

**BESKRIVNING AV KOMMUNIKATIONEN VID
ÖVERRAPPORTERING OCH IDENTIFIERING AV SVAGHETER
OCH STYRKOR FÖR PATIENTSÄKERHETEN
En litteraturöversikt**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 190121
Kurs: K50
Författare: Julia Frölund
Författare: Rebecca Cosmo

Handledare: Ulrika Södergren
Examinator: Eleni Siouta

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Överrapportering, som kan grundas på olika former av kommunikation, har en central roll inom hälso- och sjukvård och sjuksköterskans arbete. Kommunikation kan förmedlas verbalt och icke-verbalt. Om den är bristande kan det äventyra patientsäkerheten och därmed leda till vårdskada. Patricia Benners teori om sjuksköterskans yrkesutveckling valdes som teoretisk utgångspunkt.

Syfte

Syftet var att beskriva kommunikationen vid överrapportering och identifiera svagheter och styrkor för patientsäkerheten.

Metod

Det genomfördes en allmän litteraturöversikt med en systematisk ansats, som baserades på 15 stycken vetenskapliga artiklar. Artikelsökningarna genomfördes i två databaser som täckte omvårdnad och medicin. De valda artiklarna analyserades med en integrerad innehållsanalys.

Resultat

Resultatet presenterades utifrån två kategorier. Den första kategorin var mänskliga faktorer inom kommunikation som påverkar patientsäkerheten, med subkategorierna förberedelser och ansvarsfördelning, subjektivitet och interaktion samt avbrott i överrapportering. Den andra kategorin var strategier vid överrapportering för att styrka patientsäkerheten, med subkategorierna rapporteringsmodeller, *bedside handover* och strategier för mottagandet av information.

Slutsats

Av resultatet framkom hur påverkbar kommunikation kan vara, av såväl yttre som inre faktorer. Den mänskliga faktorn, såsom subjektivitet och avbrott, var av framträdande betydelse för kommunikationens kvalitet och säkerhet. Att använda rapporteringsstrategier, i form av avdelningsanpassade standardiserade modeller, kunde säkra informationsöverföringen för både uppgiftslämnaren och mottagaren. En säker informationsöverföring är av betydelse för patientsäkerheten.

Nyckelord: Kommunikation, Patientsäkerhet, Patricia Benner, Överrapportering.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kommunikation	1
Överrapportering	3
Patientsäkerhet	4
Teoretisk utgångspunkt – Patricia Benner	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
Val av Metod	6
Urval	6
Datainsamling	7
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Mänskliga faktorer inom kommunikation som påverkar patientsäkerheten	10
Strategier vid överrapportering för att stärka patientsäkerheten	13
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	21
Slutsats	24
REFERENSER	25
BILAGA A-B	

INLEDNING

Det här arbetet belyser vikten av god kommunikation inom hälso- och sjukvård, framförallt informationsutbytet vid överrapportering, vilket är en central del i sjuksköterskors omvårdnadsarbete. Idén bakom ämnesvalet väcktes under den verksamhetsförlagda utbildningen där författarna, som studerar till sjuksköterskor, emellanåt upplevde bristande kommunikation och hur det kunde påverka patientsäkerheten. Erfarenheterna förstärktes sedan efter att ha lyssnat på dokumentären 70 dagar mot döden - rutinärendet som gick fel (Lavett, 2016) och efter att ha läst flertalet rapporter hämtade från Inspektionen för vård och omsorg [IVO]. Författarna fick en större inblick och förståelse för hur utbrett och allvarligt detta mångfacetterade område är. Förhoppningarna med detta arbete var att beskriva kommunikationen i överrapportering och att identifiera svagheter och styrkor för patientsäkerheten.

BAKGRUND

Kommunikation

Ordet kommunikation betyder överföring av information och kommer från latinets *communicare* som betyder att göra gemensamt. Kommunikation sker ständigt inom hälso- och sjukvård och är nödvändigt för att den skall fungera (Fossum, 2013). I USA har *Quality and Safety Education for Nurses [QSEN]* och *Institute of Medicine of the National Academies [IOM]* utvecklat sex kärnkompetenser för sjuksköterskor. De är personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård och förbättringskunskap för kvalitetsutveckling. De har sedan några år tillbaka implementerats av Svensk sjuksköterskeförening [SSF] för att vården skall bli säkrare och av högre kvalitet samt bygga på en god kommunikation (Nygårdh, Sherwood, Sandberg, Rehn & Knutsson, 2017).

Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor genomsyras av det helhetsansvar som omvårdnadsansvarig innefattar. Att omvårdnaden grundas på ett partnerskap med patientberättelsen i fokus tydliggör kommunikationens betydelse (Nygårdh et al., 2017). Vårdtiden underlättas om den bygger på ett partnerskap, och därmed ett samspel i relationen mellan vårdgivare och vårdtagare (Younas & Sommer, 2015). Något som också underlättar vårdtiden är kontinuitet. För att skapa kontinuitet genom hela omvårdnadsprocessen krävs även en god samverkan och samspel i det interprofessionella teamet (Thomson, Tourangeau, Jeffs & Puts, 2018).

För att kommunikationen ska bli verklig och bestå utav ett informationsutbyte krävs en tvåvägskommunikation (Lee & Garvin, 2003). För en fulländad kommunikation är den alltså bestående av uttryck och förståelse i en fortlöpande process tills informationen är densamma för uppgiftslämnaren som för mottagaren. Oavsett om kommunikationen är en ofullständig eller en fullständig tvåvägsprocess kan den ske verbalt och icke-verbalt (Stans, Dalemans, Roentgen, Smeets & Beurskens, 2018).

Verbal kommunikation

Den verbala tvåvägskommunikationen kan ha ett flertal benämningar, såsom samtal, diskussion, dialog och konversation. Gemensamt för de flesta begreppen är att det är en

form av kunskapssökande informationsutbyte. Vilken titel som sätts på tvåvägskommunikationen beror ofta på målet med det (Fossum, 2013). Inom hälso- och sjukvård sker verbal kommunikation inom det interprofessionella teamet på avdelning, vid överrapportering till andra vårdenheter och i den dagliga kontakten med patienter (Sharp, 2012).

Informationsutbytet kan bland annat beröra utvärderingar och uppföljningar av patientens status, behandlingar och mål. Hur och var dessa samtal äger rum har betydelse för patientens delaktighet. En verbal kommunikation i form av en fullständig tvåvägsprocess kan vara problematiskt inom hälso- och sjukvård, framförallt i mötet mellan vårdtagare och vårdgivare. Det finns multipla anledningar till att en patient kan befinna sig i en sårbar situation och ej kunna delta fullt ut i dialogen med hälso- och sjukvårdspersonal. Kommunikationssvårigheter kan bero på allt ifrån tillfälliga till permanenta skador eller funktionsnedsättningar. Det är viktigt att i mötet med patienten utgå ifrån ett personcentrerat förhållningssätt för att kunna bemöta patienten där han eller hon befinner sig för stunden (Stans et al., 2018).

Det som kan anses som positivt med verbal tvåvägskommunikation är att det finns rum för frågor och diskussion. En negativ sida kan vara att subjektiva värderingar kan tas in, såsom känslor och åsikter. Mottagaren kan dessutom vara stressad eller distraherad, vilket kan leda till sämre informationsupptagning. För att stärka den verbala kommunikationen kan hälso- och sjukvårdspersonal använda sig av *Closed-loop*. Det innebär att mottagaren upprepar det som har förmedlats och uppfattats (Sharp, 2012).

Icke-verbal kommunikation

Icke-verbal kommunikation förmedlas både medvetet och omedvetet. En del av det icke-verbala är det osagda, vilket är det som inte nämns i samtalet (Fossum, 2013). Som Foley och Gentile (2010) poängterar är det dock viktigt att det osagda tolkas inom rätt kontext, eftersom betydelsen beror på sammanhanget. En annan aspekt av det icke-verbala är det insagda, det vill säga vad som tolkas mellan raderna (Fossum, 2013).

Icke-verbal kommunikation kan även innefatta kroppsspråk (Fossum, 2013). Genom ett väl uttryckt kroppsspråk kan den verbala kommunikationen stärkas, samtidigt som ett oengagerat kroppsspråk kan förminska det verbala budskapet. Kroppsspråket innefattar även ansiktsuttryck, gester och omedvetna kroppssignaler (Martin, O'Connor-Fenelon & Lyons, 2018). De omedvetna kroppssignalerna kan till exempel vara handsvett vid nervositet, att huden bleknar vid rädsla och att pupillerna dilaterar vid intresse eller upphetsning (Fossum, 2013). Det är centralt att i mötet med andra människor vara medveten om både sitt eget och andras kroppsspråk och signaler för att kunna stärka kommunikationen (Foley & Gentile, 2010).

Skriftlig kommunikation

Inom hälso- och sjukvård kan skriftlig information exempelvis tas emot i början av ett arbetspass vid journalläsning. Vid en skriftlig rapport kan ingen diskussion föras och missuppfattningar kan uppstå, dock finns möjlighet att gå tillbaka och läsa journaltext igen (Sharp, 2012). I patientdatalagen (SFS, 2008:355, kap. 3, 2 §) stadgas "Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten". Med andra ord är en korrekt dokumentation essentiellt för patientsäkerheten och en del av sjuksköterskans skyldighet i och med legitimationen (Sharp, 2012).

Något som kan komplicera samverkan mellan vårdenheter är att olika journalsystem används. Utan enhetliga journalsystem försvåras kontinuiteten och därmed möjligheten till att följa upp behandling och mål. Det kan även komplicera samarbetet i det interprofessionella och patienten kan bli lidande (Inspektionen för vård och omsorg, 2018; Winthereik & Vikkelsø, 2005). Ett sammanhållet journalsystem förbättrar patientsäkerheten och tidseffektiviserar informationsöverföringen. Det leder till en mer sammanhängande vårdkedja som rationaliserar hälso- och sjukvårdens resurser och utnyttjar dessa på ett kostnadseffektivt sätt (Kirsebom, Wadensten & Hedström, 2013).

I februari år 2018 släppte IVO en rapport om de viktigaste iakttagelserna från föregående år. I den poängterar de att informationsöverföringen vid utskrivning brister, framförallt när multisjuka äldre skrivs ut från slutenvård. Det är av vikt med en ändamålsenlig journaltext och att den är tillgänglig för all hälso- och sjukvårdspersonal i hela vårdkedjan, för att god vård ska kunna följas upp på ett korrekt sätt. En otillgänglig dokumentation leder till att patienter och anhöriga inte kan vara delaktiga i hälso- och sjukvården. IVO:s rapport förtydligar även vad i dokumentationen som tenderar att saknas. Det var information om patientens vårdförlopp, vitalstatus, allmäntillstånd, allergier, sjukdomar och delaktighet (Inspektionen för vård och omsorg, 2018).

Överrapportering

I sjuksköterskors omvårdnadsarbete ingår att rapportera över patienter inom det interprofessionella teamet. Vid skiftbyte eller byte av vårdform är rapporteringen central men samtidigt utsatt, då information lätt kan missas eller missuppfattas. En otillräcklig informationsöverföring riskerar patientens säkerhet och hälsa, därför krävs en effektiv och korrekt kommunikation (Disch, 2013). Ett tydligt exempel på hur bristande överrapportering kan leda till allvarlig vårdskada och till och med döden belyses i Lavetts P1 dokumentär från år 2016, 70 dagar mot döden - rutinärendet som gick fel. Dokumentären handlar om en ung patient som insjuknar i gallsten och som på grund av platsbrist får göra två rutinoperationer på två olika sjukhus i Stockholm. Till följd av platsbristen, men framförallt dålig kommunikation efter dessa operationer, ledde detta till att patienten blev allt sämre och opererades ytterligare 30 gånger. Tillslut avled patienten efter att både han och närstående genomgått ett enormt lidande.

Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation [SBAR] är en standardiserad modell som kan användas vid överrapportering. SBAR utvecklades av den amerikanska flottan för att kommunikationen skulle bli säker, snabb och strukturerad. Den introducerades sedan i hälso- och sjukvården på 1990-talet och i Sveriges kommuner och landsting [SKL] år 2010. Sedan dess har metoden implementerats på några av de större sjukhusen i Sverige, med vissa avdelningsanpassningar (Sharp, 2012). I det interprofessionella teamet har SBAR visats vara ett positivt verktyg då det slätat ut den hierarkiska kommunikationen mellan läkare och sjuksköterska. Rapporteringen har dessutom blivit mer tidseffektiv, fokuserad och självförtroendet för den som rapporterat har ökat (Stewart & Hand, 2014). Att använda sig av en standardiserad mall som SBAR ger däremot, likt skriftlig kommunikation, mindre utrymme för reflektion, diskussion och utbyte av tidigare erfarenheter kollegor emellan (Sharp, 2012).

Överrapportering kan ske via *bedside handover*, där den sker inne på patientsalen vid sängkanten. Denna metod involverar patienten genom att göra den delaktig i överrapporteringen, vilket i sig ökar personcentreringen och patientsäkerheten. *Bedside*

handover har ännu inte fått särskilt stor spridning i Sverige, men i den uträkning det har testas har det visat goda resultat (Sharp, 2012).

Det är inte ovanligt att informationsöverföringen sker i form av en omvårdnadsepikris när patienter skrivs ut från avdelning. Enligt Kirsebom et al. (2013) bör epikrisen innehålla fyra delar; information om patientens erhållna vård, förändringar av patientens mående under vårdtiden, patientens status vid utskrivning och rekommendationer för den fortsatta vården. De rapporterar även att sjuksköterskor på geriatriska avdelningar upplevde att de har mer tid för patientens utskrivning och medföljande omvårdnadsplan samt att det interprofessionella teamet var mer involverade i processen (Kirsebom et al., 2013).

Att det sker en korrekt överrapportering är en viktig del i sjuksköterskors omvårdnadsarbete och en förutsättning för patientens fortsatta vård (Disch, 2013). Bakon, Wirihana, Christensen och Craft (2017) visar att det föreligger en ökad risk för bristande patientsäkerhet och för vårdskada i och med informationsöverföringen.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet avser skydd mot vårdskada enligt patientsäkerhetslagen [PSL] (SFS, 2010:659, kap. 1, 6 §). Att inte skada patienten var något som den första omvårdnadsteoretikern Florence Nightingale redan poängterade med sitt fokus på en säker miljö för att främja patienters hälsa och välbefinnande (Selanders & Crane, 2012). Att ge säker vård, är som tidigare nämnt en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser och viktigt för alla delaktiga yrkesgrupper (Nygårdh et al., 2017). Ett samarbete i det interprofessionella teamet som medvetandegör potentiella risker och skador samt arbetar förebyggande för dessa, är grunden för säker vård (Murray, Sundin & Cope, 2018).

I PSL definieras vårdskada som lidande, psykisk eller kroppslig sjukdom eller skada som hade kunnat förhindrats om arbetet varit patientsäkert. Allvarlig vårdskada är bestående, patienten har fått ett kraftigt ökat vårdbehov eller avlidit (SFS, 2010:659, kap. 1, 5 §). Varje år drabbas cirka 110 000 patienter av vårdskador på svenska sjukhus och för dessa patienter blir vårdtiden nästan dubbelt så lång. Den ekonomiska konklusionen blir en årlig kostnad på nio miljarder svenska kronor (Sveriges kommuner och landsting, 2018). Vårdskada kan vara en följd av ofullständig kommunikation. Det kan exempelvis bero på att all information inte når mottagaren eller att hela, alternativt delar av informationen missuppfattas (Inspektionen för vård och omsorg, 2014). Utöver kommunikation som riskområden för bristande patientsäkerhet föreligger det ökad risk med samtida andra riskfaktorer, såsom överbeläggning och personalbrist (Socialstyrelsen, 2018).

En del av sjuksköterskans professionella ansvar är ledarskap och pedagogik (Nygårdh et al., 2017). Murray et al. (2018) konstaterar att ett starkt ledarskap är en viktig komponent för att färre vårdskador ska inträffa på vårdinrättningen. De menar att patientsäkerheten är ett delat ansvar och genom att engagera hela det interprofessionella teamet kan hälso- och sjukvårdspersonal tillsammans ge högkvalitativ vård (Murray et al., 2018). Sjuksköterskor har ett ansvar att arbeta evidensbaserat och ständigt utveckla sin kunskap för att upprätthålla sin yrkeskompetens (Nygårdh et al., 2017). En annan sida av det professionella ansvaret är att främja en god säkerhetskultur på arbetsplatsen för att kunna ge patienten god vård (Sammer & James, 2011). Det sker genom att i rollen som omvårdnadsansvarig hålla en tydlig dialog med teamet, arbeta pedagogiskt och uppmuntrande för att alla ska vara delaktiga och kunna bidra med sina resurser (Murray et al., 2018).

En bristande kommunikation inom hälso- och sjukvård har visats sig vara en stor anledning till misstag som påverkar patienter (Disch, 2013; Stewart & Hand, 2014). *Joint Commission*, som är en amerikansk kvalitetsstudie, redogör att över 60 procent av vårdavvikelsena beror på kommunikationsbrister (Sharp, 2012). Även IVO redogör att kommunikationen inom svensk hälso- och sjukvård brister. Årligen får de in Lex Maria-anmälningar som beror på bristande kommunikation och dokumentation, framförallt gällande informationsöverföringen mellan olika vårdteam och vårdenheter. Lex Maria är den typ av anmälan som vårdgivare är skyldig att göra vid händelser som hade kunnat eller har orsakat vårdskada eller allvarlig vårdskada (Inspektionen för vård och omsorg, 2014).

I januari år 2018 trädde en ny lag i kraft, nämligen lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård [LUS] (SFS, 2017:612). Enligt IVO kan denna lag leda till att vårdgivarna snabbare tar fram nya riktlinjer och implementerar dessa i rutinerna för en mer säker och effektiv utskrivning och överrapportering mellan olika vårdenheter (Inspektionen för vård och omsorg, 2018).

Teoretisk utgångspunkt - Patricia Benner

Den amerikanska omvårdnadsteoretikern Patricia Benner (2001) har utvecklat en teori som berör sjuksköterskans yrkesutveckling. Den går ut på att den praktiska erfarenhet och kunskap som erhålls genom yrkeslivet är en process, i vilken sjuksköterskan genomgår fem stadier. Dessa är novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Teorin appliceras i denna studie på all hälso- och sjukvårdspersonal.

I det första stadiet, novis, saknar sjuksköterskan helt erfarenhet eller bakgrundsförståelse. Benner (2001) beskriver att noviser antingen är studenter eller legitimerade sjuksköterskor som byter omvårdnadsområde och därmed är obekanta med de nya situationerna de ställs inför. Kraven på noviser är låga och de förväntas inte kunna förstå sammanhanget eller helheten i de kliniska situationerna de möter. På grund av detta styrs oftast deras handlande av regler och checklistor.

För en avancerad nybörjare, vilket är det andra stadiet, är prestationskraven något högre än för novisen. Det kliniska arbetet styrs fortfarande av regler och checklistor och en avancerad nybörjare behöver handledning. Likt novisen, förstår inte sjuksköterskan som befinner sig i det andra stadiet helheten av de utförda omvårdnadsåtgärderna. Koncentrationen ligger fortfarande på sitt eget arbete snarare än på patienten (Benner, 2001).

Stadie tre, den kompetenta sjuksköterskan, kan sjuksköterskan uppnå efter två till tre år inom samma omvårdnadssituationer. En ökad medvetenhet har tillkommit, och till skillnad från de två första stadierna, börjar sjuksköterskan kunna se sammanhang och skapa långsiktiga mål. Därmed klaras prioritering och planering av självständigt. Dock saknas effektivitet och kvickhet i arbetet, vilka tillkommer i senare stadier (Benner, 2001).

I det fjärde stadiet, skicklig, finns ett holistiskt syn- och arbetssätt på grund av den erfarenhet som har byggts upp. Till skillnad från tidigare stadier kan nu beslut fattas utan större problem eller ansträngning. Kunskapen som en skicklig sjuksköterska besitter grundar sig inte enbart på litteratur, utan främst på tidigare erfarenheter. Genom helhetssynen och de tidigare erfarenheterna kan avvikelser i det dagliga arbetet kännas igen (Benner, 2001).

Den femte och slutliga fasen är expert. Genom den enorma erfarenhet som erhållits genom yrkeslivet kan experten fatta kvicka beslut, fokusera på det essentiella och förbise det onödiga. En sjuksköterska i det femte stadiet behöver inte längre förlita sig på analytiska redskap för att få en förståelse av olika situationer (Benner, 2001).

Problemformulering

Kommunikationen vid överrapportering är en essentiell men samtidigt utsatt del i arbetet inom hälso- och sjukvård. Som tidigare nämnt beror en stor del av vårdavvikelser på brister i informationsutbytet mellan hälso- och sjukvårdspersonal, såväl som verbal och som icke-verbal. En bristande kommunikation kan orsaka patienten onödigt lidande som i sin tur kan leda till vårdskada eller allvarlig vårdskada. En korrekt och tydlig kommunikation kan främja patientsäkerheten. Det är ett välkänt och uppmärksammat problem som IVO rapporterar om årligen, men kommunikationen fortsätter att vara bristfällig på olika sätt, vilket äventyrar vårdens kvalitet.

Införandet av lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS, 2017:612) visar på hur aktuellt och utbrett detta problemområde är. Kunskap om vikten av god kommunikation i överrapportering och dess påverkan på patientsäkerheten är fortfarande bristfällig. Denna litteraturöversikt ger en sammanställning av nuvarande forskning och belyser kommunikationen i överrapportering och identifierar styrkor och svagheter för patientsäkerheten.

SYFTE

Syftet var att beskriva kommunikationen vid överrapportering och identifiera svagheter och styrkor för patientsäkerheten.

METOD

Val av Metod

Metoden allmän litteraturöversikt med en systematisk ansats valdes eftersom det enligt Forsberg och Wengström (2016) ger en översikt av aktuell forskning inom det valda området. Precis som Polit och Beck (2017) förtydligar ger en allmän litteraturöversikt en sammanfattning och en kritisk granskning, snarare än en citering av det nuvarande forskningsläget.

Vetenskapliga artiklar av olika klassificeringar användes i denna studie, de var kvantitativa, kvalitativa och studier av mixad metod. Detta gjordes i enlighet med Forsberg och Wengström (2016) då det belyste det valda ämnet ur olika synvinklar. Arbetet utgick ifrån en systematisk ansats men klassificerades som icke-systematisk, då all relevant litteratur ej granskades (Kristensson, 2014).

Urval

Avgränsningar

Avgränsningar gjordes för att erhålla användbara sökträffar inom valt ämne, vilket ökade reliabiliteten enligt Billhult (2017b). Databaserna som användes var *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* [CINAHL] Complete och *Public Medline* [PubMed]. Antalet sökträffar presenterades i tabell 1. Den första avgränsningen var att artiklarna skulle vara publicerade de senaste tio åren, då vetenskap är något som ständigt uppdateras

enligt Polit och Beck (2017). Endast artiklar skrivna på engelska inkluderades för att undvika missuppfattningar relaterade till författarnas språkkunskaper, som Kristensson (2014) belyser.

I CINAHL Complete gjordes ytterligare avgränsningar. En avgränsning gjordes för att enbart inkludera *research articles*, vilka utgår från en ordnad metod för att systematiskt besvara forskningsfrågan (Polit & Beck, 2017). Endast artiklar som var *peer reviewed* inkluderades, då de artiklarna värderas högre i den vetenskapliga kvaliteten eftersom de har genomgått en grundligare granskning (Polit & Beck, 2017).

Inklusionskriterier

All typ av hälso- och sjukvårdspersonal, oavsett yrkeskategori, inkluderades i denna studie. Studier som undersökt hälso- och sjukvårdspersonalens överrapportering på en och samma vårdenhets eller mellan olika vårdenheter inkluderades. Inkluderingen var oberoende av könstillhörighet, ålder och tidigare erfarenheter.

Exklusionskriterier

Artiklar som inkluderade icke-verksam hälso- och sjukvårdspersonal exkluderades.

Datinsamling

Databaserna som valdes för att söka de vetenskapliga artiklarna var CINAHL Complete och PubMed, vilka är två som Polit och Beck (2017) rekommenderar. Dessa databaser täckte forskning inom både omvårdnad och medicin enligt Forsberg och Wengström (2013).

Utifrån studiens syfte kunde bärande begrepp identifieras, vilka översattes med hjälp av svensk *Medical Subject Headings* [MeSH]. MeSH-termerna användes sedan i sökningen i PubMed. För sökningen i CINAHL Complete gjordes MeSH-termerna om till motsvarande CINAHL Headings. De termer som användes var *Hand Off*, *Patient Handoff*, *Handover*, *Shift Reports*, *Patient Safety* och *Communication*. En fritextsökning med termerna *Communication*, *Patient Safety*, *Hand Off* och *Transportation of Patients* utfördes. Detta gjordes för att möjliggöra en inkludering av de nyligen utgivna artiklarna som ännu inte tilldelats MeSH-term eller CINAHL Heading.

De booleska sökoperatorerna *AND* och *OR* användes i en kombination med sökorden. En litteratursökning kan vara svår att genomföra utan att använda sig av operatorerna enligt Kristensson (2014). Operatoren *AND* begränsade resultatet i sökningen till att den enbart innehöll artiklar med båda sökorden. Operatoren *OR* vidgade sökningen och resulterade i artiklar som innehöll någon av termerna. Användningen av citattecken kring exempelvis termen *Patient Safety* garanterade att sökningen utgick från termen *Patient Safety* och inte som två begrepp (Polit & Beck, 2017).

Sökmetoden trunkering användes vid fritextsökningen med ordet *Communication* för att öka antalet sökresultat och få fram ett urval av artiklar som täckte det valda området. Trunkeringen innebar att man möjliggjorde alla böjningsformer av det valda sökordet, med hjälp av en asterisk (*). Det användes för att öka antalet sökträffar, som i sin tur utvidgade möjligheten till att hitta användbara artiklar (Polit & Beck, 2017). Artiklar, vars lästa abstrakt, som återkom i den andra eller tredje sökningen, vilka benämns som dubletter, redovisades endast vid första söktillfället.

Tabell 1. Presentation av databassökning i CINAHL Complete och PubMed.

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
CINAHL Complete 2018-11-06	(MH "Hand Off (Patient Safety)+") OR (MH "Shift Reports") AND (MH "Patient Safety+") AND (MM "Communication+")	145	48	20	8
PubMed 2018-11-06	(((((Patient Handoff[MeSH Terms]) OR Handover)) AND Patient Safety[MeSH Terms]) AND Communication[MeSH Major Topic]	44	13	6	1
CINAHL Complete 2018-11-06	“Patient Safety” AND Communica* AND (Hand Off OR Transportation of Patients)	368	22	8	4
TOTALT		557	83	34	13

Manuell sökning

En manuell sökning genomfördes för att lokalisera ytterligare vetenskapliga artiklar (Östlundh, 2017). Dessa vetenskapliga artiklar eftersöktes i referenslistor bland lästa artiklar. De artiklar med intressant titel och som inte påträffades vid sökningarna med sökkombinationerna enligt tabellen ovan, skrevs ner. Därefter söktes det på titlarna manuellt i databasen CINAHL Complete. Den manuella sökning resulterade i två artiklar, vilka var Stagers och Mowinski Jennings (2009) och O’Connell, McDonald och Kelly (2008).

Databearbetning

Sökningarna utfördes med valda sökord i databaserna PubMed och CINAHL Complete efter ovannämnda urvalskriterier. Samtliga abstrakt med intressant titel lästes var för sig parallellt i enlighet med Kristensson (2014). Titlarna på de lästa abstrakten och vilken databas de kom ifrån skrevs ner. Därefter fetmarkeras de som valdes att läsas i fulltext. De valda artiklarna skrevs ut eller beställdes till biblioteket vid Sophiahemmet Högskola.

De 36 artiklar som valts lästes i fulltext individuellt för en bedömning av vilka som skulle komma att bli underlag för resultatet. Efter att ha diskuterat samtliga artiklars kvalitet valdes 15 stycken ut och analyserades till resultatet. Totalt valdes 21 artiklar bort. Detta berodde på att fyra stycken var litteraturöversikter, fem stycken var av låg kvalitet enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskapliga artiklar (bilaga A) (Berg, Dencker & Skärsäter, 1999; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Två stycken var ej etiskt granskade och tio stycken svarade ej på denna studies syfte.

De valda artiklarna kvalitetsgranskades ännu en gång och klassificerades enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskapliga artiklar (Berg et al., 1999; Willman et al., 2011). Detta gjordes för att säkerställa att de valda artiklarna var av god kvalitet (Kristensson, 2014) och för att klassificera artiklarna. Alla inkluderade artiklar var av hög eller medelhög kvalitet, vilka sedan sammanfattades i en matris (bilaga B).

Dataanalys

Resultatet grundades på en integrerad innehållsanalys av artiklarna. I enlighet med Kristensson (2014) genomförs detta i tre steg och möjliggör en överskådlig sammanställning och presentation av artiklarnas innehåll.

De valda artiklarna märktes med en siffra, 1 till 15. Till en början lästes artiklarna ytligt för att skapa en överskådlig bild av metod och resultat, för att sedan läsas mer djupgående. Detta gjordes individuellt, vilket Kristensson (2014) menar innebär en minskad risk för subjektivitet och misstolkningar, vilket ökar studiens reliabilitet.

I det andra steget markerades relevanta stycken och meningar med överstrykningspenna. För varje artikel sammanställde författarna gemensamt den mening som svarade på studien syfte genom att skriva ner dem på ett A4-ark. På detta sätt kunde kategorier identifieras i enlighet med Kristensson (2014).

I det tredje steget sammanställdes artiklarnas resultat under de olika subkategorierna och kategorierna (tabell 2) enligt Kristensson (2014). För att få en överskådlig bild av resultatet skevs de olika subkategorierna och kategorierna ner för att sedan kunna gruppera varje artikels bärande meningar under dessa.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Kjellström (2017) har alla ämnesval etiska konsekvenser som bör beaktas. Litteraturoversikter kräver likt empiriska studier ett etiskt ställningstagande för att skydda deltagarna i de valda studierna. Endast artiklar som har ett etiskt förhållningssätt inkluderades i resultatet (Kristensson, 2014). Polit och Beck (2017) beskriver att det är till fördel om forskningen även har granskats av en extern etisk kommitté för att undvika bias, bland annat eftersom att forskarna sällan kan vara helt objektiva till sin studie.

Samtliga valda vetenskapliga artiklar som användes redovisades, både de som stärker och motsätter sig varandra (Polit & Beck, 2017). Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att författarnas subjektivitet inte går att frångå helt och hållet. Det var författarna som valde vilka artiklar som skulle inkluderas i studien och hur de tolkades. Polit och Beck (2017) betonade vikten av att läsa och analysera artiklarna var och en för sig för att öka reliabiliteten i detta arbete, vilket togs i beaktande.

Vetenskapsrådet har givit ut etiska riktlinjer som poängterar forskarens hederlighet och redlighet. Material och resultat får aldrig plagieras, förvrängas, vilseledas eller förfalskas. Det här hade författarna i åtanke genom arbetets gång då oredlighet kan leda till att förtroendet för författarna förloras (Vetenskapsrådet, 2017). Att plagiera innebär enligt Kjellström (2017) att man använder en annan författares idé, process eller verk utan att redovisa källan. Arbetet har plagiatkontrolleras via Urkund och på det sättet stärks redligheten. Dessutom har källorna refererats enligt Sophiahemmet Högskolas modifierade American Psychological Association [APA]-mall för att tydliggöra ursprunget, då läsaren enkelt skall kunna gå tillbaka till primärkällan (Sophiahemmet Högskola, 2017). Enligt

Gunnarsson (2017) ökar det i sin tur den vetenskapliga stringensen och noggrannheten i arbetet.

RESULTAT

Resultatet av de 15 vetenskapliga artiklarna redovisades nedan och kvalitetsgranskningen av dessa återfinns i bilaga B. Kommunikationen i överrapporteringen kunde skilja sig åt i kvalitet, metod och innehåll. Innehållet av de vetenskapliga artiklarna utmynnade i två kategorier med ett antal tillhörande subkategorier, se tabell 2. Kategorierna var mänskliga faktorer inom kommunikation som påverkar patientsäkerheten och strategier vid överrapportering för att styrka patientsäkerheten.

Tabell 2. Presentation av kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Mänskliga faktorer inom kommunikation som påverkar patientsäkerheten	Förberedelser och ansvarsfördelning Subjektivitet och interaktion Avbrott i överrapportering
Strategier vid överrapportering för att stärka patientsäkerhet	Rapporteringsmodeller <i>Bedside handover</i> Strategier för mottagandet av information

Mänskliga faktorer inom kommunikation som påverkar patientsäkerheten

Det framkom i flera studier att kommunikationen kunde påverkas av multipla faktorer (Blom, Petersson, Hagell & Westergren, 2015; Braaf, Riley & Manias, 2015; Bunkenborg, Bitsch Hansen & Hølge-Hazelton, 2017; Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2015; Ernst, McComb & Ley, 2018; Lyphout et al., 2018; O'Connell et al., 2008; O'Rourke, Abraham, Riesenber, Matson & Dunn Lopez, 2018; Poot, de Bruijne, Wouters, de Groot & Wagner, 2013; Reilly, Marcotte, Berns & Shea, 2013; Staggers & Mowinski Jennings, 2009; Street et al., 2011). I en studie av Lyphout et al. (2018) konstaterades att 126 av 237 incidenter som hade äventyrat patientsäkerheten berodde på bristande kommunikation. Att en ineffektiv kommunikation kunde äventyra patientsäkerheten bekräftades av flera studier (Blom et al., 2015; Drach-Zahavy et al., 2015; Lyphout et al., 2018; Reilly et al., 2013; Smith et al., 2018; Starmer et al., 2014). Mänskliga faktorer inom kommunikation som påverkar patientsäkerheten sorterades i subkategorierna förberedelser och ansvarsfördelning, subjektivitet och interaktion samt avbrott i överrapportering.

Förberedelser och ansvarsfördelning

I en studie av Ernst et al. (2018) belystes att teamarbetet kunde starta redan innan överrapporteringen, i form av förberedelser. Det framkom i flera studier att det var av stor betydelse att båda parterna var förberedda inför en överrapportering (Bunkenborg et al., 2017; Ernst et al., 2018; Lyphout et al., 2018). Ernst et al. (2018) beskrev i sin studie att sjuksköterskors förberedelser inför överrapportering ofta skedde enskilt. Att sjuksköterskan som avslutade sitt pass avrundade sitt arbete genom att gå igenom allt en sista gång för att samla och strukturera informationen inför överrapporteringen och avsluta sina pågående arbetsuppgifter. Vidare beskrev Ernst et al. (2018) att sjuksköterskan som startade sitt pass skulle komma i tid för att hinna läsa igenom patienternas journaler. Sjuksköterskor som avslutade sitt pass förlitade sig på att inkommande sjuksköterskor var förberedda och närvarande under rapporten (Bunkenborg et al., 2017).

Bunkenborg et al. (2017) beskrev att överrapportering var en form av att överlåta ansvar. I studien av Reilly et al. (2013) belystes vikten av tydlig ansvarsfördelning och att varje patient hade en ansvarig sjuksköterska. Andra studier uppmärksammade det faktum att det inte alltid var den patientansvariga sjuksköterskan som rapporterade över eller överlämnade patienten (Braaf et al., 2015; O'Connell et al., 2008). I studien av Blom et al., (2015) konstaterades att patientsäkerheten kunde äventyras om sjuksköterskan rapporterade till icke patientansvarig läkare. Vikten av att det fanns någon i personalstyrkan på varje avdelning som hade en överblick och ett helhetsansvar för hela avdelningen belystes i flera studier (O'Connell et al., 2008; Staggers & Mowinski Jennings, 2009).

Subjektivitet och interaktion

Individuella skillnader i överrapportering kunde förekomma och utförandet kunde bero på vem som rapporterade (Blom et al., 2015; O'Connell et al., 2008). I studien av O'Connell et al. (2008) framkom att mer än hälften av hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde att överrapporteringen innehöll subjektiv information. Ett flertal studier beskrev att det fanns olika åsikter och uppfattningar om vilken information som bör ingå i rapporten (Braaf et al., 2015; Bunkenborg et al., 2017; Drach-Zahavy et al., 2015; Ernst et al., 2018; O'Rourke et al., 2009; Reilly et al., 2013). Detta kunde försvåra interaktionen och därmed ineffektivisera kommunikationen (Braaf et al., 2015).

Flera studier belyste att informationen i rapporten både skulle ge en heltäckande bild av patienten och det nuvarande tillståndet, samtidigt som den skulle vara kortfattad och detaljerad (Drach-Zahavy et al., 2015; O'Connell et al., 2008). Att ta upp avvikande tillstånd eller betona sådant som mottagaren bör vara extra vaksam på kunde vara av betydelse (Drach-Zahavy et al., 2015; Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Det handlade enligt Bunkenborg et al. (2017) om att förtydliga specifikt viktig information för att den inte skulle missas. Det påvisades att bakgrund och orsak till nuvarande sjukhusvistelse var av stor vikt att ha med i rapporten (Drach-Zahavy et al., 2015; O'Rourke et al., 2018). Att rapporten innehöll information om patientens sociala situation kunde också vara av betydelse (Drach-Zahavy et al., 2015; Ernst et al., 2018).

Det framhölls av flera studier att skillnader i rapportens innehåll kunde bero på att hälso- och sjukvårdspersonal hade olika bakgrunder och kliniska erfarenheter (Drach-Zahavy et al., 2015; Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Bunkenborg et al. (2017) lyfte faktumet att det kunde finnas en viss oro hos uppgiftslämnaren att informationen försumrades när den förkortades och förenklades för att vara begriplig för andra som inte hade en viss specialisering. Om rapporten innehöll atypiska fraser och liknelser som endast användes på vissa avdelningar var mottagaren tvungen att känna till dem för att förstå innebörden (Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Samtidigt kunde överrapporteringen ses som ett tillfälle och chans för lärande, diskussion och reflektion (Drach-Zahavy et al., 2015). Att rapporten innehöll tid och rum för frågor för att klargöra erhållen information var centralt, vilket belystes av O'Connell et al. (2008). Poot et al. (2013) betonade dock i sin studie att det ofta saknades tid för återkoppling, men att fler frågor ställdes under överrapporteringen på eftermiddagen. Vidare var åtgången tid för rapporten mindre när färre frågor ställdes. De påvisade även att det kunde upplevas som att informationen ej var central när frågor ställdes under rapporten (Poot et al., 2013).

Förväntningarna och upplevelserna av överrapporteringens kvalitet skiljde sig åt och det kunde bero på flera orsaker (Ernst et al., 2018; Poot et al., 2013; Reilly et al., 2013). Det betonades att skilda förväntningar försvårade kommunikationen (Ernst et al., 2018; Reilly et al., 2013). Skilda förväntningar kunde öka sjuksköterskors arbetsbörda, vilket i sin tur kunde påverka patienterna (Ernst et al., 2018). Vidare beskrev Ernst et al. (2018) att homogena förväntningar stärkte samarbetet och förhindrade avbrott i form av oenigheter under och kring rapporteringen. Detta ledde till att överrapporteringen generellt sett gick fortare (Ernst et al., 2018). Ett tillvägagångssätt för att anpassa rapportens innehåll till mottagaren kunde enligt Staggers och Mowinski Jennings (2009) vara att uppgiftslämnaren frågade om mottagaren träffat patienten tidigare. Utefter det kunde rapportören skraddarsy innehållet för att fylla i de luckor som fanns och undvika överflödigt information. En studie visade att en tredjedel av överrapporteringen gick åt till faktiska patientdata, såsom senaste blodproverna, lokalisation av sår, drän och katetrar med mera (Staggers & Mowinski Jennings, 2009).

Vikten av att tillsammans sätta upp klart definierade mål betonades, men målen som sattes upp var ofta ouppnåeliga (Drach-Zahavy et al., 2015). Gällande rapportens kvalitet har flera studier visat att upplevelsen av den kunde vara bättre om uppgiftslämnaren hade några års erfarenhet (O'Connell et al., 2008; Poot et al., 2013). Bunkenborg et al. (2017) belyste att upplevelsen av att inte ha kontroll eller kunna påverka tidpunkten för överlämningen kunde orsaka frustration och stress.

I studien av Bunkenborg et al. (2017) belystes vikten av att mötas ansikte mot ansikte i en överrapportering. Staggers och Mowinski Jennings (2009) förklarade att vid verbala överrapporteringar som ägde rum på detta sätt kunde ögonkontakt och kroppsspråk användas för att centrera samtalet, framförallt i ljudliga miljöer. Trots detta har avsaknaden av ögonkontakt konstaterats i flera studier (Bunkenborg et al., 2017; Poot et al., 2013), i synnerhet i kortare överrapporteringar (Poot et al., 2013) eller i början av rapporten (Bunkenborg et al., 2017). Vikten av att överrapporteringen var en tvåvägsprocess kunde avspeglas i kroppsspråket enligt Bunkenborg et al. (2018). Ett kroppsspråk som till en början var återhållsamt kunde bli engagerat när vederbörande bjöds in till samtalet. Kroppsspråket kunde även påverkas av arbetsbörda och stress och yttra sig i exempelvis djupa suckar och avsaknaden av ögonkontakt (Bunkenborg et al., 2017), vilket kunde påverka kommunikationen negativt (Ernst et al., 2018). Att kroppsspråk, i form av gester, kunde användas till att lokalisera sår och katetrar eller som en ledtråd för att komma ihåg saker att kommunicera framkom i studien av Staggers och Mowinski Jennings (2009). Vidare beskrev de att i vilken ordning innehållet presenterades, vad och hur det betonades och vilket röstläge som användes kunde bero på vem som rapporterade (Staggers & Mowinski Jennings, 2009).

Avbrott i överrapportering

Att inte låta sig bli störd under rapporten var viktigt, men det visades att verbala överrapporteringar som ägde rum ansikte mot ansikte sällan avslutades utan att ha blivit avbrutna (Staggers & Mowinski Jennings, 2009). I flera studier konstaterades att arbetsmiljön skiljde sig åt från avdelning till avdelning och från vilken tid på dygnet det var. Högt patientflöde och överbeläggningar kunde resultera i en ansträngd och påfrestande atmosfär (Braaf et al., 2015; Bunkenborg et al., 2017). Enligt O'Connell et al. (2008) kunde arbetsbördan och en stressig miljö på avdelningen influera överrapporteringen negativt. I studien av Poot et al. (2013) påvisades att fler avbrott skedde under rapporterna på eftermiddagarna än på andra tider på dygnet. I en annan studie visades att en tredjedel

av överrapporteringens tidsåtgång berodde på de avbrott och störningsmoment som förekom, vilka kunde förstöra kommunikationens rytm (Staggers & Mowinski Jennings, 2009).

Obalansen mellan arbetsbörda och tid till förfogande för överrapporteringen kunde vara ett hinder för kommunikationen (Reilly et al., 2013). Att tidsbrist kunde påverka överrapporteringen negativt lyftes av flera studier (Braaf et al., 2015; Bunkenborg et al., 2017). Överrapporteringen i sig kunde vara ett tidskrävande moment (Staggers & Mowinski Jennings, 2009; Starmer et al., 2014, Street et al., 2011). Enbart processen att de som skulle medverka i överrapporteringen skulle hitta varandra och vara redo var ett tidskrävande moment enligt Staggers och Mowinski Jennings (2009). Om överrapporteringen drog ut på tiden var det ofta den inkommande hälso- och sjukvårdspersonalen som drabbades, genom att de fick mindre tid för omvårdnadsåtgärder och planering av passets upplägg. Detta kunde orsaka stress som i sin tur påverkade kvaliteten av omvårdnaden och patienten (Ernst et al., 2018; Street et al., 2011).

De vanligaste orsakerna till avbrott var att telefonen ringde, larm från patientsalar eller att annan vårdpersonal störde under rapporten (Ernst et al., 2018; O'Connell et al., 2008; Poot et al. 2013; Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Att det ofta var fler än ett avbrott under en överrapportering belystes av Poot et al. (2013). Dessa avbrott och distraktioner kunde leda till att rapporteringens kvalitet försämrades och att det tog längre tid (Ernst et al., 2018). Att överrapporteringen upplevdes strukturerad kunde ha ett samband med att den inte överskred en duration på två minuter, vilket framkom i studien av Poot et al. (2013). Överrapporteringar som tog för lång tid kunde medföra att de uppfattades som överflödiga och ineffektiva (Ernst et al., 2018, O'Connell et al., 2008, Street et al., 2011). Enligt Poot et al. (2013) kunde korta rapporter vara mer uppskattade, medan Street et al. (2011) betonade att informationen då riskerades att missas eller utelämnas.

Ljudnivåerna kunde skilja sig åt från de olika platserna som användes för överrapportering (Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Ett exempel på en plats för överrapportering med hög ljudnivå var sjuksköterskeexpeditionen, där en stor mängd personal samlades och pratade samtidigt. I rum avsedda för överrapportering kunde flera rapporter ske samtidigt, vilket gjorde att personalen pratade i mun på varandra. När överrapporteringen ägde rum i korridorerna kunde rapporten avbrytas av ljud från patientsalarna, larm och kollegor (Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Det visades i en studie av Groves, Manges och Scott-Cawiezell (2016) att strategin *bedside handover* innebar mindre yttre distraktioner i form av telefoner, kollegor och andra patienter. Dock förklarade Staggers och Mowinski Jennings (2009) att ljud från apparater i patientsalen kunde förekomma och att andra patienter kunde bli ett störningsmoment eller avbrott.

Strategier vid överrapportering för att stärka patientsäkerheten

Det bekräftades av ett flertal studier att när kommunikationen i överrapporteringen utgick från en strukturerad modell kunde det ha en positiv inverkan på patientsäkerheten (Blom et al., 2015; Drach-Zahavy et al., 2015; Lyphout et al., 2018; O'Rourke et al., 2018; Reilly et al., 2013; Smith et al., 2018; Starmer et al., 2014). Kategorin strategier vid överrapportering för att stärka patientsäkerheten, delades in i subkategorierna rapporteringsmodeller, *bedside handover* och strategier för mottagandet av information.

Rapporteringsmodeller

Även om rapporten innehöll adekvat information, tid för frågor och klargörande kunde överrapporteringen vara svår att följa och vara något överflödig (Street et al., 2011). För att inte viktig information skulle missas kunde överrapporteringens innehåll struktureras upp (Drach-Zahavy et al., 2015). En standardiserad rapporteringsmodell kunde effektivisera informationsutbytet och bidra till att uppgiftslämnaren och mottagaren snabbare erhöll en gemensam och likstämig uppfattning om innehållet och dess helhet (Ernst et al., 2018).

Vilken rapporteringsstrategi som användes kunde variera stort (Reilly et al., 2013). Metoderna skilde sig åt i hur de hoppade från ämne till ämne och i vilken grad förkortningar användes (Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Vidare beskrevs att en del uppgiftslämnare förlitade sig mer på sitt minne än på sina anteckningar, andra använde sig av anteckningarna de skrivit när de fått rapport, som de sedan hade uppdaterat under skiftet (Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Studien av Drach-Zahavy et al. (2015) belyste att andra strategier för överrapportering var att rapportera patienten efter människans olika organsystem från topp till tå. Även att rapportera i en kronologisk ordning av patientens vårdvistelse, från inläggning till undersökningar och plan för utskrivning. En annan strategi kunde vara att strukturera upp informationen efter de omvårdnadsåtgärder och behandlingar patienten hade deltagit i under uppgiftslämnarens arbetspass (Drach-Zahavy et al., 2015).

Muntlig överrapportering kunde kompletteras av skriftlig informationsinhämtning (Groves et al., 2016; Street et al., 2011). Enligt Blom et al. (2015) kunde denna kombination förbättra patientsäkerheten. Om journalen hade lästs innan kunde den skriftliga informationen verifiera den muntliga informationen som överfördes i överrapporteringen (Ernst et al., 2018). I studien av Drach-Zahavy et al. (2015) beskrevs att denna verifieringsmetod kunde användas om det saknades förtroende för vissa individer i det interprofessionella teamet. Det kunde vara problematiskt om det rörde oklarheter kring vilken information som skulle inhämtas från journalen och vilken som skulle erhållas vid rapporten. Detta kunde innebära en svårighet att inte upprepa det som fanns dokumenterat i journalen (Ernst et al., 2018; O'Connell et al., 2008). Icke-kompatibla journalsystem kunde försvåra kommunikationen mellan olika vårdenheter (Reilly et al., 2013).

Det framkom i studien av Braaf et al. (2015) att en anledning till bristande kommunikation kunde vara att enbart förlita sig på att rapporten skedde via den skriftliga dokumentationen som ett substitut för den verbala överrapporteringen. Det berodde bland annat på att den skriftliga dokumentationen ofta var oåtkomlig, utdaterad, otillräcklig och inkorrekt. Även själva handskriften i sig kunde vara svår att tyda (Braaf et al., 2015). I studien av O'Connell et al. (2008) konstaterades att sjuksköterskor med mindre erfarenhet ansåg att det var lättare att komma åt den nödvändiga informationen i patientens journal än sjuksköterskor med längre erfarenhet. Det kunde samtidigt vara en tidskrävande process att leta rätt på den skriftliga informationen som behövdes (Braaf et al., 2015).

SBAR

SBAR som rapporteringsmodell kunde ses som en checklista som säkerställde att samtliga delar kom med i rapporten. Vidare kunde SBAR minimera risken för att något missades eller glömdes bort, detta stärkte patientsäkerheten (Blom et al., 2015). SBAR bidrog även till en struktur i överrapporteringen, vilket förbättrade effektiviteten och kvaliteten (Blom et al., 2015; Street et al., 2011). För rapportören ansågs SBAR vara till god hjälp (Blom et al., 2015). Även för mottagaren blev modellen en fördel, då det blev enklare att följa

informationsflödet under rapporten (Poot et al., 2013). Flera studier kunde fastställa att användandet av SBAR som rapporteringsstrategi kunde förbättra den verbala kommunikationen, vilket i sin tur kunde öka patientsäkerheten (Blom et al., 2015; Poot et al., 2013; Smith et al., 2018; Street et al., 2011).

SBAR-DR

En utvecklad modell av SBAR var rapporteringsmodellen SBAR-DR, som Smith et al. (2018) presenterade i sin studie. I denna modell har man lagt till D som stod för diskussion och disposition samt R som stod för återkoppling och anteckning. De tillagda rubrikerna innebar en ökad möjlighet till återkoppling, frågor och diskussion (Smith et al., 2018). Att tid till frågor fanns till förfogande rekommenderades i andra studier (O'Rourke et al., 2018; Reilly et al., 2013). Enligt Smith et al. (2018) ledde användningen av SBAR-DR även till förbättrad användning av *Closed-loop* och att man uppnådde en mer otvivelaktig överenskommelse om vårdplan och fortsatt vård. Utöver det innebar det en tydlig arbetsfördelning som var överblickbar för samtliga yrken i det interprofessionella teamet och tendensen att uppmärksamma allvarlighetsgraden av sjukdomen eller tillståndet ökade (Smith et al., 2018). I studien av Smith et al. 2018 upplevde mer än hälften av hälso- och sjukvårdspersonal att SBAR-DR bidrog till ökad patientsäkerhet.

I-PASS och N-PAS

Illness Severity, Patient Summary, Action List, Situation Awareness and Contingency Planning, Synthesis by Receiver [I-PASS] var en rapporteringsmodell som användes i studien av Starmer et al. (2014). Efter implementeringen av denna modell minskade antalet medicinska fel, förebyggbara avvikelser och potentiella situationer som kunde riskera patientsäkerheten. Även upplevelsen av att ha genomfört en bra överrapportering förbättrades med användandet av I-PASS (Starmer et al., 2014). I-PASS var framtaget för läkare och istället föreslog O'Rourke et al. (2018) *Nurse-Patient Summary, Action Plan* och *Synthesis* [N-PAS], som fokuserade mer på omvårdnad, personcentrering och möjliggjorde en tvåvägskommunikation med öppen reflektion.

Implementering av rapporteringsmodeller

Det framkom i flera studier att det kunde ses en trend i förbättringen av den verbala kommunikationen efter implementering av en tydligt standardiserad modell (Blom et al., 2015; Poot et al., 2013; Smith et al., 2018; Street et al., 2011). Smith et al. (2018) belyste dock att det var av stor vikt att det fanns en vilja till förändring och att alla i det interprofessionella teamet tog sitt ansvar. Utöver det rapporterade Smith et al. (2018) att det var betydelsefullt att arbeta med hela organisationen och involvera personalen för att öka känslan av engagemang. En avsaknad av engagemang vid implementering kunde bero på ovana, att invånningen tog tid och att rapporten därmed tog extra tid (Smith et al., 2018).

Blom et al. (2015) poängterade att det krävdes en ömsesidig respekt inom det interprofessionella teamet. Tidsåtgången för överrapportering skiljde sig åt vid implementeringen av de olika modellerna. Efter införandet av SBAR var åsikterna delade, en del sjuksköterskor ansåg att det tog för lång tid, medan andra tyckte att rapporten effektiviserades (Blom et al., 2015). Efter införandet av SBAR-DR tog överrapporteringen i snitt längre tid än innan införandet av modellen (Smith et al., 2018). Innan och efter implementeringen av I-PASS var tidsåtgången oförändrad (Starmer et al., 2014).

Bedside handover

En överrapportering med strategin *bedside handover* kunde involvera patienten och anhöriga samt gav en möjlighet för både dem och personal att ställa frågor (Ernst et al., 2018; Groves et al., 2016; Staggers & Mowinski Jennings, 2009; Street et al., 2011). Det möjliggjorde alltså att patienten och anhöriga kunde bli en del av teamet poängterade Ernst et al. (2018). Med denna strategi skapades en trygghet för patienten och en känsla av säkerhet samt att ingenting missades, vilket styrkte patientsäkerheten (Groves et al., 2013). Vidare kunde *bedside handover* även öka patientens följsamhet, dock var användandet av denna strategi inte någon garanti för att patienten blev involverad i processen (Street et al., 2011).

I flera studier framkom det att *bedside handover* möjliggjorde att de inkommande sjuksköterskorna får ett ansikte på patienten, tidig bedömning och därmed aktuell status vid skiftbytet (Groves et al., 2016; O'Connell et al., 2008; Street et al., 2011). Genom att erhålla aktuell status av patienten kunde planering och prioritering av omvårdsåtgärder understödjas för den inkommande sjuksköterskan, vilket i sin tur även påverkade självförtroendet inför arbetspasset. *Bedside handover* kunde även förbättra hälso- och sjukvårdspersonalens personcentrerade arbete genom att enbart fokusera på en patient i taget (Groves et al., 2016).

En känsla av att sjuksköterskornas professionalitet och sammanhållning kunde öka vid användandet av *bedside handover* (Drach-Zahavy et al. 2015; Groves et al., 2016). Utöver det beskrev Groves et al. (2013) att det skapades en trygghet och förtroende för hälso- och sjukvårdspersonalen, speciellt om patienten inte träffat dem förut. Studien bekräftade även att det gav det en möjlighet att lära sig av varandra och att arbeta mer personcentrerat (Groves et al., 2013). *Bedside handover* möjliggjorde även en avstämning och förbättrade kontinuiteten mellan hälso- och sjukvårdspersonalen som avlöste varandra. Det minimerade en känsla av osäkerhet gällande utförda och avslutade omvårdnadsåtgärder och behandlingar, vilket styrkte patientsäkerheten (Groves et al., 2013).

Strategin i sig kunde medföra att rapporten inte fick ett flyt och att all information inte kunde kommuniceras på en gång, vilket hade varit möjligt på en sjuksköterskeexpedition eller dylikt (Street et al., 2011). En annan nackdel med *bedside handover* var att integriteten och konfidentialiteten kunde inskränkas när vissa detaljer om patienten eller ett visst tillstånd rapporterades, till exempel om flera patienter delade sal (O'Connell et al., 2008; Street et al., 2011). Dessutom kunde det vara svårt att ta upp viss känslig information inför patienten, till exempel oroväckande eller genanta detaljer. Då kunde det vara till fördel att ta den typ av information utanför patientsalen (Groves et al., 2016).

Strategier för mottagandet av information

Att utföra en god överrapportering ställde höga krav på god kommunikationsförmåga, både på uppgiftslämnaren och mottagaren (Bunkenborg et al., 2017; Street et al., 2017). Det uppmärksammades att en standardiserad rapporteringsmodell gav mottagaren en överblick och en möjlighet att uppskatta omfattningen av rapporten för att lättare kunna strukturera upp informationen som erhöles (Ernst et al., 2018; Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Ernst et al. (2018) betonade att ett aktivt lyssnande var viktigt vid mottagandet av information.

Hälso- och sjukvårdspersonal kunde utveckla egna strategier för att ta emot en rapport (Drach-Zahavy et al., 2015; Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Det kunde vara

strategier för att dubbelkontrollera informationen som mottogs, och på så sätt snabbt kunna identifiera en avvikelse eller ökad risk för sådan (Drach-Zahavy et al., 2015). Vidare kunde denna dubbelkontroll utgå ifrån att jämföra den muntligt erhållna informationen med den skriftliga informationen i patientens journal, den kliniska blicken och genom att prata med patienten. Andra strategier kunde vara att jämföra patientens tillstånd med ett typ av referensvärde av det normala vårdförloppet av en viss sjukdom eller tillstånd. Alternativt att lyssna på och jämföra flera av kollegors åsikter för att kunna fokusera på det som inte alla var överens om (Drach-Zahavy et al., 2015). Hur mottagaren tolkade informationen i överrapporteringen och hur relevant den ansågs vara hade stor betydelse för det fortsatta omvårdnadsarbetet (Bunkenborg et al., 2017).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva kommunikationen vid överrapportering och identifiera styrkor och svagheter för patientsäkerheten. Huvudfynden i resultatet presenterades i kategorier och subkategorier, vilka kommer att diskuteras i följande resultatdiskussion. Att ordet kommunikation kommer från latinets *communicare* och betyder att göra gemensamt (Fossum, 2013) kan sammanfatta hur varierande och komplex kommunikationen kan vara i sin karaktär. Kommunikationens metod, innehåll och utfall beror både på mottagarens och uppgiftslämnarens inställning och tidigare erfarenheter, samtidigt som den även kan påverkas av tid och rum. I resultatet konstaterades att kommunikationens kvalitet kan förbättras av en standardiserad och strukturerad överrapporteringsmodell, vilket kan underlätta för både mottagaren och uppgiftslämnaren och därmed stärka patientsäkerheten.

En bristande kommunikation kan, som beskrivet i bakgrund och resultat, orsaka vårdskada och i värsta fall allvarlig vårdskada, vilket exemplifierades i P1 dokumentären av Lavett (2016). Lex Maria är till för att anmäla specifika händelser som hade kunnat eller har orsakat vårdskada eller allvarlig vårdskada (Inspektionen för vård och omsorg, 2014). Det kan också fungera som ögonöppnare och därmed förebygga att liknande situationer uppstår. Enligt Patricia Benners (2001) teori om sjuksköterskors yrkesutveckling är det först när en sjuksköterska når stadie fyra, skicklig sjuksköterska, som hon känner igen en avvikelse. Detta på grund av att kunskapen som hon besitter ej enbart grundar sig på litteratur utan även på tidigare erfarenheter (Benner, 2001). Det är av stor vikt för patientsäkerheten att ha detta säkerhetstänk och uppmärksamma avvikelser, att kunna hantera dem och arbeta förebyggande. Vikten av förbättringskunskap och kvalitetsutveckling betonas i form av avvikelserapportering, som en del av sjuksköterskors arbetsfält (Inspektionen för vård och omsorg, 2014).

En annan del av sjuksköterskans arbetsområde är att stärka patientens inflytande och delaktighet samt säkerställa en säker informationsöverföring. Det är av ännu större betydelse bland de patientgrupper som är sårbara inom hälso- och sjukvården. En sårbar patientgrupp kan vara äldre, multisjuka patienter. Idag läggs allt mer ansvar på patienten, med multipla vårdval och till viss del allt mer internetbaserad vård. Det är därför av stor vikt att de diagnoser, omvårdnadsåtgärder och behandlingar en patient har erhållit finns dokumenterade och att denna informationskedja hålls intakt. Som beskrivet i bakgrunden har IVO rapporterat om att patientens delaktighet kan förloras vid otillgänglig dokumentation (Inspektionen för vård och omsorg, 2018). Det kan bero på att journalsystemen mellan olika vårdenheter är icke-kompatibla (Reilly et al., 2013). Som

nämnt i bakgrunden infördes i början av år 2018 lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS, 2017:612). Denna lag kan stärka patientsäkerheten i överrapporteringen mellan olika vårdenheter i form av att kontinuitet, tydlig ansvarsfördelning och ökat samarbetet. Författarna till denna studie har själva erfårit hur en bristande kommunikation mellan vårdenheter har utmanat patientsäkerheten och i en del fall lett till vårdskada.

Det framkom i resultatet att det finns delade åsikter kring vad som bör ingå i en överrapportering. Det kan vara svårt att komma ifrån eftersom kommunikation är en tvåvägsprocess som bygger på uppgiftslämnarens och mottagarens tidigare erfarenheter, kunskap och förväntningar. Subjektiviteten kan alltså påverka rapporten (O'Connell et al., 2008; Street et al., 2011), vilket kan tolkas som allt ifrån vilka ordval som görs till vilken ordning informationen nämns. Personliga åsikter och värderingar är också en del av subjektiviteten som kan influera överrapporteringen. För att öka objektiviteten kan mottagaren med fördel läsa den skriftliga informationen innan den verbala överrapporteringen för att på detta sätt kunna skapa sig en egen bild av patienten och det nuvarande tillståndet (Street et al., 2011). Dock kräver detta att det finns tid utsatt för det. Författarna till den här litteraturöversikten har upplevt att det ibland inte finns tid för inläsning av journalen inför ett arbetspass. Därmed har det funnits en oskriven regel om att hälso- och sjukvårdspersonal bör komma tidigare till sitt arbetspass för att hinna läsa och förbereda sig inför överrapportering. Att kombinera den skriftliga och muntliga informationen kan vara till fördel för mer än bara objektiviteten. I samklang med nutida multimodala lärande, kan informationshämtningen förbättras om flera sinnen används. Det kan dock råda oklarheter kring vilken information som ska inhämtas var och hur.

Braaf et al. (2015) belyste i sin studie att informationen i överrapportering ofta kunde var svåråtkomlig, inkorrekt och utdaterad. Men det räcker inte med att informationen är begriplig, korrekt och uppdaterad. Informationen bör inte heller innehålla förkortningar eller atypiska fraser, framförallt i överrapporteringen mellan avdelningar med olika inriktningar (Staggers & Mowinski Jennings, 2009). I studien gjord av O'Connell et al. (2008) rekommenderas att det finns tid och rum för frågor under överrapporteringen. Men i och med att överrapporteringen redan är en tidskrävande process, finns varken tid eller resurser för att all information ska gå enligt *Closed-loop* (Poot et al., 2013). Det kan dock vara betydelsefullt att viss specifik information gör det. På detta sätt kan vissa delar eller aspekter av informationen betonas. Ett annat sätt att betona ord och dess mening är med hjälp av kroppsspråket, som möjliggörs vid en verbal överrapportering ansikte mot ansikte (Staggers & Mowinski Jennings, 2009). Även ögonkontakt har betydelse för kommunikationens kvalitet och har visats förekomma i olika uträkning (Bunkenborg et al., 2017). Kroppsspråk kan med dess gester, mimik och ögonkontakt både betona, intensifiera och centrera samtalen och dess innebörd samtidigt som det kan förminska. Benners (2001) teori om sjuksköterskans yrkesutveckling som en process, där praktisk erfarenhet och kunskap erhålls, kan även avspeglas i utvecklingen av överrapporteringens utförande. Som beskrivet i bakgrunden kan kommunikationens kvalitet försämrats eller förbättras vid omedveten eller medveten användning av gester, ögonkontakt och ordval. Det är även viktigt att ha i beaktande att kroppsspråk, det insagda och osagda i överrapporteringen kan betyda olika saker beroende på kultur och kontext. Det är därmed centralt att det finns tydligt implementerade riktlinjer kring överrapporteringen och att de efterföljs av samtliga i det interprofessionella teamet.

I resultatet framkom betydelsen av en miljö som möjliggör att muntligt kunna rapportera över en patient ansikte mot ansikte. O'Connell et al. (2008) betonade vikten av en lugn och störningsfri miljö. De har visats att de flesta avbrotten är av mänsklig påverkan, i form av frågor och högljudda samtal i omgivningen. Poot et al. (2018) belyste i sin studie att fler avbrott skedde under eftermiddagarna, vilket kan bero på att det generellt sett är fler hälso- och sjukvårdspersonal på plats under eftermiddagarna. Ett samband mellan det ökade antalet hälso- och sjukvårdspersonal och det ökade antalet avbrott skulle kunna konstateras. Det kan också diskuteras hur många av dessa avbrott som sker till följd av okunskap om dess inverkan på kommunikationens kvalitet och dess indirekta påverkan på patientsäkerheten.

I resultatet beskrivs att tidpunkten för överrapporteringen har en betydande roll, och vikten av att tillsammans komma överens om ett tillfälle och plats som passar både uppgiftslämnaren och mottagaren (Street et al., 2011). Samtidigt kan det inte alltid gå att förutspå allt eller att det blir som planerat. Det är ännu en aspekt av förberedelser att båda parterna anpassar sitt arbete för att kunna mötas på utsatt tid. Att överrapporteringen innebär olika saker för uppgiftslämnaren och mottagaren kan belysas. Bunkenborg et al. (2017) beskriver att uppgiftslämnaren i och med överrapporteringen kan överlåta sitt ansvar för patienten till mottagaren, vilket i sig kan vara ett orosmoment. Mottagarens uppfattning och inställning till överrapporteringen kan vara ambivalent. Det kan bli ett avbrott i arbetsflödet och ta tid från andra omvårdnadsåtgärder och patienter vilket kan medföra att det är svårt för den mottagande parten att vara närvarande och lyssna aktivt.

Av resultatet framkom att det råder konsensus i flera studier om att informationen i överrapportering bör följa en struktur (Blom et al., 2015; Drach-Zahavy et al., 2015; Street et al., 2011). Ett sätt att strukturera informationen är att använda en standardiserad överrapporteringsmodell, såsom SBAR, SBAR-DR, I-PASS och N-PAS. Vilken modell som implementeras beror på vårdenhetens inriktning och kan behöva avdelningsanpassas för att täcka all den information som behöver överföras för att hälso- och sjukvården skall vara patientsäker. Enligt Benners teori styrs en novis och en avancerad nybörjares arbete av regler och checklistor (Benner, 2001). Att SBAR kan ses som en checklista är något som Blom et al. (2015) har belyst. En överrapportering efter SBAR eller likartad standardiserad modell kan hjälpa nybörjare att fokusera på det essentiella och inte ta upp information som i sammanhanget ses som onödig. Detta är, enligt Benner (2001), något som först en sjuksköterska som uppnått den femte fasen, expert, kan göra. Dock kan ett arbete som styrs av en checklista och regler minska personcentreringen, vilket är en central del inom dagens hälso- och sjukvård.

Att strategin *bedside handover* möjliggjorde en involvering av patienten konstaterades i flertalet studier (Ernst et al., 2018; Groves et al., 2016; Staggers & Mowinski Jennings, 2009; Street et al., 2011). Patienten, och eventuellt anhöriga, får på så sätt en chans att med egna ord dela med sig av sin berättelse och kan därmed bli en del av teamet (Ernst et al., 2018), vilket är grunden för ett personcentrerat förhållningssätt. Hälso- och sjukvårdspersonalen som påbörjar sitt arbetspass får en möjlighet att ställa frågor direkt till patienten och på så sätt erhålla förstahandsinformation, tidigt skapa sig en bild av patientens aktuella status och göra en bedömning (Groves et al., 2016). Det kan dock vara av god idé att ta hänsyn till att den här rapporteringsmodellen inte passar alla patientgrupper, vilket författarna till denna studie kunde erfara under den palliativa verksamhetsförlagda utbildningen. En del patienter bad om att inte bli överrapporterade via *bedside handover*, då det upplevdes påfrestande och repetitivt. Detta kunde bero på att

patienter som var i ett palliativt skede kunde ha långa sjukhusvistelser, att de inte behandlades kurativt och att det ständigt var en påminnelse om sjukdomen. Detta är inte unikt för palliativa patienter utan författarna till denna studie har upplevt att det kan vara förvirrande och problematiskt för en del patienter med kognitiv svikt att delta i överrapporteringen. I en studie av Oxelmark, Ulin, Chaboyer, Bucknall och Ringdal (2018) beskrev dessutom att en del patienter föredrog att ha en passiv roll, vilket ansågs kunna förhindra delaktigheten.

En annan anledning till att *bedside handover* inte uppskattas av en del patienter kan bero på att överrapporteringen inte utförs på ett korrekt sätt. Om hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar över vid sängkanten utan att involvera patienten kan patientens personliga sfär begränsas. Personalen kan tala över huvudet på patienten eller använda, för patienten, svårbegripliga ord vilket kan skapa en slags jargong. Denna jargong kan bli en form av maktmissbruk, då patienten redan är i en sårbar situation och autonomi lätt kan inskränkas. Patienten kan även befinna sig i en sårbar position sett till förmågan att delta i en dialog på grund av temporära eller permanenta funktionsnedsättningar, sjukdomar eller skador. Jargongen kan dock även upplevas som professionell och därmed stärka patientens förtroende för personalen och hälso- och sjukvårdspersonals självförtroende kan öka. Nygårdh et al. (2017) belyste att det dock är av större vikt att i partnerskapet kunna möta patienten i stunden och ta vara på de resurserna som finns. Att se patienten och inte fokusera på sitt arbete och de uppgifter som bör göras kan enligt Benners (2001) teori vara svårt för en sjuksköterska som befinner sig i de första stadierna. Det konstaterades att en annan nackdel med *bedside handover* kan vara att sekretess och integriteten inskränks (O'Connell et al., 2008; Street et al., 2011). Det här problemet skulle kunna kringgås i de fall patienter anser att det är bekvämt att informationen som överrapporteras delas på patientsalar och i de fall patienter ligger ensam på salen.

En delaktig och välinformerad patient kan förbättra patientsäkerheten (Oxelmark et al., 2018). Genom att fråga patienten om tidigare incidenter, som har inneburit en ökad risk för vårdskada, kan förebyggande åtgärder sättas in. Exempel kan vara att fråga om tidigare fall för att kunna utvärdera fallrisken och arbeta förebyggande eller att informera patienten om att använda larmklockan för att tillkalla hälso- och sjukvårdspersonal (Oxelmark et al., 2018).

Ur resultatet framkom betydelsen av hur mottagaren agerar, korresponderar och lyssnar för att vårdkedjan och informationsöverföringen ska vara komplett (Ernst et al., 2018). En interaktion mellan uppgiftslämnaren och mottagaren kan skraddarsy rapporten och därmed enbart lyfta och fylla i den informationen som saknas. En nackdel med att inte rapportera allt, i tron om att den andra parten känner till viss information, kan leda till att information missas. Om överrapporteringen ger en överblick av patienten och de omvårdnadsåtgärder som krävs, vilket Drach-Zahavy et al. (2015) och O'Connell et al. (2008) rekommenderar, kan en novis stödjas i att få en ökad förståelse av helheten och strukturera upp arbetet. Enligt Benners (2001) teori skulle det innebära att en novis inte skulle anta rollen som avdelningsansvarig, som ett flertal studier har betonat vikten av. Det är inte enbart en nyexaminerad sjuksköterska som är novis, utan en legitimerad sjuksköterska som byter till ett arbete med ett annat omvårdnadsområde kan vara det (Benner, 2001).

I resultatet belystes även att sjuksköterskor med mindre erfarenhet kunde anse att det var lättare att samla in information från patientens journal än de sjuksköterskorna med mer erfarenhet (O'Connell et al., 2008). Författarna till denna studie ansåg att detta var

intressant och de bidragande orsakerna kan diskuteras. En anledning kan vara att det upplevs lättare att ta in skriftlig information än muntlig information. En annan anledning kan vara att det finns möjlighet läsa flera gånger och därmed skapa en egen helhetsbild. En tredje orsak kan vara att nyexaminerade sjuksköterskor ofta är yngre än sjuksköterskor med längre erfarenhet, och kan därmed inneha en större vana vid digitala medel.

Att erfarenhet och övning ger färdighet är ett välkänt uttryck som kan vara anledningen till att studierna av O'Connell et al. (2008) och Poot et al. (2013) visade på att mottagaren upplevde att övning var bättre om informationsgivaren hade några års erfarenhet. Detta resultat stämmer överens med Benners (2001) teori om sjuksköterskans yrkesutveckling, i vilken hon menar att synen på sjuksköterskors kompetens grundas i erfarenhet. Erfarenheten grundas på flera år av kliniskt arbete och dess utmaningar. Enligt Benners (2001) teori stödjer de erfarna sjuksköterskorna, experterna, sina handlingar på tidigare erfarenheter. De behöver inte längre förlita sig på litteratur och analytiska redskap i sitt arbete, vilket motsätter sig en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser, evidensbaserad vård. Avsaknad av evidensbaserad omvårdnad kan leda till att ny forskning, nya övningssituationer och strategier inte implementeras.

För att utveckla kommunikationen bör både studenter och hälso- och sjukvårdspersonal erhålla utbildning och klinisk träning i övningssituationer, både i givandet och mottagandet av information. Det framkommer i studien av Davis et al. (2018) att studenter inte får tillräckligt med träning i övningssituationer, samtidigt som de förväntas kunna utföra det korrekt och patientsäkert efter examen. Träning skulle också kunna stödja hälso- och sjukvårdspersonal vid implementeringen av nya övningssituationer. En implementering kan även underlättas av informationsmöten, workshops, posters och lathundar i form av fackkort.

Metoddiskussion

Metoden allmän litteraturöversikt valdes eftersom studiens ämnesområde ansågs vara välbeforskat. En av fördelarna med denna metodval är att det ger en möjlighet att sammanställa och kritiskt granska de 15 vetenskapliga artiklarna som alla har beforskat detta område. Med vald metod hoppades författarna få en ökad inblick och förståelse i vilka faktorer och strategier som kan påverka kommunikationen i övningssituationer. Val av metod har betydelse för studiens trovärdighet då den ska vara lämplig för att kunna svara på studiens syfte enligt Petersson (2017). Då varken tid eller resurser fanns för att genomföra en systematisk litteraturöversikt, valdes en allmän litteraturöversikt med ett icke-systematiskt förhållningssätt. Eftersom studien inte uppfyller alla kriterier för att vara en systematisk litteraturöversikt kan det innebära att författarna missat relevant forskning. Det kan vara både forskning som stärker och motsätter sig denna studies resultat.

Bristande kommunikation inom hälso- och sjukvården var ett problem som författarna till denna studie själva hade upplevt. Utöver det hade författarna tagit del av dokumentären 70 dagar mot döden - rutinärendet som gick fel (Lavett, 2016) och rapporter från IVO gällande kommunikationens brister och dess konsekvenser. Denna förståelse gällande ämnesvalet och dess komplexitet samt eventuella följder medförde att författarna hade en induktiv ansats, vilket kan stärka studien, dess trovärdighet och giltighet. Dock kan författarnas subjektivitet, vilket är svårt att frånga, kan ha påverkat valet av ämne, artiklar och meningsbärande enheter samt vilka faktorer som lyfts i resultatdiskussionen.

Termerna som valdes vid sökningen var *Hand Off, Patient Handoff, Handover, Shift Reports, Patient Safety, Communication* och *Transportation of Patients*. Detta val av sökord ansågs stämma väl överens med studiens syfte och bakgrund och har därmed givit relevanta sökträffar. Genom att kombinera både fritextsökning och ämnessökning ökar specificiteten. Detta på grund av att det gav träffar på artiklar som ännu inte blivit tilldelade ämnesord, så kallade indexerade sökord. En anledning till det kunde vara att de till exempel nyligen blivit publicerade. Vid artikelsökningarna användes databaser inriktade på omvårdnad, som Polit och Beck (2017) rekommenderar, vilka var CINAHL Complete och PubMed. Genom att söka i flera databaser inriktade på omvårdnad ökar chansen att hitta tillämpbara artiklar, som i sin tur ökar arbetets validitet och sensitivitet (Henricson, 2017). Gällande dubletter, artiklar som återfanns i den andra och/eller tredje sökningen utöver den första, och det faktum att de återkom under flera sökkombinationer stärker resultatets sensitivitet.

Som beskrivet i metoden, valde författarna få inklusions- och exklusionskriterier. Detta på grund av att det var kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdspersonal som skulle studeras, oberoende av var de arbetade eller vilken yrkesgrupp de tillhörde. Dock kan appliceringen av Benners teori på all hälso- och sjukvårdspersonal diskuteras och kritiseras, då den i grunden enkom innefattar sjuksköterskans yrkesutveckling. På grund av inkluderingen av alla yrkesgrupper, och därmed artiklarnas varierande population, valde författarna till denna studie att använda både hälso- och sjukvårdspersonal och sjuksköterskor som begrepp. Detta kan bidra till en förvirring hos läsaren och därmed en minskad giltighet.

Med få inklusions- och exklusionskriterier kan urvalet av artiklar ha blivit för brett. Med andra ord kan sökkombinationerna med dess urval bidra till en bred, sensitiv, sökning men var inte lika precis, som en smalare sökning. Bredden kan också ha förorsakat att tolkningen av sökningen blivit för omfattande, och den därmed blir studien svår att upprepa. Samtidigt som en bred sökning kan ha bidragit till att få fram ett mer generaliserbart resultat, vilket enligt Mårtensson och Fridlund (2017) kan öka överförbarheten.

Det gjordes inte heller några begränsningar gällande vilket land studierna skall ha utförts. Detta kan ha påverkat resultatet då hälso- och sjukvård ser olika ut i olika delar av världen. Det kan också ha utökat studiens resultat. Det slutgiltiga artikelresultatet blev från följande länder; en från Sverige, tre stycken från Australien, en från Israel, sex stycken från USA, en från Belgien, en från Nederländerna samt en vars studie gjorts i både USA och Kanada. Landet var ospecificerat i en artikel. Om författarna hade fått fram fler artiklar från Sverige eller Skandinavien, hade kanske resultatet blivit mer tillämpbart inom svensk hälso- och sjukvård.

Vid sökningen i CINAHL Complete inkluderades endast artiklar som var *peer reviewed*, då dessa artiklar bedöms vara av högre vetenskaplighet (Polit & Beck, 2017). Detta ökar således studiens trovärdighet. PubMed finns inte denna funktion och författarna fick därför själva undersöka vetenskapligheten genom att granska syfte, metod, längd, struktur och antal författare. I metoden beskrivs att sökningen avgränsats till att inkludera artiklar publicerade de senaste tio åren, då Polit och Beck (2017) menar att vetenskap är något som ständigt uppdateras. Denna begränsning kan dock ha orsakat att relevanta artiklar för detta arbete inte tagits med på grund av ett äldre publiceringsdatum.

Artiklarna kvalitetsgranskades enligt mallen för kvalitetsgranskning vid Sophiahemmets Högskola, vilket stärker studiens reliabilitet (Henricson, 2017). Sex stycken artiklar var av hög kvalitet, nio stycken var av medelhög kvalitet och fem stycken var av låg kvalitet. De artiklar med låg kvalitet exkluderades då det hade sänkt resultatets tillförlitlighet att inkludera dem. Det finns dock svagheter och osäkerheter kring författarnas kvalitetsgranskning, på grund av ovana i denna metod. Något som stärker reliabiliteten var att författarna först granskade artiklarna individuellt för att sedan diskutera dem tillsammans. De 15 artiklar som valdes ut ansågs täcka tillräckligt med data då litteraturöversikten var av icke-systematisk karaktär. Samtidigt finns en risk för att relevanta studier har valts bort.

Det är av betydelse att diskutera artiklarnas olika mätinstrument (Henricson, 2017). Artiklarna som inkluderades var av olika design, de var kvalitativa, kvantitativa eller studier av mixad metod. Endast primärkällor inkluderades. Artiklar som var litteraturöversikter exkluderas eftersom de klassas som en sekundärkälla och de är sällan helt objektiva, och därmed icke tillförlitliga (Forsberg & Wengström, 2016; Polit & Beck, 2017). Genom att inkludera artiklar med olika metoder möjliggörs flera synvinklar på det valda syftet, vilket kan stärka trovärdigheten enligt Borglin (2017). Samtidigt som det innebär att det inte går att göra en linjär och precis jämförelse av resultaten från de kvantitativa och kvalitativa artiklarna (Friberg, 2017). Dock är det av stor vikt att författarna granskar de olika metoderna i studierna. I en del av de kvalitativa studierna och en del av de av mixad metod användes djupintervjuer och fokusgrupper. Det är av stor vikt att beakta att intervjuerna kan vara vinklade och därmed utformas ett felaktigt resultat. I en del av studierna som var av mixad metod erhöll deltagarna enkäter, vilka författarna till denna studie uppmärksammade, då även vinklade frågor i enkäter kan påverka resultatet. En studie använde sig av Delfimetoden, något som författarna inte kände till sedan tidigare. Denna metod använder sig av frågeformulär besvarade av experter oberoende av varandra, för att sedan komma fram till en konsensus i resultatet. Därmed ansågs studiens resultat tillförlitligt och användbart för litteraturöversikten. En annan aspekt som författarna beaktade var bortfallet av deltagare i de valda artiklarna, ett stort bortfall minskar kvaliteten och därmed reliabiliteten för studien (Billhult, 2017a). I studien av O'Connell et al. (2008) var bortfallet stort (bilaga B), vilket kan påverka artikelns kvalitet och trovärdighet. En förklaring till det stora bortfallet kan vara att enkäterna i studien inte delades ut personligen, utan lämnades till enhetschefer på 22 avdelningar. Trots det stora bortfallet ansågs artikeln trovärdig och användbar.

Författarna först läste och analyserade artiklarna individuellt, för att sedan läsa dem gemensamt och diskutera deras innehåll och innebörd. Att göra på detta sätt minskar, enligt Kristensson (2014), subjektiviteten. Att genomföra granskningen med en integrerad innehållsanalys bidrog till att subkategorier och kategorier kunde utformas i dataanalysen (Kristensson, 2014). Detta kategoriserande är betydelsefullt för studiens trovärdighet sett till hur väl kategorierna och subkategorierna täcker den insamlade datan, som svarar på syftet, och exkluderar irrelevant data. För att öka denna studies trovärdighet inkluderades nya artiklar i resultatdiskussionen, vilket ökade trovärdigheten och överförbarheten (Kristensson, 2014).

Validiteten i arbetet anses ha ökat på grund av handledning och granskning från utomstående personer (Henricson, 2017), vilket författarna genomgått varje vecka. Förutom en kritisk granskning av studiens språk, formalia och innehåll har handledningen även lett till att nya idéer och reflektioner väckts hos författarna under studiens gång.

Enligt Petterson (2017) kan handledning och reflektion bidra till att stärka studiens trovärdighet. En möjlig svaghet i denna studie var att artiklarna som inkluderades var skrivna på engelska, vilket författarna anser att de behärskar, men som de ej har som modersmål. På grund av detta kan feltolkningar ske och det uppstår begränsningar i direkta översättningar av vissa ord, vilket i sin tur försämrar pålitligheten i studiens resultat. För att motverka det här lästes artiklarna flera gånger, såväl individuellt som tillsammans, lexikon har använts och översättningar har diskuterats författarna emellan.

Artiklar som saknade ett etiskt förhållningssätt exkluderades, i enlighet med Kristensson (2014). Om det inte framkom av texten att en etisk granskning av artiklarna gjorts, gick författarna tillbaka till tidskriften för att undersöka om de hade ett etiskt krav vid publicering. Författarna har genom arbetets gång förhållit sig till Vetenskapsrådets (2017) riktlinjer för att bibehålla förtroendet genom arbetet.

Slutsats

Kommunikationen i överrapporteringen kan vara en komplex process. Av resultatet framkom hur påverkbar kommunikation kan vara, av såväl yttre som inre element. Den mänskliga faktorn, såsom subjektivitet och avbrott, var av framträdande betydelse för kommunikationens kvalitet och säkerhet. Att använda rapporteringsstrategier, i form av avdelningsanpassade standardiserade modeller, kunde säkra informationsöverföringen både för uppgiftslämnaren och mottagaren. En säker informationsöverföring är av betydelse för patientsäkerheten. Detta kräver dock en förståelse för kommunikationens betydelse och ett engagemang inom hela det interprofessionella teamet.

Fortsatta studier

Flera tidigare studier och årliga rapporter från IVO har visat på det återkommande problemet att kommunikation är bristfällig. Fortsatt forskning inom detta område skulle kunna belysa varför bristande kommunikation fortsätter vara ett problem. En del av detta kan vara att undersöka hälso- och sjukvårdspersonals kunskaper om kommunikationens påverkan på hälso- och sjukvården och vad avbrott under överrapporteringen kan få för konsekvenser. Att dessutom undersöka hur mycket kunskap, om kommunikationens betydelse och strategier för att stärka den, som erhålls under sjuksköterskeutbildningen kan vara viktigt. Trots att denna studie har fokuserat på överrapporteringen i sig kan det vara av stor vikt att ytterligare utforska mottagarens perspektiv i rapporten och inte fokusera på uppgiftslämnaren.

Klinisk tillämpbarhet

Författarnas förhoppningar med den här litteraturöversikten är att det ska ge en bred bild av vilka faktorer och strategier som kan påverka kommunikationens kvalitet. Detta genom att belysa hur avbrott, interaktioner och andra aspekter kan influera överrapporteringen och dess indirekta eller direkta påverkan på hälso- och sjukvården men framför allt patientsäkerheten.

Vidare hoppas författarna att den här studien kan väcka intresse för ämnet, och därmed bidra till en ökad förståelse för vikten av god kommunikation inom hälso- och sjukvården. Genom en ökad kunskap i området, kan fler hälso- och sjukvårdsinstanser förbättra kommunikationen vid överrapporteringen, såväl som på organisations- som på individnivå.

REFERENSER

* = Vetenskapliga artiklar inkluderade i resultatet

Bakon, S., Wirihana, L., Christensen, M., & Craft, J. (2017). Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *International Journal of Nursing Practice*, 23(2). doi: 10.1111/ijn.12520

Benner, P. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. (Commemorative Ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

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

Billhult, A. (2017a). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 265-273). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A. (2017b). Mätinstrument och diagnostisk text. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 133-141). Lund: Studentlitteratur.

* Blom, L., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A. (2015). The Situation Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 530-535. Hämtad från <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>

Borglin, G. (2017). Mixad metod: En introduktion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 233-250). Lund: Studentlitteratur.

* Braaf, S., Riley, R., & Manias, E. (2015). Failures in communication through documents and documentation across the perioperative pathway. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13-14), 1874-1884. doi: 10.1111/jocn.12809

* Bunkenborg, G., Bitsch Hansen, T., & Hølge-Hazelton, B. (2017). Handing over patients from the ICU to the general ward: A focused ethnographical study of nurses' communication practice. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3090-3101. doi: 10.1111/jan.13377

Davis, R., Davis, J., Berg, K., Berg, D., Morgan, C. J., Russo, S., & Riesenberg, L. A. (2018). Patient Handoff Education: Are Medical Schools Catching Up?. *American Journal of Medical Quality*, 33(2), 140-146. doi: 10.1177/1062860617719128

Disch, J. (2013). Samverkan i team. I G. Sherwood & J. Barnsteiner (Reds.), *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: Sex grundläggande kärnkompetenser* (ss. 79-98) Lund: Studentlitteratur.

* 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. doi: 10.1111/jocn.12725

- * Ernst, K. M., McComb, S. A., & Ley, C. (2018). Nurse-to-nurse shift handoffs on medical-surgical units: A process within the flow of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1189-1201. doi: 10.1111/jocn.14254
- Foley, G. N., & Gentile, J. P. (2010). Nonverbal communication in psychotherapy. *Psychiatry*, 7(6), 38-44. Hämtad från <http://innovationscns.com>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. uppl.) Stockholm: Natur & kultur.
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (ss. 25-50). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 141-152). Lund: Studentlitteratur.
- * Groves, P. S., Manges, K. A., & Scott-Cawiezell, J. (2016). Handing Off Safety at the Bedside. *Clinical Nursing Research*, 25(5), 473-493. doi: 10.1177/1054773816630535
- Gunnarsson, I. (2017). Referenshantering med EndNote. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 439-458). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 411-420). Lund: Studentlitteratur.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2014). *Kommunikationsbrister i vården*. Hämtad från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018). *Vad har IVO sett 2017?: De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsområdet 2017*. Hämtad från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2018/vad-har-ivo-sett-2017.pdf>
- Kirsebom, M., Wadensten, B., & Hedström, M. (2013). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 886-895. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06077.x
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 57-80). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lavett, H. (Producent). (2016, 22 maj). *70 dagar mot döden - rutinärendet som gick fel* [Podradio]. Hämtad från <https://sverigesradio.se/sida/avsnitt/734291?programid=909>

- Lee, R. G., & Garvin, T. (2003). Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Social Science & Medicine*, 56(3), 449-464. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00045-X
- * Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronsealer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22-26. doi: 10.1016/j.ienj.2017.07.008
- Martin, A. M., O'Connor-Fenelon, M., & Lyons, R. (2010). Non-verbal communication between nurses and people with an intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual Disabilities*, 14(4), 303-314. doi: 10.1177/1744629510393180
- Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2018). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1287-1293. doi: 10.1111/jocn.13980
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet I examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Nygårdh, A., Sherwood, G., Sandberg, T., Rehn, J., & Knutsson, S. (2017). The visibility of QSEN competencies in clinical assessment tools in Swedish nurse education. *Nurse Education Today*, 59, 110-117. doi: 10.1016/j.nedt.2017.09.003
- * O'Connell, B., Macdonald, K., & Kelly, C. (2008). Nursing handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse*, 30(1), 2-11. doi: 10.5172/conu.673.30.1.2
- * O'Rourke, J., Abraham, J., Riesenber, L. A., Matson, J., & Dunn Lopez, K. (2018). A Delphi study to identify the core components of nurse to nurse handoff. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1659-1671. doi: 10.1111/jan.13565
- Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., & Ringdal, M. (2018). Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 612-621. doi: 10.1111/scs.12486
- Petersson, P. (2017). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 251-264). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10. uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- * Poot, E. P., de Bruijne, M. C., Wouters, M. G. A. J., de Groot, C. J. M., & Wagner, C. (2013). Exploring perinatal shift-to-shift handover communication and process: an observational study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(2), 166-175. doi: 10.1111/jep.12103
- * Reilly, J. B., Marcotte, L. M., Berns, J. S., & Shea, J. A. (2013). Handoff Communication Between Hospital and Outpatient Dialysis Units at Patient Discharge: A

Qualitative Study. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(2), 70-76. doi: 10.1016/S1553-7250(13)39010-2

Sammer, C. E., & James, B. R. (2011). Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader's Role. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol16No03Man03.

Selanders, L. C., & Crane, P. C. (2012). The Voice of Florence Nightingale on Advocacy. *Online Journal of Issues in Nursing*, 17(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol17No01Man01

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Hämtad 31 oktober, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 31 oktober, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2017:216. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*. Hämtad 8 november, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

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

* Smith, C. J., Buzalko, R. J., Anderson, N., Michalski, J., Warchol, J., Ducey, S., & Branecki, C. E. (2018). Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 372-379. doi: 10.5811/westjem.2017.9.35121

Socialstyrelsen. (2018). *Ökad risk för vårdskador vid personal- och kompetensbrist*. Hämtad 8 oktober, 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/okadriskforvardskadorvidpersonal-ochkompetensbrist>

Sophiahemmet Högskola. (2017). *Manual: Att referera enligt APA-systemet*. Hämtad från <http://sophiahemmet3frontend.qbank.se/deployedFiles/edf7f2f34f6b96fae76c68bc2268c128.pdf>

* Staggers, N., & Mowinski Jennings, B. (2009). The Content and Context of Change of Shift Report on Medical and Surgical Units. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(9), 393-398. doi: 10.1097/nna.0b013e3181b3b63a

* Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R., West, D. C., Rosenbluth, G., Allen, A. D.,... Landrigan, C. P. (2014). Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *The New England Journal of Medicine*, 371(9), 1803-1812. doi: 10.1056/NEJMSa1405556

Stans, S. E. A., Dalemans, R. J. P., Roentgen, U. R., Smeets, H. W. H., & Beurskens, A. J. H. M. (2018). Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health Expectations*, 21(5), 848-857. doi: 10.1111/hex.12679

Stewart, K. R., & Hand, K. A. (2017). SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *MEDSURG Nursing*, 26(5), 297-305. Hämtad från <http://www.medsurnursing.net/cgi-bin/WebObjects/MSNJournal.woa>

* Street, M., Eustace, P., Livingstone, P. M., Craike, M. J., Kent, B., & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 133-140. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01918.x

Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018*. Hämtad från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-637-7.pdf>

Thomson, H., Tourangeau, A., Jeffs, L., & Puts, M. (2017). Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 876-886. doi: 10.1111/jan.13499

Vetenskapsrådet. (2017). Etiska riktlinjer. Hämtad 6 oktober, 2018, från <https://www.vr.se/forskningsfinansiering/sokabidrag/forutsattningarforansokningarochbidrag/etikriktlinjer.4.29b9c5ae1268d01cd5c8000955.html>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Winthereik, B. R. & Vikkelsø, S. (2005). ICT and Integrated Care: Some Dilemmas of Standardising Inter-Organisational Communication. *Computer Supported Cooperative Work*, 14(1), 43-67. doi:10.1007/s10606-004-6442-9

Younas, A., & Sommer, J. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443-450. Hämtad från <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., ss. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A

Tabell 3. 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
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) 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.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) 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.
Icke- kontrollerad studie (P) 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.
Retrospektiv studie (R) 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.
Kvalitativ studie (K) 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 urvals-process; 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
Blom, L., Pettersson, P., Hagell, P., & Westergren, A. 2015 Sverige	The Situation. Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study	Att utvärdera sjukvårdspersonalens upplevelser av att använda SBAR som kommunikationsmodell.	<u>Design:</u> Mixad metod. En kvantitativ interventionsstudie med en deskriptiv kvalitativ del. <u>Urval:</u> Hälso- och sjukvårdspersonal på tre avdelningar på ett sjukhus i södra Sverige inkluderades. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär, med möjlighet till att kommentera i fritext, delades ut till personalen innan implementeringen av SBAR och ett år efter införandet. <u>Analys:</u> Den kvantitativa datan analyserades med Mann-Whitney <i>U</i> -test. Den kvalitativa datan analyserade med en konventionell innehållsanalys.	116 (73) 83 (103)	I den kvantitativa delen fann man ej någon signifikant skillnad innan och efter implementeringen av SBAR. Den kvalitativa delen och de skrivna kommentarerna resulterade i fyra teman; patientsäkerhet, rapporteringstid, personliga aspekter och strukturen i SBAR.	P och K II
Braaf, S., Riley, R., & Manias, E. 2015 Australien	Failures in communication through documents and documentation across the perioperative pathway	Syftet var att utforska hur kommunikationen brister i journalföringen i den perioperativa vårdkedjan.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie med deduktiv ansats. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor, kirurger och anestesipersonal på tre sjukhus i Melbourne deltog. De som arbetade mer än en dag i veckan inkluderades och studenter eller andra praktikanter exkluderades. <u>Datainsamling:</u> 350 timmars observationer, 2 fokusgrupper och 20 stycken semistrukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> Datan analyserades med hjälp av Ritchie och Spencer's (1994) thematic framework approach.	107 (18) 30 (-)	Resultatet visade att kommunikationen brast på grund av flera anledningar. Att enbart förlita sig på skriftlig dokumentation och inte använda verbal kommunikationen, att dokumentationen var otillgänglig och av dålig kvalitet.	K 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)	Delta gare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bunkenborg, G., Bitsch Hansen, T., & Hølge-Hazelton, B. 2017 Ospecificerat	Handing over patients from the ICU to the general ward: A focused ethnographical study of nurses' communication practice	Att utforska sjuksköterskors upplevelser och utförande av att rapportera över multisjuka patienter från intensivvårdsavdelning till allmän vårdavdelning.	<u>Design:</u> En kvalitativ observations- och intervjustudie. <u>Urval:</u> Intensivvårdssjuksköterskor, sjuksköterskor och undersköterskor på ett universitetssjukhus deltog i studien. <u>Datainsamling:</u> 22 observationer genomfördes utav en av författarna. Fem gruppintervjuer gjordes sedan, tre med intensivvårdssjuksköterskor och två med sjuksköterskor från vårdavdelningen. Två av författarna turades om med att vara moderator och observatör i intervjuerna. <u>Analys:</u> Observationsanteckningarna och transkriberingarna från intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).	37 (-) 20 (-)	T Två teman framkom, det första var kommunikativ interaktion som en process av att dela och överta ansvar. Det andra var en balansgång och förhandling vid överlämning, ta in och anpassa kunskap. En avsaknad av gemensamma mål vid en patientöverlämning från intensivvårdsavdelning orsakade samarbets- och kommunikationssvårigheter, informationsmissar och potentiella risksituationer för patienten.	K I
Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., & Maizel, A. 2015 Israel	Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers	Att förstå hur sjuksköterskor utför överrapporteringar vid skiftbytet och att identifiera strategier för att bibehålla patientsäkerheten	<u>Design:</u> Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie. <u>Urval:</u> Legitimerade sjuksköterskor som aktivt deltog i överrapporteringar i sitt dagliga arbete på ett sjukhus i Israel. <u>Datainsamling:</u> Deltagarna fick fylla i en enkät som samlades in innan de semistrukturerade djupgående intervjuerna. Alla intervjuer spelades in och transkriberades till text. <u>Analys:</u> En kvalitativ innehållsanalys i form av en tvåstegsanalys. Forskarna läste först texterna individuellt och tog ut teman för att sedan göra om det tillsammans för att hitta likheter och skillnader.	18 (-)	S Sjuksköterskorna använde sig av olika strategier och strukturer vid överrapportering. Författarna belyste vikten av gemensamma mål och förväntningar av rapporten. Slutligen identifierades även faktorer som påverkar rapporten negativt, vilka var yttre störningar och interprofessionella attityder och relationer.	K II

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
Ernst, K. M., McComb, S. A., & Ley, C. 2018 USA	Nurse-to-nurse shift handoffs on medical-surgical units: A process within the flow of nursing care	Att kvalitativt undersöka sjuksköterskors överrapportering vid skiftbyte, som en process i arbetsflödet, på medicinsk-kirurgiska avdelningar.	<u>Design:</u> Semistrukturerade gruppintervjuer och enkätstudie <u>Urval:</u> Legitimerade sjuksköterskor från sju stycken medicin-kirurgiska avdelningar på två sjukhus i USA blev inbjudna att delta i studien. <u>Datainsamling:</u> 75 minuter långa gruppintervjuer, med en avslutande diskussion, spelades in. Intervjuerna transkriberades sedan till text. <u>Analys:</u> Transkriberingen analyserades med en generell induktiv ansats och NVivos.	21 (1)	I studien upptäcktes två övergripande teman som påverkar kommunikationen. Det var dels team och teamarbetet och dels att skapa en gemensam förståelse för patientens tillstånd. Vikten av förberedelse inför rapporten och delade förväntningar av innehållet belystes också.	K II
Groves, P. S., Manges, K. A., & Scott-Cawiezell, J. 2016 USA	Handing Off Safety at the Bedside	Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor kan använda sig av Nursing Bedside Shift Report [NSBR] för ökad patientsäkerhet.	<u>Design:</u> Kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor från en pediatrik avdelning med minst sex månaders erfarenhet av NSBR inkluderades i studien. <u>Datainsamling:</u> De semistrukturerade intervjuerna hölls individuellt, varje session tog en timma. Intervjuerna spelades in och transkriberades till text. Ibland hölls även en andra intervju. <u>Analys:</u> NVivo 9 software användes i analyseringen.	13 (-)	Studien identifierade både fördelar och risker med användandet av NSBR och riskhanterandet. Fördelarna var att man fokuserade på en patient i taget och erhöll en direkt och tydlig bild samt tidig bedömning av patienten.	K II

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
Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronsealer, K. 2018 Belgien	Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis	En studie för att notera antal incidenter som äventyrar patientsäkerheten under transporter och överrapporteringar mellan två sjukhus och utvärdera dess riskfaktorer.	<u>Design:</u> En prospektiv kohortstudie <u>Urval:</u> Akuta och planerade transporter av patienter, äldre än 16 år, mellan två sjukhus i Belgien. <u>Datainsamling:</u> Under en 15-månadersperiod fyllde medföljande sjuksköterska eller läkare i ett utformat formulär i samband med patienttransporter. <u>Analys:</u> Den deskriptiva statistiken analyserades för att ta fram vilka variabler som var associerade med en ökad risk för vårdskada. Analysen gjordes med hjälp av R: språk och miljö för statistisk databearbetning, version 1.3.2.	688 (99)	Statistiken visade att incidenter som riskerade patientsäkerheten uppkom i 16,7 procent av transportererna och vårdskada uppstod i 3,9 procent av fallen. Tre faktorer visade en signifikant förknippning med en ökad risk för vårdskada. De var operativa incidenter, bristande kommunikation och höga poäng i the Modified Sequential Organ Failure Assessment [M-SOFA].	P I
O'Connell, B., McDonald, K., & Kelly, C. 2008 Australien	Nursing handover: It's time for a change	Studiens syfte var att utforska sjuksköterskors uppfattning av överlämning av patienter och att identifiera svagheter och styrkor i denna process.	<u>Design:</u> En kvantitativ enkätstudie som även gav möjlighet till kommentarer i fritext. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor på 22 avdelningar med blandade inriktningar på ett sjukhus inkluderades. <u>Datainsamling:</u> 500 enkäter delades ut. De innehöll 20 påståenden där deltagarna graderade dem i en sju-gradig skala. <u>Analys:</u> Analysen genomfördes av både Mann-Whitney <i>U</i> -test och Spearman's rho.	176 (324)	S Studien visade på delade meningar kring upplevelsen av överrapporteringens effektivitet, även om merparten av sjuksköterskorna var nöjda med nuvarande rapporteringssätt. Vidare visades det även att det fanns saker som kunde förbättras, vilka bland annat var subjektivitet vid rapportering, tidseffektivitet och upprepningar.	P II

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
O'Rourke, J., Abraham, J., Riesenber, L. A., Matson, J., Dunn Lopez, K. 2018 USA	A Delphi study to identify the core components of nurse to nurse handoff	Identifiera kärnkomponenterna i översäpporteringen mellan sjuksköterskor	<u>Design:</u> Mixad design med Delfimetoden. <u>Urval:</u> Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar dagligen med att utbilda eller forska om översäpportering inkluderades. <u>Datainsamling:</u> Deltagarna fick gradera komponenterna inom översäpporteringen i en fyrgradig skala, därefter ställdes öppna intervjufrågor. <u>Analys:</u> Datan analyserades genom en metod av Berg, Berg et al. (2013) och Berg, Riesenber, et al. (2013), där både de kvantitativa resultaten validerades och de kvalitativa resultaten analyserades med kvalitativ innehållsanalys.	15 (8)	Författarna kom fram till att de fanns tre kärnkomponenter vid översäpportering. De var sjuksköterskans arbete efter patientens vårdplan eller med andra ord "att-göra lista", sammanfattning av patientens status och situation samt en avslutande summering av rapportens innehåll. Resultatet blev NPAS, en vidareutveckling av rapporteringsmodellerna SBAR och I-PASS.	K och CCT II
Poot, E. P., de Bruijne, M. C., Wouters, M. G. A. J., de Groot, C. J. M., & Wagner, C. 2013 Nederländerna	Exploring perinatal shift-to-shift handover communication and process: an observational study	Beskriver nuvarande arbetssätt och åsikter kring översäpportering inom perinatalvården och identifiera möjliga förbättringsområden.	<u>Design:</u> Mixad metod med en strukturerad observations- och enkätstudie. <u>Urval:</u> Hälso- och sjukvårdspersonal på en perinatalavdelning på ett sjukhus i Nederländerna. <u>Datainsamling:</u> Observationen av översäpporteringen avslutades med att mottagaren fyllde i ett frågeformulär. <u>Analys:</u> Flera analysmetoder användes för att analysera resultatet. De var Chi-square, Fisher's exact test, Mann-Whitney eller Kruskal-Wallis och The wald test.	70 (-) 51 (-)	Översäpporteringsmodellen SBAR och dess underrubriker användes olika mycket och det berodde till viss del på vilken typ av profession som rapporterade. Det som försämrade rapporten var avsaknad av ögonkontakt, bekräftelse och aktivt lyssnande samt avbrott och distraktion.	P och K II

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
Reilly, J. B., Marcotte, L. M., Berns, J. S., & Shea, J. A. 2013 USA	Handoff Communication Between Hospital and Outpatient Dialysis Units at Patient Discharge: A Qualitative Study	Att identifiera faktorer som påverkar kommunikation mellan sjukhus och dialysmottagning och att ta fram en modell för överrapportering.	<u>Design:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Urval:</u> Läkare, sjuksköterskor och socialarbetare inkluderades. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer hölls efter ett manus med sex huvudfrågor. De spelades in och transkriberades till text ord för ord. <u>Analys:</u> Intervjuerna analyserades med hjälp av NVivo 8 software.	36 (14)	Kommunikationens kvalitet varierade. God kommunikation beskrevs som ett välfungerande samarbete mellan enheter, standardiserat innehåll och att det var tidsanpassat. Avsaknad av eller bristande kommunikation kunde leda till vårdavvikelse såsom feladministrering av läkemedel, att viktig information gick förlorad eller att förtroendet för vården försvann.	K I
Smith, C. J., Buzalko, R. J., Anderson, N., Michalski, J., Warchol, J., Ducey, S., & Branecki, C. E. 2018 USA	Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the Emergency Department	Utvärdering av implementeringen av en standardiserad modell, SBAR-DR, för överrapportering och hur det påverkade kvaliteten.	<u>Design:</u> Studie av mixad metod. <u>Urval:</u> Telefonsamtal, mellan läkare på akuten och internmedicin, spelades in. Inspelningarna ägde rum 60 dagar före och 60 dagar efter implementeringen. De som i enkäten rapporterade att de ej deltagit i interventionen exkluderades. <u>Datainsamling:</u> Telefonsamtal längre än 25 sekunder avlyssnades tre gånger för att avgöra om berörde en överrapportering mellan valda enheter innan de identifieras. En internetbaserad enkät skickades ut till deltagarna efter interventionen. <u>Analys:</u> Samtal gällande överrapportering analyserades och kvaliteten graderades enligt en 16-gradig skala av två objektiva läkare. Kvaliteten jämfördes med t-test och delmomenten med chi-square-test	220 (112) 39 (29)	Implementeringen av en standardiserad överrapporteringsmodell, SBAR-DR, förbättrade den muntliga överrapporteringen och läkarna upplevde en effektivisering i kommunikationen och ökad patientsäkerhet. Tre av delmomenten i rapporteringen förbättrades avsevärt. De var tid för frågor, följsamhet till SBAR-DR-mallen och överenskommelse om fortsatta vård.	K och CCT 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
Staggers, N., & Mowinski Jennings, B. 2009 USA	The Content and Context of Change of Shift Report on Medical and Surgical Units	Syftet var att beskriva innehållet och den omgivande miljön vid överrapportering vid skiftbytet på medicinska och kirurgiska avdelningar.	<u>Design:</u> Deskriptiv observationsstudie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor på sju medicinska eller kirurgiska avdelningar. <u>Datainsamling:</u> All överrapportering som antingen skedde ansikte-mot-ansikte, via inspelning eller bedside spelades in. All inspelning transkriberades till skrift. <u>Analys:</u> Konventionell kvalitativ innehållsanalys	38 (-)	Innehållsanalysen resulterade i fyra teman; "The Dance of Report", "Just the Facts", "Professional Nursing Practise" & "Lightening the Load". Observationerna visade en brist på struktur i innehållet, yttre störningsmoment och bristande användning av journalen.	P II
Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R., West, D. C., Rosenbluth, G., Allen, A. D.,...Landrigan, C. P. 2014 Kanada och USA	Changes in Medical Error after Implementation of Handoff Program	Att belysa skillnader i misstag i vården efter implementering av ett överrapporteringssystem	<u>Design:</u> En prospektiv systembaserad interventionsstudie. <u>Urval:</u> Studien gjordes på läkare inom nio stycken specialistutbildningsprogram med pediatrik inriktning. <u>Datainsamling:</u> Mellan januari 2011 och maj 2013 samlades data och statistik in. På varje sjukhus granskade en forskningssjuksköterska alla journaler och avvikelserapporter. Även granskning av skriftliga och muntliga överrapporteringar genomfördes. För att finna mönstret i arbetsflödet observerades läkarna under åtta till tolv timmar och de fick sedan besvara en enkät. <u>Analys:</u> De använde sig av statistisk analys i tre omgångar för att kunna få fram ett resultat.	875 (42)	Misstagen i vården minskade med 23 procent efter implementeringen av I-PASS. Förebyggbara avvikelser minskade med 30 procent och oförutsägbara avvikelser påverkades inte. Tiden som lades på överrapporteringen, patient- och närståendekontakt samt tid framför datorn påverkades inte heller.	CCT 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
Street, M., Eustace, P., Livingstone, P. M., Craike, M. J., Kent, B., & Patterson, D. 2011 Australien	Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover	Att identifiera styrkor och svagheter i nuvarande tekniker i överrapporteringen i skiftbyte mellan sjuksköterskor och implementera bedside-rapportering för att förbättra patientsäkerheten.	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Första fasen involverade sjuksköterskor på 18 avdelningar under tre skiftbyten under en dag. Personal från ungdomsmottagning, polikliniska avdelningar och avdelningar för medicinsk bildvetenskap exkluderades. Efter implementeringen valdes tio överrapporteringar ut slumpmässigt per avdelning och vecka. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär delades ut i båda faserna. <u>Analys:</u> Överrapporteringarna evaluerades och summerades i en poängskala. Datan analyserades med SPSS version 17.0.	259 (78)	Stor variation i överrapporteringen kunde påvisas innan och efter implementeringen av en standardiserad, personcentrerad överrapporteringsmodell. Förbättringen av överrapporteringen kunde relateras till användningen av SBAR, kontinuerlig uppdatering av patientens status och journal samt patienters involvering.	P II

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