givit oss en god möjlighet att belysa problemområdet utifrån flera perspektiv.

Vi har följt den metod som beskrivits samt redovisat dess styrkor och svagheter. Med vägledning av metoden har resultatet skapats utifrån grundmaterialet. Vi upplever därmed att det resultat som presenterats är sanningsenligt. Utifrån det resonemang om god

forskningssed som Helgesson (2015) presenterar anser vi att det som presenterats i vårt resultat är grundat i originalmaterialet. Vår avsikt har varit att korrekt återge de inkluderade artiklarnas resultat. Vi har både presenterat positiva och negativa effekter av det studerade fenomenen. Vi har därmed säkerställt att vår framställning av resultatet återger källornas innehåll. I detta arbete har alla tankar och fakta som härrör från andra än oss källhänvisats.

Utifrån syftet gav valet av litteraturöversikt oss möjlighet att belysa patientöverlämningar utifrån fler perspektiv och kontext än det vi rimligen kunnat få tillgång till om vi utfört en empirisk studie till exempel en observation eller intervjustudie. Forskningsområdet om patientöverlämning är spretigt, det finns flertalet olika infallsvinklar och ämnet studeras utifrån flertalet discipliner. Wibeck (2012) beskriver fokusgrupper som en metod som lämpar sig väl för preliminära studier i sådana spretiga ämnen. Att använda fokusgrupper som metod hade givit oss möjligheten att få en fri beskrivning av överlämningar och att upptäcka sådant som inte var del av vår förförståelse. Bell och Waters (2016) menar att observationsstudier ger möjlighet att förstå hur individer agerar i en miljö. En observationsstudie hade därmed givit oss möjligheten att få en god förståelse för hur sjuksköterskan agerar under patientöverlämning samt den miljö den sker i. Det hade givit oss direkt tillgång till fenomenet och givit oss beskrivande data som hade varit svårt att få fram med andra metoder.

## **Slutsats**

Patientsäkerhet vid patientöverlämningar är ett komplext samspel mellan individuella strategier, standardiserad kommunikation, socialt samspel samt det kontext där överlämningen sker. Om sjuksköterskan är medveten om de hinder och möjligheter som finns vid patientöverlämningar, använder sig av verktyg samt strategier för att överbrygga hinder, skapas möjligheter för säker vård.

## Fortsatta studier

Det behövs mer forskning för att undersöka sambandet mellan sjuksköterskans arbetssätt vid patientöverlämningar och patientsäkerheten. Vidare forskning krävs för att fastställa hur strategier vid patientöverlämningar påverkar patientsäkerheten. I vår studie har vi funnit flertalet definitioner av patientöverlämningar. Det skulle vara av stort värde för framtida forskning om man inom forskningsfältet enades om en definition av patientöverlämningar.

## Klinisk tillämpbarhet

Vi har belyst några av de hinder och möjligheter som finns vid patientöverlämning. Vår förhoppning är att denna studie bidrar till att öka medvetenheten om överlämningar som en aktivitet vilken kan utsätta patienten för risk. Men även de möjligheter sjuksköterskan har för att verka för säker vård vid patientöverlämningar.

Endast en medvetenhet hos den enskilda sjuksköterskan om riskerna vid överlämning kan inte säkra patientens säkerhet. Det behövs en medvetenhet och kunskap hos alla i organisationen om de hinder och möjligheter som finns för patientsäkerhet vid patientöverlämningar. Det innebär att stödja överlämningar som process, detta genom att

försäkra att det finns resurser för en god överlämning. Detta innefattar bland annat adekvat utbildning hos medarbetarna om hur patientöverlämning ska utföras, att tid avsätts för att utföra överlämningar samt en gynnsam miljö att utföra dem i. Utöver detta behövs en kultur som inte fokuserar på individen utan ser säkerhet som ett system där enskilda händelser är en effekt av ett större sammanhang.

## REFERENSER

Abraham, J., Kannampallil, T., & Patel, V. L. (2014). A systematic review of the literature on the evaluation of handoff tools: implications for research and practice. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(1), 154–162.

<http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001351>

\*Andreoli, A., Fancott, C., Velji, K., Baker, G. R., Solway, S., Aimone, E., & Tardif, G. (2010). Using SBAR to communicate falls risk and management in inter-professional rehabilitation teams. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13 (September), 94–101. <https://doi.org/10.12927/hcq.2010.21973>

Australian Council for Safety and Quality in Health Care. (2005). *Clinical Handover and Patient Safety Literature Review Report*. Canberra. Hämtad från

<https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/clinhovrlitrev.pdf>

Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2:1 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Bell, J., & Waters, S. (2016). *Introduktion till forskningsmetodik* (5. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

\*Bigham, M. T., Logsdon, T. R., Manicone, P. E., Landrigan, C. P., Hayes, L. W., Randall, K. H., ... Sharek, P. J. (2014). Decreasing Handoff-Related Care Failures in Children's Hospitals. *PEDIATRICS*, 134(2), e572–e579. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1844>

\*Birmingham, P., Buffum, M. D., Blegen, M. A., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *Western Journal of Nursing Research*, 37(11), 1458–1478. <https://doi.org/10.1177/0193945914539052>

Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386–393.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.7.386>

Carroll, J. S., Williams, M., & Gallivan, T. M. (2012). The ins and outs of change of shift handoffs between nurses: a communication challenge. *BMJ Quality & Safety*, 21(7), 586–593. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000614>

Cohen, M. D., & Hilligoss, P. B. (2010). The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *BMJ Quality & Safety*, 19(6), 493–497.

<https://doi.org/10.1136/qshc.2009.033480>

\*De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192–1196.

<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016>

- \*Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., & Maizel, A. (2015). Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3–4), 592–601. <https://doi.org/10.1111/jocn.12725>
- \*Drach-Zahavy, A., & Hadid, N. (2015). Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), 1135–1145. <https://doi.org/10.1111/jan.12615>
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., ... Walton, M. (2008). What is patient safety?. In Hendriksen, K., B Battles, J., A Keyes, M., L Grady, M. (Eds.) *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment)*. Hämtad från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/#!po=1.13636>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier: *Värdering, analys och presentation* (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier: *Värdering, analys och presentation* (4. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:1. uppl., ss. 471–479). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hilligoss, B., & Cohen, M. D. (2013). The Unappreciated Challenges of Between- Unit Handoffs : Negotiating and Coordinating Across Boundaries. *Annals of Emergency Medicine*, 61(2), 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.04.009>
- Holly, C., & Poletick, E. B. (2014). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17–18), 2387–95. <https://doi.org/10.1111/jocn.12365>
- Horwitz, L. I., Meredith, T., Schuur, J. D., Shah, N. R., Kulkarni, R. G., & Jenq, G. Y. (2009). Dropping the Baton: A Qualitative Analysis of Failures During the Transition From Emergency Department to Inpatient Care. *Annals of Emergency Medicine*, 53(6), 701–710.e4. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.05.007>
- Karlsson, K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Karolinska Institutet. (n.d.). *Svensk MeSH*. Hämtad 3 Mars, 2017, från <https://mesh.kib.ki.se/>
- Kim, L., Lyder, C. H., McNeese-Smith, D., Leach, L. S., & Needleman, J. (2015). Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2490–2503. <https://doi.org/10.1111/jan.12715>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human : building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Leonard, M. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl\_1), i85–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>

Manser, T., Foster, S., Gisin, S., Jaeckel, D., & Ummenhofer, W. (2010). Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *BMJ Quality & Safety*, 19(6), e44–e44. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.038430>

Mitchell, P. (2008). Defining patient safety and quality care. In R. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Hämtad från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

\*Murray, J. S., McGrath, J., & Smith, M. F. (2013). Understanding the clinical handoff perspective of pediatric emergency nurses. *Pediatric Nursing*, 39(5), 243–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24308090>

Norstedts ordböcker. (u.å.). *ord.se*. Hämtad 11 Mars, 2017, från <http://www.ord.se/>

\*Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I., & Hellzén, O. (2013). Barriers to information exchange during older patients' transfer: Nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19–20), 2964–2973. <https://doi.org/10.1111/jocn.12246>

Page, A. (Ed.). (2004). *Keeping Patient Safe: Transforming the work environment for nurses.*; <https://doi.org/10.17226/10851>

Philibert, I. (2009). Use of strategies from high-reliability organisations to the patient hand-off by resident physicians : practical implications. *Quality and Safety in Health Care*, 18(4), 261–266. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.031609>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

\*Poot, E. P., de Bruijne, M. C., Wouters, M. G. A. J., de Groot, C. J. M., & Wagner, C. (2014). Exploring perinatal shift-to-shift handover communication and process: an observational study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(2), 166–175. <https://doi.org/10.1111/jep.12103>

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

\*Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1), e004268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>

\*Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2015). An Observational Study of Postoperative Handover in Anesthetic Clinics; The Content of Verbal Information and Factors Influencing Receiver Memory. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(2), 105–115. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.012>

Riesenberg, L. A., Leisch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *AJN, American Journal of Nursing*, 110(4), 24–34. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09>

\*Rixon, S., Braaf, S., Williams, A., Liew, D., & Manias, E. (2016). Medication communication during handover interactions in specialty practice settings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2859–2870. <https://doi.org/10.1111/jocn.12894>

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). Etikboken Etik för vårdande yrken (1:3. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (1:2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: riksdagen. Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård* (1:1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Sherwood, G., & Zomorodi, M. (2014). A new mindset for quality and safety: the QSEN competencies redefine nurses' roles in practice. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10 Suppl), S10-8. <https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000124>

\*Siemsen, I. M. D., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, a. V., Andersen, H. B., & Ostergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 439–448. <https://doi.org/10.1177/1403494812453889>

Smeulders, M., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (CD009979). doi:10.1002/14651858.cd009979.pub2

Soop, M., Fryksmark, U., Koster, M., & Haglund, B. (2009). The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 285–291. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp025>



- Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D., Khanna, K. (2009). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 Comparative Database Report. (AHRQ Publication No. 09-0030.) Hämtad från: <https://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2009/hospSurv091.pdf>
- Sutton, S., & Whittington, J. (2006). A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167–175.
- Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Kommunikation mellan vårdpersonal*. Stockholm. Hämtad från: [http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation\\_webb.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf)
- Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund, & Sveriges Tandläkarförbund. (2016). *Säker vård - en kärnkompetens för världens samtliga professioner*. Järfälla: Åtta.45. Hämtad från: [http://www.sls.se/Global/apict/2016/Säker Vård\\_2016\\_low.pdf](http://www.sls.se/Global/apict/2016/Säker_Vård_2016_low.pdf)
- Sveriges kommuner och landsting. (2014). *Patientsäkerhetskultur Sammanställning på nationell nivå av landstingens mätningar 2012-2014*. Hämtad 20 Januari, 2017, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-214-0.pdf>
- \*Toccafondi, G., Albolino, S., Tartaglia, R., Guidi, S., Molisso, A., Venneri, F., ... Barach, P. (2012). The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. *BMJ Quality & Safety*, 21(Suppl 1), i58–i66. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001178>
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- \*Welsh, C. A., Flanagan, M. E., & Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148–154. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.10.005>
- Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Human factors in patient safety: review of topics and tools*. Hämtad från: [http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)

Xyrichis, A., & Ream, E. (2007). Teamwork : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 232–241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>

Öhrn, A. (2014). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg, L. Wallin, & A.-K. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:1 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

## BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Andreoli, A., Fancott, C., Velji, K., Baker, G. R., Solway, S., Aimone, E., & Tardif, G. 2010 Kanada	Using SBAR to communicate falls risk and management in inter-professional rehabilitation teams	Syftet var att implementera och utvärdera SBAR på två rehabiliterings avdelningar och se om det specifikt förebygger fall	<u>Design:</u> Interventionsstudie. <u>Urval:</u> Strategiskt urval av två avdelningar på The Toronto Rehabilitation Institute, resterande sjukvårdspersonal på sjukhuset utgjorde kontrollgrupp. <u>Datainsamling:</u> Anställdas uppfattning om säkerhetskultur mättes via (HSOPSC) före och efter interventionen. Mitt under interventionen intervjuades samtliga deltagare i interventionsgruppen enskilt. Samt intervju i fokusgrupper efter implementering för att ge en djupare förståelse för överlämningen. Fallincidens mättes via ett webbaserat rapporteringssystem. <u>Analys:</u> Critical ratio test.	85 deltog i interventionen Resterande sjukhuspersonal utgjorde kontrollgrupp, 1700st. (-) Fokusgrupp: 18 (-)	Det gick inte att visa att implementeringen av SBAR minskar rapporterade avvikelser eller fall. Däremot sågs i studien att kommunikationen förbättras inom gruppen och att SBAR är ett bra verktyg för att kommunicera säkerhetsfrågor. Innan interventionen var deltagarna kritiska till SBAR och menade att de redan hade en god kommunikation. Efter interventionen upplevde deltagarna i interventionsgruppen det fanns en större samstämmighet i vilka metoder som skulle användas för kommunikation.	<b>CCT II</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## BILAGA B

### Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bigham, M. T., Logsdon, T. R., Manicone, P. E., Landrigan, C. P., Hayes, L. W., Randall, K. H., ... Sharek, P. J. 2014 USA	Decreasing Handoff- Related Care Failures in Children's Hospitals.	Att utvärdera effekten av ett samarbete som sträckte sig över flera sjukhus. Vars syfte var att minska fel som relateras till överlämningar.	<u>Design:</u> Kvantitativ <u>Urval:</u> 22 sjukhus deltog <u>Datainsamling:</u> Självrapportering av strukturerade intervjuer som genomförts 4-8 h efter överlämning. Detta skedde innan interventionen, registrerades månadsvis och följdes upp kvartalsvis. Observation av totalt 7864 överlämningar under ett år. <u>Analys:</u> Jämförelse av baseline och utfall efter 1 år. Andel av överlämningar som uppfyllde ett av 4 kriterier analyserades statistiskt. med CHi- 2-test.	22 sjukhus (1) 7864 överlämningar (-)	Interventionen utgjordes av ett förändringspaket där avsikten med överlämning tydliggjordes, överlämningens innehåll definierades samt att överlämningen strukturerades med ett standardiserat verktyg. För att öka effektiviteten inom teamet uppmånades deltagande sjukhus att främja en säkerhetskultur som stöttade överlämningar.  Hos 18 av 22 deltagande sjukhus minskade vård-fel relaterade till överlämning signifikant med 69 procent. Processmått för att mäta överlämningar förbättrades signifikant: att skapa en gemensam bild av patienten, att uppnå en tydlig överföring av ansvar och minimala avbrott och störningar.	<b>P II</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Birmingham, P., Buffum, M. D., Blegen, M. A., & Lyndon, A 2015 USA	Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture.	Att kvalitativt undersöka sjuksköterskor som arbetar inom kirurgi och medicin och deras perspektiv på processer som befrämjar och förhindrar patientsäkerhet mellan skift och under överlämning	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> 21 sjuksköterskor (RN & LVN) som utförde överlämningar. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer och observationer av överlämningar. <u>Analys:</u> Konstruktivistisk grounded theory användes för att utforska sjuksköterskors upplevelse om överlämnings- processen.	21 (-)	Två processer som främjade patientsäkerhet identifierades: “grasping the story” och “painting the full picture”, dessa två tillsammans bildade en gemensam helhetssyn av patienten. Störningar under överlämningen och i arbetsmiljön försvårade för sjuksköterskorna att skapa sig en gemensamhelhetsbild av patienten. Andra hinder var, brist på tid att utföra överlämningen, avsaknad av tillit till kollegor, svårigheter att komma åt elektroniska journaler, avsaknad av standardiserade kommunikationsmodeller. Faktorer som möjliggör en god överlämning var muntligrapport i en avskild miljö utan avbrott och störningar samt möjligheten att kunna ställa frågor. Att ha tidigare kunskap om patienten förenklade överlämningen och att använda samma modell för informationsöverföringen.	<b>K II</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. 2013 Belgien	SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study	Bedöma effekten av kommunikation med SBAR vid vård av patienter som försämras på incidensen av allvarliga händelser	<u>Design:</u> Interventionsstudie med uppföljning <u>Urval:</u> 425 sjuksköterskor tillfrågades 245 besvarade formuläret. <u>Datainsamling:</u> Uppfattningen om effektiv kommunikation mättes med verktyget CCCT innan och efter att SBAR implementerats. Journaler undersöktes för att se om SBAR förekom upp till 48h innan vårdskada uppstod. <u>Analys:</u> Deskriptiv analys av studiepopulationen och statistisk analys med t-test, Pearsons chi-2test, Fishers exact test, Cornbachs alfa och Mann-Whitney test.	245 (65)	Kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare förbättrades. Sjuksköterskor som använde SBAR var bättre förberedda att kontakta läkare vid försämring av patienten. Det resulterade i en ökning av icke planerade inläggningar på IVA samt färre oväntade dödsfall.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., & Maizel, A. 2015 Israel	Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers	Att förstå hur sjuksköterskor hanterar patientöverlämningar vid skiftbyten för att identifiera de strategier som de använder för att upprätthålla patientsäkerheten	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Strategiskt urval av 18 sjuksköterskor med olika akademisk nivå och erfarenhet. <u>Datainsamling:</u> Semi strukturerade intervjuer med intervjuguide spelades in och transkriberades <u>Analys:</u> Innehållsanalys i två steg först för bekanta sig med materialet och ett andra steg se teman och likheter.	18 (-)	Tre teman identifierades som beskriver patientöverlämningar för sjuksköterskan. Det första temat beskriver hur överlämningarna förhöll sig till de mål som fanns på avdelningen. Det andra beskriver miljön där överlämningen sker och behandlar, brist på tid, avbrott samt sociala relationer och förtroende mellan teammedlemmar. Det tredje beskriver strategier som sjuksköterskan använder vid överlämningen för att sända, ta emot och kontrollera informationen de mottagit.	<b>K</b> <b>I</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet



## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Drach-Zahavy, A., & Hadid, N. 2015 Israel	Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift.	Att undersöka förhållandet mellan de strategier som sjuksköterskan använder under överlämningar och antalet samt typen av fel i behandling under följande skift.	<u>Design:</u> Prospektiv studie med mixad metod. Kombinerar observationer, undersökningar och information från patienters journal. <u>Urval:</u> 200 slumpmässigt utvalda överlämningar på 5 avdelningar. <u>Datainsamling:</u> Utfallsvariabel var felbehandling, 3 mått definierades utifrån patientens journal. Observationsprotokollet innehöll 10 strategier som identifierats i tidigare litteratur. <u>Analys:</u> Deskriptiv statistik användes för att summera data. Vidare användes Chi-2test för analys.	200 överlämningar undersöktes	Studien visar att specifika strategier som identifierats i överlämningar har effekt på tre i studien definierade utfallsmått. Dessa är dosdiskrepans, försenad eller icke utfördvård och avsaknad av dokumentation. I de överlämningarna där strategierna observerades till exempel att inhämta information från andra än den man avlöser eller hade möjlighet att ställa och besvara frågor hade mindre sen eller icke utförd vård samt minde dosdiskrepans än de överlämningar där dessa strategier inte förekom.	<b>P</b> <b>II</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Murray, J. S., McGrath, J., & Smith, M. F. 2013 USA	Understanding the clinical handoff perspective of pediatric emergency nurses	Att beskriva pediatriska akutsjuksköterskors uppfattningar och övertygelser rörande klinisk överlämning (vilka är inblandade, vilka variationer finns, var sker de) samt barriärer som påverkar överlämnings- processen.	<u>Design:</u> Kvalitativ intervjustudie <u>Urval:</u> Strategiskt urval av heltidsanställda akutsjuksköterskor med olika erfarenhetsnivåer och klinisk erfarenhet som arbetade olika typer av skift valdes ut. De utgör en fokusgrupp. <u>Datainsamling:</u> Intervju av fokusgrupp som spelades in. Observation av 12 överlämningar. <u>Analys:</u> De transkriberade intervjuerna kodades i teman genom innehållsanalys. Validering av teman skedde med studiedeltagare samt genom observation av 12 överlämningar.	8 (-)	Tre teman identifierades kring uppfattning om överlämning samt barriärer: Provider-directed handoff: Variationer i överlämningen relaterar till preferenser hos den som ger rapporten. Interruptions - Impediment to care: Alla sjuksköterskor identifierade avbrott som ett hinder för överlämning. Envisioning the Ideal Process: Avsaknad av standardisering i överlämningen försvårade överlämningen. En mer likformig process kan avhjälpa problem med variation.	<b>KII</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Olsen, R. M., Østnor, B. H., Enmarker, I., & Hellzén, O. 2013 Norge	Barriers to information exchange during older patients' transfer: Nurses' experiences.	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av barriärer som påverkar informationsutbyte då äldre patienter överlämnas mellan sjukhus och hemsjukvård	<u>Design:</u> Kvalitativ studie med fokusgrupp <u>Urval:</u> Strategiskt urval av sjuksköterskor både vid hemsjukvård och sjukhus <u>Datainsamling:</u> Intervjuer leddes av moderator utifrån en intervjuguide med en observator. Intervjuerna spelades in. Deltagarna deltog i att förtydliga de teman som identifierats. <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys. Intervjuerna transkriberades. Texten genomlästes, fördelades i meningenheter och kodades. Koderna sammanställdes och skapade teman.	14 (-)	Upplevelsen av barriärer resulterade i tre teman som beskriver barriärer som negativt påverkar sjuksköterskors informationsutbyte under överlämning. Första temat är relaterat till den enskilda sjuksköterskan och hens personliga egenskaper. Det andra temat beskriver barriärer som finns mellan individerna vilka beror på grupptillhörighet och tidigare interaktioner. Bland annat innefattar detta olika perspektiv som sjuksköterskorna har beroende på om de arbetar på sjukhus eller i hemsjukvården. Även bristen på förtroende till den information som lämnas över. Det sista temat berör barriärer som var utanför sjuksköterskans kontroll så som brist på resurser, otydlig ansvarsfördelning.	<b>K I</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Poot, E. P., de Bruijne, M. C., Wouters, M. G. A. J., de Groot, C. J. M., & Wagner, C. 2014 Nederländerna	Exploring perinatal shift-to-shift handover communication and process: an observational study	Syfte var att beskriva patientöverlämningar och hur de uppfattas på en förlossnings avdelning för att identifiera potential till förbättring.	<u>Design:</u> Mixad metod observationsstudie, frågeformulär x 2 (upplevelse + arbetsbelastning) <u>Urval:</u> Strategiskt urval <u>Datainsamling:</u> Strukturerad direkt- observation för att mäta kommunikation under överlämning samt processen mottagarens uppfattning insamlades med enkäter. <u>Analys:</u> Frekvens av innehållskategorier användes för att beskriva innehållet i överlämningarna, samt mottagarens uppfattning som inhämtats efter överlämningen. Statistiska test Chi- 2test, Mann-Whitney eller Kruskal-Wallis samt Fisher exact test utfördes på insamlad data.	70 överlämningar observerades varav 40 var mellan sjuksköterskor.	Alla komponenter i SBAR förekom i 7 % av överlämningarna. Ordningen på innehållet i SBAR varierade, alla överlämningar innehöll inte alla delar av SBAR, främst A och R saknades i över 50% av överlämningar. 52% av överlämningar avbröts minst en gång, i 48% ställdes inga frågor av mottagaren. Överlämningar under eftermiddagen avbröts oftare än på morgonen. Flera faktorer påverkade längden av överlämningen: den var kortare om inga frågor ställdes eller om den inte avbröts. Överlämningar uppfattades som mer ordnade och tydliga om de inte avbröts. Det arbete som skulle utföras av det inkommande skiftet uppfattades som tydligare om tidigare skift haft en lägre arbetsbelastning	<b>K</b> <b>I</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. 2014 Sverige	SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic : a prospective intervention study	Att beskriva vårdpersonals uppfattning om kommunikation inom och mellan professioner, säkerhetsattityder och psykologisk empowerment innan och efter att SBAR införts på en anestesiklinik, samt studera om det skedde en förändring i proportionen av incidenter som orsakats av kommunikationsfel.	<u>Design:</u> Prospektiv intervention med kontrollgrupp samt bedömning innan och efter. <u>Urval:</u> Strategiskt urval två anesthesiologi-avdelningar från personalen deltog sjuksköterskor och läkare. <u>Datainsamling:</u> Enkäter insamlades från interventionsgruppen och kontrollgruppen. Innan och efter interventionen. <u>Analys:</u> Deskriptiv analys, för jämförelse inom grupper över tid användes Wilcoxon signed rank test, jämförelse mellan grupper Mann-Whitney U-test, Chi-2test, Fischer exact test för att upptäcka skillnader i data. signifikansnivå $p < 0.05$	Intervention: 139 Kontroll: 91 Intervention (39) Kontroll (22)	Interventionen bestod i att implementera SBAR. Detta skedde genom träning samt information till personalen, samtlig personal i interventionsgruppen uppmanades använda SBAR i sitt dagliga arbete. I kontrollgruppen användes igen strukturerad metod för kommunikation.  I interventionsgruppen förbättrades kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare signifikant, detta skedde ej i kontrollgruppen.  Ett år efter implementering skedde en minskning av kommunikationsfel som andel av totalt andel fel i både interventions och kontrollgrupp. Dock var denna minskning endast signifikant i interventionsgruppen.	<b>CCT II</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. 2015 Sverige	An Observational Study of Postoperative Handover in Anesthetic Clinics; The Content of Verbal Information and Factors Influencing Receiver Memory	Syftet 1 var att beskriva hur postoperativa överlämningar sker, 2 vilka delar av patientens anestesiprotokoll som fördes över verbalt, och 3 se hur mycket mottagaren kommer ihåg av den verbala överlämningen.	<u>Design:</u> Prospektiv <u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval av vårdpersonal <u>Datainsamling:</u> Med hjälp av observation, ljudinspelning vid överlämningen och patientens anesthesi protokoll. <u>Analys:</u> Data analyserades i tre steg, 1 deskriptiv statistik, 2 kvalitativ innehållsanalys. 3 analyserades data för att få ut en procentsats av information ihåg kommen	N=83 73 observerade överlämningar	Under överlämningen uppstod avbrott i 77 procent av fallen, oklar information, skämt eller diskussion ej relevant till överlämningen i 70 procent. Efter den verbala kommunikationen kom mottagaren endast ihåg hälften av informationen. Det som bidrog till att mottagaren inte kom ihåg information var brist på struktur under överlämningen. Avbrott under överlämningen var inte signifikant associerat med den andel informationen som mottagaren kom ihåg.	<b>P</b> <b>I</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Rixon, S., Braaf, S., Williams, A., Liew, D., & Manias, E. 2016 Australien	The functions and roles of questioning during nursing handovers in specialty settings: an ethnographic study.	Studera funktionen av frågor under patientöverlämning och hur dessa frågor bidrar till ökad kvalitet i vården.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> 37 sjuksköterskor rekryterades via informationsmöten, hänvisningar eller blev tillfrågade. <u>Datainsamling:</u> Data insamlades via 45 observationer där överlämningen spelades in samt observatören tog anteckningar. <u>Analys:</u> En tematisk analys användes för att koda observationerna till kategorier	37 (-)	Resultatet visar på hur sjuksköterskan använder frågor för att skaffa sig information under patient överlämningar. Hur dessa bidrar till en gemensam bild av patientens tillstånd. Frågor fyllde många funktioner bland annat att efterfråga information då rapporten var av dålig kvalitet. För mottagaren av rapporten gav frågor en möjlighet att försäkra sig om att de förstått informationen. Sändaren av information använde frågor för att kontrollera att mottagaren förstått.	<b>KII</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Siemsen, I. M. D., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, a. V., Andersen, H. B., & Ostergaard, D. 2012 Danmark	Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study.	Undersöka vårdpersonalens attityd och upplevelser av patientöverlämningar för att kartlägga faktorer som påverkar säkerhet, både inom och mellan sjukhus, samt att identifiera lösningar för att förbättra överlämningen.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Vårdpersonal involverad i vården, frivillig selektion. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> Kvalitativ fenomenologisk analys i fyra steg, för att komma fram till åtta kategorier.	47 (-)	Resultatet utgörs av åtta faktorer som påverkar patientöverlämningar. Kommunikation, information, organisation, infrastruktur, professionalism, ansvar, gruppmedvetenhet och kultur.  Hög arbetsbelastning, oklar information, språkbarriärer, relationen i gruppen samt en kultur som inte stödjer en säker patientöverlämning, otydligt ansvarsfördelning, brist på stöttande infrastruktur är några av de faktorer som riskerar patientens säkerhet vid patientöverlämningar och försvåra arbetet mot ett gemensamt mål.	<b>KI</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet



## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Toccafondi, G., Albolino, S., Tartaglia, R., Guidi, S., Molisso, A., Veneri, F., ... Barach, P. 2012 Italien	The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care.	Att bedöma kontinuitet av informationsöverföring och om en gemensam bild existerar som stödjer kommunikation i patientöverlämning mellan vårdavdelningar	<u>Design:</u> Mixad metod: observationsstudie med fokusgrupper <u>Observation</u> <u>Urval:</u> Överlämningen av 15 patienter från högintensiv till lågintensiv vård observerades. 2 fokusgrupper med 4 läkare och 5 sjuksköterskor respektive 2 läkare och 3 sjuksköterskor  <u>Datainsamling:</u> Observatören fyllde i enkäter om överlämningens innehåll. Fokusgrupp-intervjuer utfördes av två interprofessionella fokusgrupper bestående av personal från de avdelningar som observerats. <u>Analys:</u> McNemar test T-test. Innehållsanalys	Observation: Överlämningen av 15 patienter.  Fokusgrupper: 14 (-)	Sändare av information uppgav att signifikant mer information inkluderades i överlämningen än mottagaren, främst gällande information om förväntade förändringar hos patienten. Uppfattningen om hur relevant den information som överlämnades var skilde sig även hos sändare och mottagare. Analysen uppdagade att det saknades enighet mellan personal från högintensiv och lågintensiv vård, vilket tyder på olika mentala modeller. Data från fokusgruppen tyder på att hälso- och sjukvårdspersonal är medvetna om att de är beroende av varandra. Fokusgrupperna visade även att det skedde förberedande kontakt mellan enheterna innan överlämning utfördes.	<b>P II</b> <b>K II</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

## Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Welsh, C. A., Flanagan, M. E. & Ebright, P. 2010 USA	Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign.	Att undersöka överlämningar och skildra de faktorer som hindrar och främjar dem/Möjliggör dem	<u>Design:</u> kvalitativ pilotstudie <u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval bestånden av 20 sjuksköterskor från tre avdelningar en kirurgisk avdelning, onkologisk avdelning och internmedicinsk avdelning. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer med en eller två deltagande sjuksköterskor, åtta enskilt och 12 i par. Intervjuerna spelades in och transkriberades. <u>Analys:</u> Grounded theory användes för att koda data i tre breda kategorier. Sedan skapades teman	20 (-)	Sex barriärer och fyra möjligheter identifierades.  Barriärer: Brist på relevant information i överlämningen. För mycket information i rapporten. Inkonsekvent kvalitet, Begränsad möjlighet att kunna ställa frågor, Avbrott störde överlämningen  Möjligheter:  Överlämning när båda parter var närvarande, vilket gav möjlighet att ställa frågor och tvåvägskommunikation. En strukturerad checklista som beskrev det innehåll som överlämningen skulle innehålla	<b>KII</b>

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)  
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet