



**PATIENTERS UPPLEVELSER AV BEDSIDERAPPORTERING INOM
SLUTENVÅRDEN**

En litteraturöversikt

INPATIENTS' EXPERIENCES OF BEDSIDE HANDOVER

A literature review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 30 mars 2020
Kurs: K 53
Författare: Isabella Kull
Författare: Maria Teshome

Handledare: Lena Skoglund
Examinerande lärare: Charlotte Prahl

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Kommunikation är en viktig del av vården, framför allt vid överrapporteringar som sker flera gånger dagligen mellan vårdpersonalen. Bristande kommunikation kan leda till allvarliga konsekvenser, för att göra vården säkrare har det därför utvecklats flera olika rapporteringsverktyg som kan tillämpas inom hälso- och sjukvården. En av dessa är bedsiderapportering, vars intention är att öka patientdelaktigheten. Patienten befinner sig i en beroendeställning till vårdpersonalen och enligt lag ska vården bedrivas i samråd med patient och ge dem möjligheten att vara involverade i beslut och planering.

Syfte

Syftet var att beskriva hur patienter inom slutenvården upplever bedsiderapportering.

Metod

Studiens valda design var en litteraturoversikt. Databassökningar utfördes i PubMed och CINAHL. Därefter utfördes en integrerad analys där artiklarna granskades i tre steg. Totalt valdes 16 artiklar ut till resultatet som alla svarade på studiens syfte och uppfyllde urvalskriterierna och kvalitetskraven. Utifrån de valda artiklarnas resultat skapades teman som sedan blev resultatets huvudkategorier.

Resultat

I resultatet framkom fem olika huvudkategorier utifrån patienternas upplevelser av delaktighet, information, sjuksköterskan, säkerhet och sekretess. Bedsiderapportering ökade patienternas upplevelse av delaktighet, säkerhet och relation till sjuksköterskan. De besatt mer kunskap om sitt tillstånd och sekretessen var inget som oroade patienterna om sjuksköterskan uppvisade kompetensen att förmedla känslig information diskret.

Slutsats

Bedsiderapportering främjade patientens delaktighet, känsla av säkerhet, kunskap och gav dem en bättre relation till sjuksköterskan. Användningen av bedsiderapportering främjade sjuksköterskornas användning av personcentrerad omvårdnad och kommunikation med patienten vilket resulterade i att patienten blev en aktiv partner i vårdarbetet.

Nyckelord: Bedside, patient, personcentrering, slutenvård, överrapportering

ABSTRACT

Background

Communication is an important part of health care, especially in case of a patient handoff between health professionals that takes place several times during a day. Lack of communication can lead to serious consequences. Therefore several different reporting tools have been developed to be used in health and medical care for a more secure communication. One of them is bedside handover, whose intention is to increase patient participation. As a patient, you are in a position of dependence on health professionals and according to the Swedish law, health care should be conducted in consultation with the patient. They should be given the opportunity to be involved in decisions and planning regarding their care.

Aim

The aim was to describe how inpatients experience bedside handover

Method

The method used for this study was a literature review. Database searches were performed in PubMed and CINAHL. An integrated analysis was then performed in which the articles were reviewed in three steps. A total of 16 articles were selected for the result, all of which responded to the study's purpose and met the selection criteria and quality requirements. Based on the results of the selected articles, themes were created which then became the main categories of the result.

Results

The results of the literature review highlighted the patients' experiences of BSR which were mainly positive. The results were presented in five different categories involving patients' experiences of participation, information, the nurse, security and privacy. Bedside handover increased patients' experience of participation, safety and relationship with the nurse. They possessed more knowledge of their condition and confidentiality was no concern if the nurse demonstrated the ability to discreetly convey sensitive information.

Conclusions

Bedside handover promoted patient participation, a sense of security, knowledge and gave them a better relationship with the nurse. The use of bedside handover promoted the nurses' use of person centered care and communication with the patient, which resulted in the patient becoming an active partner in their healthcare.

Keywords: Bedside handover, patient, inpatient, person-centred care, patient handoff

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kommunikation.....	1
Kommunikation inom sjukvården.....	1
Överrapportering.....	2
Alternativa rapporteringsverktyg.....	2
Bedsiderrapportering.....	3
Att vara patient inom slutenvård	3
Lagar som stödjer patientens roll i vården.....	4
Teoretisk utgångspunkt.....	4
Problemformulering.....	5
SYFTE	5
METOD	5
Design.....	5
Urval.....	6
Datainsamling.....	6
Kvalitetsgranskning.....	8
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Patienters upplevelser av delaktighet.....	10
Patienters upplevelser av information.....	11
Patienters upplevelser av sjuksköterskans närvaro.....	11
Patienters känsla av säkerhet.....	12
Patienters tankar om sekretessen.....	13
DISKUSSION	13
Resultatdiskussion.....	13
Metoddiskussion.....	18
Slutsats.....	21
Fortsatta studier.....	21
Klinisk tillämpbarhet.....	21
SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION	22
REFERENSER	23

BILAGA A-B

INLEDNING

Rapportering är en del av sjuksköterskans arbetsuppgifter och sker dagligen i omvårdnadsarbetet för att säkerställa en kontinuitet i vården av patienter. En överrapportering kan göras på flera olika sätt och idag sker de flesta överrapporteringar med enbart vårdpersonal närvarande inne på en expedition. Där rapporteras varje patient enligt rapporteringsverktyget Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation [SBAR]. Bedsiderapportering är en form av överrapportering där rapporten sker vid patientens sängkant, involverar patienten och är ett alternativ till den överrapportering som sker inne på expeditionen. Under vår utbildnings gång har vikten av en personcentrerad omvårdnad och att involvera patienten i vårdarbetet betonats. Även lagverk som patientlagen (SFS, 2014:821) och patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) belyser vikten av att främja patientens medverkan. Intresset för ämnet väcktes hos författarna från erfarenheter av tidigare verksamhetsförlagd utbildning. Det blev påtagligt att avdelningar arbetade olika med överrapporteringar, hur mycket patienterna involverades och hur deras delaktighet främjades i vårdarbetet. Som framtida sjuksköterskor vill vi att de patienter vi i framtiden kommer att vårda känner trygghet med den vård de får. Därför önskade författarna undersöka hur patienter inom slutenvården upplevde bedsiderapportering och om det ökar patientdelaktigheten och bidrar till en mer personcentrerad vård.

BAKGRUND

Kommunikation

Människor använder kommunikation som ett sätt att göra sin omvärld begriplig. Det är en process där man skapar meddelanden som ska avkodas och besvaras där det alltid finns en avsändare, meddelande, mottagare och kontext (Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, & Behrens., 2009). Den kan ske mellan två eller flera personer och kan uttryckas verbalt eller icke-verbalt (Newell & Jordan, 2015). Den som initierar kommunikationen har ett meddelande den vill förmedla till andra och benämns avsändare. Den som meddelandet är avsedd för kallas för mottagare. Meddelandet är ett resultat av en kodning som består av ord, symboler eller gester som kan framföras verbalt, icke-verbalt eller skriftligt. Mottagaren avkodar meddelandet till meningsfull information och feedback uppstår när mottagaren avkodat meddelandet och svarar på meddelande. Detta ger användaren en möjlighet att förstå om mottagaren förstått meddelandet (Lunenburg, 2010). En effektiv kommunikation inträffar när avsändarens meddelande skickas och tydligt förmedlar dess avsikt och som sedan tas emot av mottagaren som förstår meddelandet. På detta vis skapas en delad förståelse och uppfattning mellan dem (Newell & Jordan, 2015). Kommunikationen kan vara verbal, icke-verbal eller ske tillsammans. Icke-verbal kommunikation uttrycks genom gester, ansiktsuttryck och hållning medan verbal kommunikation är de ord som utbyts under en konversation. För att meddelandet inte ska avkodas fel bör den verbala och icke-verbala kommunikationen stämma överens med varandra (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Det finns faktorer som språkbarriärer, känslor och kultur som kan störa kommunikationen mellan två personer (Lunenburg, 2010).

Kommunikation inom sjukvården

Kommunikation är en viktig del i hälso-och sjukvården för att vården ska bedrivas på ett säkert sätt. Kommunikationen mellan sjukvårdspersonal är viktig för att alla i teamet ska ha en klar bild av läget, för att misstag inte ska begås och för att överlämnandet av patientansvaret ska ske på ett säkert sätt. Många av de misstag som sker inom hälso-och

sjukvården beror på brister i kommunikation. En anledning till det kan vara att kommunikationen går i flera led. I många fall rapporterar undersköterskan och sjuksköterskan till varandra och sjuksköterskan och läkaren tillsammans. När informationsöverföring sker i flera steg är det inte ovanligt att något utelämnas eller missförstås (Chard & Makary, 2015; Novak & Fairchild, 2012). Om kommunikationen brister påverkas vårdandet negativt, ett vårdande som i värsta fall kan orsaka patienten vårdskada och bidra till en sämre arbetsmiljö för personalen (Chard & Makary, 2015).

Goda relationer och att skapa gemensam förståelse är viktigt för kommunikationen inom sjukvården. Omvårdnadspersonalens förmåga att kommunicera information och ställa frågor är en viktig förutsättning för en god patientrelation. Att kommunicera och uttrycka informationen på ett intressant, icke skrämmande och anpassat sätt till personen är viktigt för att skapa intresse, acceptans och förtroende hos patienten. Att kommunikationen är tydlig och rak ökar förutsättningen för en effektiv kommunikation inom hälso- och sjukvården och de olika professionerna samt bidrar till en säkrare vård (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Överrapportering

Världshälsoorganisationen [WHO] lanserade år 2007 "Nine Patient Safety Solutions" för att minska kostnaderna för vårdskador. En av dessa lösningar var att utveckla strategier för att ta itu med frågor relaterade till "communication during patient hand-overs". Ett av förslagen WHO presenterade var att hälso-och sjukvårdsorganisationer borde implementera ett standardiserat tillvägagångssätt för kommunikation mellan personal, skiftbyte och mellan olika vårdenheter (WHO, 2007).

Ett hjälpmedel för att effektivisera kommunikationen mellan sjukvårdspersonal är kommunikationsverktyget SBAR som WHO föreslagit ska användas som standardiserad kommunikationsmodell (WHO, 2007). Modellen skapar en gemensam kommunikationsstruktur för alla som ska kommunicera med varandra vid exempelvis en överrapportering mellan skift, avdelningsbyte eller i kontakt med andra vårdinstanser. Strukturen skapar förutsättningar för att fokusera på det viktigaste i budskapet och att irrelevant information undviks. För optimal tillämpning av SBAR är det viktigt all personal besitter kunskap om hur SBAR används, att avsändaren riktar relevant information på ett konkret sätt, att språket anpassas efter mottagaren samt att mottagaren lyssnar aktivt. Genom att följa den förbestämda strukturen vet dessutom mottagaren i vilken ordning informationen ges och kan därmed låta avsändaren prata utan att avbryta (Achrekar et. al., 2016).

Alternativa rapporteringsverktyg

SBAR är en av de mest förekommande rapporteringsverktygen inom svensk sjukvård men även andra rapporteringsverktyg för att underlätta kommunikationen kan förekomma. De är ofta jämförbara med SBAR och är strukturerade, kronologiska och standardiserade och stödjer kommunikationen som dagligen sker i vården, men de skiljer sig i vissa aspekter (Adams & Osborne-McKenzie, 2012; Shahid & Thomas, 2018). The Joint Commission's - Communication During Patient Handover [TJC-CDPH] är exempelvis ett alternativ till WHO's SBAR och är framtaget av The Joint Commission och är likt SBAR i sin uppbyggnad (Adams & Osborne-McKenzie, 2012). Två exempel på andra rapporteringsverktyg är ISBAR och ISHAPED.

I Identifiering, Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendationer [ISBAR] är det I:et som skiljer sig från verktyget SBAR. Under Identifiering identifierar avsändaren sin

identitet och vem patienten är till mottagaren av informationen (Thompson, Collett, Langbart, Purcell, Boyd, Yuminaga, Ossolinski, Susanto och McCormack, 2011).

I Introduktion, Story, History, Assessment, Plan, Error Prevention, and Dialogue [ISHAPED] ska patienten alltid inkluderas i överlämningsprocessen. Detta ska fungera som ett extra lager av säkerhet där patienten kan kommunicera potentiella problem. Det är ett rapporteringsverktyg som fokuserar på att göra överrapporteringar som tar plats vid sängen mer patient- och familjecentrerade (Friesen, Herbst, Turner, Speroni & Robinson, 2013). Kommunikationsmodellen liknar SBAR och ISBAR i sin struktur och information som ska lyftas men adderar två förtydliganden, *error prevention* och *dialogue*. *Error prevention* ska uppmärksamma ändrade läkemedelsdoser och hänsynstagande som måste göras för bland annat tidigare diagnostiserade sjukdomar. Under *dialogue* är det tänkt att patienterna eller vårdpersonalen ställer frågor eller kommenterar något av det som tagits upp (Patton, Tidwell, Falder-Saeed, Young, Lewis & Binder, 2017).

Bedsiderapportering

Bedsiderapportering [BSR] är en rapporteringsmodell som främst sker vid skiftbytet mellan sjuksköterskor vid patientens säng och involverar både omvårdnadspersonalen och patienten. Denna form av överrapportering är tänkt att göra patienten mer delaktig i vårdplaneringen, uppmana till engagemang hos patienten och anhöriga och ge dem möjlighet att ställa frågor samt bidra till vårdplanen. BSR har som mål att säkerställa en säker överlämning av patientansvaret mellan sjuksköterskor, öka patientdelaktigheten och vara tidseffektivt. Modellen ska även främja det professionella partnerskapet mellan personal och vårdtagare som bygger på tillit, respekt och förståelse för varandras situationer (Ofori-Atta, Binienda & Chalupka, 2015; Reinbeck & Fitzsimons, 2013). BSR möjliggör ett informationsutbyte mellan vårdpersonalen och patienten som fokuserar på individens individuella vård och situation. Det ger sjuksköterskan en bild av vilken kunskap patienten besitter och är i behov av. Information om vårdenheten samt känslig information som smitta och sociala förhållanden bör inte lyftas fram vid BSR utan bör rapporteras innan på expeditionen mellan vårdpersonalen. BSR ska även gynna patientens situation genom att ge en aktiv roll i vårdarbetet, känsla av trygghet och tillfredsställelse (Ofori-Atta, Binienda & Chalupka, 2015). Rapporteringsmodellen passar inte alla vårdssituationer och några uteslutande kriterier kan vara demenssjukdom, psykisk sjukdom och bristfälliga språkkunskaper (McMurray, Chaboyer, Wallis & Fetherston, 2010).

Att vara patient inom slutenvård

Begreppet patient kommer ursprungligen från latin och betyder "den som lider" och "den som uthärdar". Inom vårdvetenskapen används begreppet för att beteckna "människan som vårdas" och i vardagligt språkbruk anger begreppet "patient" en relation till någon eller något, det vill säga att vara patient hos en sjuksköterska, läkare, på ett sjukhus eller mottagning (Kasén, 2012). Begreppets betydelse har förändrats över tid, från att betyda lidande till att idag sammankopplas till sjukdom, diagnos och behandling (Bergbom & Wiklund Gustin, 2017).

Att vårdas inom slutenvård som patient innebär att tillståndet man befinner sig i kräver resurser som inte går att tillgodose inom öppen vård eller hemsjukvård. Slutenvård kräver inskrivning och bedrivs dygnet runt, huvudsakligen på sjukhus (Socialstyrelsen, 2012a). Motsatsen, öppen vård, ges under dagtid, kan förväntas vara över inom några timmar och bedrivs på vårdcentraler eller lokala mottagningar (Socialstyrelsen, 2012b). Att vara

inneliggande på sjukhus kan vara en påfrestning för patienten då personen plötsligt befinner sig i en beroendeställning. Möjligheten till att röra sig inne på rummet eller avdelningen är ofta begränsad och patienten behöver anpassa sig efter olika tider för mat, läkemedel och undersökningar.

Lagar som stödjer patientens roll i vården

Patientlagens (SFS, 2014:821) syfte är att stärka och tydliggöra patientens roll inom hälso- och sjukvården. Den ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i vården. Patienten ska ha tillgång till information om sitt hälsotillstånd, vård och behandling. Vårdpersonalen ska inhämta patientens samtycke innan utförande av hälso- och sjukvård. Enligt patientlagen (SFS, 2014:821) ska hälso- och sjukvården i största möjligaste mån utformas och genomföras i samråd med patienten. Vården ska även vara utformad utifrån patientens önskemål och individuella förutsättningar.

Patientsäkerhetslagens (SFS, 2010:659) syfte är att främja och öka patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården. Enligt lagen ska vårdtagaren skyddas mot vårdskador och inte skadas i samband med hälso- och sjukvårdsåtgärder. Lagen definierar vårdskada som något som lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. En vårdskada är också lidande, kroppslig och psykisk skada samt sjukdom och dödsfall som hade kunnat undvikas om rätt åtgärder hade satts in när patienten tog kontakt med sjukvården (Sveriges riksdag, 2018). Vanligaste orsakerna till att patientsäkerheten brister och en vårdskada uppstår är organisationens rutiner, information, teknik och kommunikation. Patientsäkerhetslagen tar även upp vikten av respekt för patientens autonomi och integritet, rätten till god kvalitet på vården, behovet av kontinuitet och säkerhet (Sveriges riksdag, 2018).

Teoretisk utgångspunkt - Personcentrerad omvårdnad

Som teoretisk utgångspunkt valdes Personcentrerad omvårdnad [PCO] som enligt WHO är en huvudkomponent för att uppnå en god vårdkvalitet (WHO, 2015). Ur ett historiskt perspektiv fick social- och beteendevetenskapen i mitten av 1900-talet en större plats i läroböcker och vårdundervisningen än tidigare. Där ses inte patienten enbart som en sjuk kropp, utan lyfts fram utifrån ett holistiskt perspektiv (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Sjuksköterskans arbete har bidragit till den humanisering som skett av vården. Genom att ge plats till personbegreppet och personcentrering förskjuts fokus från vad till vem (Kristensson Ugglas, 2014). I och med personbegreppet ses patienterna som individer där deras rättigheter som personer respekteras och det finns ömsesidigt förtroende samt förståelse för varandra (McCormack & McCance, 2017). Begreppet personcentrerad anses psykologen Carl Rogers vara upphovsmannen till, då han i mitten av 1900-talet använde begreppet för att förstå fenomen som personlighet och mellanmännsliga relationer. Inom psykoterapin ansåg han att det var viktigt att se personen som expert på sig själv. Begreppet personcentrerad myntade Tom Kitwood inom demensvården i slutet av 1900-talet. Han frångick den biomedicinska synen på demenssjuka och menade att det fanns en person bakom sjukdomen. Det var viktigt att man understödde personen och gav hen en tillvaro värdig för en människa. Kitwood kom från Storbritannien och det är även där personcentrerad omvårdnad anses ha sin början (Edvardsson, 2010). Sjuksköterskans personcentrerade arbetsmodell togs fram år 2006 av Brendan McCormack och Tanya McCance. Den fick ett stort världsligt genomslag och testades i olika länder och kontexter (McCormack & McCance, 2017). Personcentrerad omvårdnad är idag en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser som hen ska kunna ta självständigt ansvar för (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Personcentrerad omvårdnad som utgångspunkt valdes för att lyfta fram patientperspektivet. I personcentrerad vård sätts personen i centrum för omvårdnaden i syfte att tillgodose personens individuella behov utifrån egna upplevelser av sin situation och hälsa. Personen ses som mer än bara dess sjukdom och placeras i ett större sammanhang där önskemål, erfarenheter och mål ska beaktas (Olsson, Karlsson, Berg, Kärrholm & Hansson, 2014). De tre grundpelarna i PCO är; patientberättelsen, partnerskap och dokumentation. Patientberättelsen ligger till grund för partnerskapet och fokuserar på personens egen uppfattning och upplevelse av sin sjukdom, hälsa, välbefinnande och livssituation (Kristensson Ugglå, 2014). Genom patientberättelsen blir vårdgivaren medveten om patientens vilja, motiv och resurser, något som sedan kan ligga till grund för en vårdplan. För att uppnå ett gott partnerskap måste det finnas tillit, förtroende och ömsesidig respekt mellan parterna. Personen i behov av vård ska ses som en aktiv och jämlik partner i arbetet kring vårdplaneringen och vårdprocessen. Att dokumentera patientens preferenser, övertygelser, värderingar och engagemang i vården gör att patientperspektivet blir legitimt. Samverkan mellan vårdtagare och vårdgivare ökar, likaså kontinuiteten i vården (Ekman et al., 2011).

Problemformulering

Att rapportera och lämna över patientansvaret till nästkommande personal ställer krav på sjuksköterskans förmåga att kommunicera. Det finns forskning som tyder på att överrapporteringar är en kritisk punkt för kommunikationen mellan sjukvårdspersonalen och att ineffektiv kommunikation är en bidragande faktor till att patienter skadas.. Vården ska arbeta för att göra patienten delaktig i vårdarbetet och det ska utföras i samråd med patienten. Att öka möjligheterna för en patient att vara delaktig i vården motverkar vårdskador, felbehandling och att felaktig information sprids. Idag sker många överrapporteringar bakom stängda dörrar med enbart vårdpersonal närvarande. Patienter inneliggande på sjukhus måste förlita sig på att deras åsikter och frågor framförs av någon annan och kommunikationen går i flera led. Bedsiderapportering är tänkt att ge patienter inneliggande på sjukhus en möjlighet att aktivt delta i omvårdnadsarbetet och ens ordinerade behandling. De får direkt tillgång till informationen, en möjlighet att vara involverade i rapportering samt agera som en aktiv samarbetspartner och informationsgivare. Det är tänkt att underlätta och öka kommunikationsutbytet mellan vårdtagaren och vårdgivaren vilket ska bidra till en ökad patientdelaktighet och förbättrad vårdrelation. Många forskningsstudier fokuserar på sjuksköterskans upplevelse och sjukhusens implementeringsarbete av BSR. Därför ville författarna undersöka BSR utifrån ett patientperspektiv med fokus på deras upplevelser av rapporteringsverktyget.

SYFTE

Syftet var att beskriva hur patienter inom slutenvården upplever bedsiderapportering.

METOD

Design

Den valda studiedesignen var en litteraturoversikt. En litteraturoversikt definieras enligt Forsberg och Wengström (2016) som en sammanställning av tidigare forskning inom ett specifikt område. Sammanställningen görs för att skapa en helhetsbild av forskningen som finns inom det aktuella området. Artiklarnas alla delar granskas och det är viktigt att förstå hur forskningsresultaten kommit fram (Friberg, 2017).

Litteraturoversikt som studiedesign var för denna studie lämplig eftersom aktuell forskning avseende patienters upplevelser av BSR sammanställdes, eftersöktes och kritiskt granskades innan det redovisades på ett åskådligt sätt. En litteraturoversikt sammanställer litteratur inom valt område samt strävar efter att eftersöka och kritiskt granska. Inom den evidensbaserade hälso- och sjukvården utgör litteraturoversikter en väsentlig del då metoden sammanställer den främsta kunskapen inom valt ämne som sedan kan omsättas i praktiken. Eftersom artiklar av både kvalitativ och kvantitativ design kunde inkluderas ökade utbudet av artiklar. En litteraturstudie kan därför utgöra en fördjupning inom ett visst forskningsområde, upptäcka områden som behöver beforskas ytterligare eller för att utveckla nya forskningsfrågor (Kristensson, 2014).

Urval

Vid framtagning av relevanta artiklar gjorde författarna avgränsningar och använde sig av inklusions- samt exklusionskriterier.

Avgränsningar

Sökningarna i litteraturoversikten genomfördes i lämpliga databaser, i denna studies fall Public Medline [PubMed] och Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature [CINAHL]. Författarna bestämde att artiklarna i analysen skulle vara avgränsade till originalartiklar skrivna på eller översatta till engelska, ett språk båda författarna behärskar mycket väl. I de fall det uppstod en kunskapsklyfta tog författarna hjälp av en ordbok. Artiklarna behövde vara peer reviewed och publicerade mellan åren 2010 och 2020 för att ha så tidsrelevant forskning som möjligt. När en artikel är peer reviewed har den blivit granskad av sakkunnig inom ämnet. Inga avgränsningar till ursprungsland gjordes då det inte ansågs vara relevant för studiens syfte. Detta gav studien en stor variation ur olika perspektiv (Henricson & Billhult, 2017). Det gemensamma sambandet artiklarna hade var att patienterna var inneliggande på sjukhus, fick uppleva bedsiderapportering under sin inlagda tid och fick redogöra för sina upplevelser av det. Avgränsningarna kunde i vissa fall tillämpas via filtersökningar men i de fall det inte fanns en filterfunktion applicerade författarna avgränsningarna manuellt.

Inklusionskriterier

Studiens inklusionskriterier var artiklar som besvarade syftet samt uppnådde studiens etiska krav utifrån Helsingforsdeklarationen. Endast patientperspektivet var av intresse eftersom det var deras upplevelse som eftersöktes. I de fall artiklar även inkluderade sjuksköterskans eller vårdpersonalens perspektiv var författarna noga med att endast inkludera patientperspektivet. Patienterna behövde ha upplevt rapporteringsverktyget BSR under sin tid i slutenvården.

Exklusionskriterier

Exklusionskriterierna var artiklar med enbart andra perspektiv än patientens, andra miljöer än slutenvården och sekundärkällor.

Datainsamling

En första litteratursökning gjordes i databaserna PubMed och CINAHL av författarna i november 2019. PubMed valdes eftersom forskning inom både medicin och omvårdnad återfinns där och CINAHL valdes för att det är en central databas för omvårdnad. Sökningarna utgick från begreppen i syftet och utgjordes av Medical Subject Headings

(MeSH-termer) i PubMed och CINAHL Headings som de kallas i CINAHL samt fritextsökningar. Begreppet BSR förekommer inte som MeSH-term på engelska och behövde därför sökas på som fritextsökning genom att sätta citationstecken runt begreppen som ingick i sökningen i både PubMed och CINAHL. På engelska har BSR många olika benämningar som *bedside handoff*, *bedside handover* och *bedside shift report*. Alla olika benämningar av BSR som denna studie kom över användes i sökningarna av artiklar i databaserna. De olika termer som framkom slogs ihop i en blocksökning med "OR" mellan varje term och söktes tillsammans vilket i PubMed gav 257 träffar och i CINAHL 51 träffar. Sökningarna med MeSH-termerna kombinerades med orden "AND" och "OR", så kallade booleska operatörer, för att antingen få färre eller fler träffar. När exempelvis två termer används i en sökning och "AND" sätts som förbindelse måste båda orden förekomma i artiklarnas referenser medan om man använder sig av "OR" behöver bara ett av sökorden förekomma i artiklarnas referenser för att få en träff (Forsberg & Wengström, 2016). Studiens sökstrategi har två blocksökningar. I det andra blocket togs det fram MeSH-termer och CINAHL Headings som passade in på den delen av syftet som belöser patienten, exempelvis *patient participation*, *patient satisfaction* och *patient perception*. De två olika blocksökningarna sattes sedan ihop med den booleska operatören "AND" vilket betydde att sökningarna behövde ha med minst en term från vardera blocksökning.

Arbetets sökningar hade relativt få träffar och därför har alla artiklar som fick en träff vid sökningens titel lästs för att sedan bedöma om det var relevanta till studien och om abstraktet och resten av artikeln var av intresse. Om artiklarna ansågs relevanta sparades dessa i en mapp på respektive databas, för att vid ett senare tillfälle ha lättare åtkomst till dessa. I sökningarna hade både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderats för att få ett brett perspektiv på ämnet. För att kunna uppnå ett analyserbart material inkluderades 16 artiklar från sökningarna i resultatet (se Tabell 1). De inkluderade artiklarna hade sju olika ursprungsländer och det förekom flera artiklar från samma land; Australien (6), USA (5), Italien (2), Portugal (1), Tyskland (1), Storbritannien (1) och Kanada (1).

Tabell 1. Presentation av databassökning i PubMed och CINAHL

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
CINAHL 2020-02-06	"bedside report" OR "bedside handoff" OR "bedside hand off" OR "bedside handover" OR "bedside shift report" OR "bedside nursing handover" OR "Change of shift report" AND "patient perception" OR [MH] Patients+ OR [MH] Patient centered care OR [MH] Patient attitudes OR "patient centric" OR "patient perspective"	30	24	13	6
PubMed 2020-02-07	"bedside report" OR "bedside handoff" OR "bedside hand off" OR "bedside hand-off" OR "bedside handover" OR "bedside shift report" OR "bedside nursing handover" OR "change of shift report" AND	77	36	20	8

	patients[MeSH Terms] OR patient participation[MeSH Terms] OR patient satisfaction[MeSH Terms] OR patient-centered care[MeSH Terms] OR nurse-patient relations[MeSH Terms] OR "patient centric" OR "patient attitudes" OR "patient perspective"				
Manuella sökningar					2
TOTALT		107	62	33	16

Manuell sökning

Som ett komplement till databassökningarna gjordes även manuella sökningar. De utgick från referenslistor i tidigare (för studien relevanta) arbeten, en metod som kallas snowballing (Kristensson, 2014). Av de manuella sökningarna erhöles två artiklar, "A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation" (Sand-Jeckling & Sherman, 2014) och "Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals" (Bradley & Mott, 2013).

Kvalitetsgranskning

Vid granskning av inkluderande artiklar i resultatet använde sig författarna av Sophiahemmet Högskolas bedömningsmall för vetenskaplig klassificering och kvalitet (se bilaga A). Kvaliteten på artiklarna graderades i tre nivåer: I=hög kvalitet, II=medel kvalitet och III=låg kvalitet. För att uppnå hög kvalitet skulle artiklarna vara välplanerade, välgenomförda och ha tydligt beskrivna metoder. För låg kvalitet skulle studien ha brister i genomförandet, en otillräckligt beskriven metod, ha ett stort bortfall eller för få deltagare. Artiklar ansågs ha medel kvalitet om de delvis uppfyllde kraven för hög kvalitet (Berg, 1999; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016).

Att använda sig av en granskningsmall bidrog till en bra och systematisk granskning. Vid granskningen behövde författarna bedöma vilken kvalitet varje artikel hade och vad som ansågs vara acceptabelt eller inte (Kristensson, 2014). Vid granskningen ställdes följande frågor utifrån Forsberg och Wengström (2015) för att säkra artiklarnas kvalitet; Vad är syftet med undersökningen? Hur och vilka resultat erhöles? och Var resultaten giltiga? Dessa frågor handlade till mesta del om artiklarnas resultat men Forsberg och Wengström (2015) belyser även vikten av att kvalitetsgranska resterande delar i artiklarna för att uppnå en sådan hög kvalitet på arbetet som möjligt. Därför granskade författarna även de valda artiklarnas design, urval, datainsamling, mätinstrument och analys med hjälp av granskningsfrågor från Kristensson (2014), som betonar att alla studier måste granskas utifrån sina egna förutsättningar. Detta betyder att de frågor som ställs kring resultat, metod och diskussion inte lämpar sig för alla studier. Därför måste frågorna ta hänsyn till vilken typ av studie det är, exempelvis randomiserad kontrollerad studie, kvantitativ studie eller kvalitativ studie (Kristensson, 2014).

Kvalitetsgranskningen utfördes inledningsvis av författarna på var sitt håll för att sedan sammanstråla och i samförstånd bestämma artiklarnas kvalitet. För att stärka litteraturöversiktens resultat inkluderades endast artiklar av kvalitet I och II.

Dataanalys

Författarna utförde en integrerad analys, en analysmetod som presenterar ett flertal artiklars upprepande resultat integrerat och sammanställt på ett åskådligt sätt. I en integrerad analys bearbetas och analyseras artiklarna successivt för att sedan presenteras integrerat. Datan insamlas stegvis och granskas i tre olika faser (Kristensson, 2014). I den första faser, planeringsfasen, lästes de valda artiklarna utifrån studiens sökningar abstrakt igenom. De artiklar som ansågs vara relevanta och svarade på studiens syfte läste författarna i sin helhet och gjorde därefter en ny gallring baserat på forskningens relevans för att besvara frågeställningen, etiska krav samt studiens kvalitetskrav. Författarna läste sedan artiklarna på var sitt håll för att skapa sig en egen uppfattning av innehållet och inte påverka varandras tolkningar av artiklarna. Därefter diskuterades fynden i artiklarna och upprepande teman inför den andra faser. I andra faser, empiriska faser, diskuterades och jämfördes de olika resultaten i artiklarna djupare. De likheter och skillnader som uppkom diskuterades för att sedan sammanfattas i olika teman. Innebörden av varje temans innehåll beskrevs och sammanfattades så författarna kunde skapa sig en överblick av resultatens innebörd under varje tema. I den tredje faser, rapporteringsfasen, sammanställdes de olika resultaten i de olika teman som bildats för att komma fram till gemensamma nämnare och slutsatser. De teman som togs fram under den empiriska faser låg sedan till grund för resultatredovisningens huvudkategorier som totalt blev fem stycken och redovisas i Tabell 2 (Kristensson, 2014; Friberg, 2017). I bilaga B redovisas en artikelmatris över inkluderade artiklar och vilken kvalitet författarna bedömt att dessa har.

Tabell 2. Presentation av resultatets huvudkategorier.

Huvudkategorier
Patienters upplevelser av delaktighet
Patienters upplevelser av information
Patienters upplevelser av sjuksköterskans närvaro
Patienters känsla av säkerhet
Patienters tankar om sekretess

Forskningsetiska överväganden

Helsingforsdeklarationen skrevs 1964 och innehåller forskningsetiska rekommendationer, hur personer som deltar i forskningsprojekt ska behandlas samt hur medicinsk forskning ska bedrivas. Den har blivit en central del i forskningsetiken (Helgesson, 2015). Den berör vikten av människans samtycke, läkarens (som är engagerad i den medicinska forskningen) ansvar att skydda liv, hälsa, värdighet, integritet, autonomi och sekretessen samt behandling av personuppgifter. Arbetet ska ske på ett säkert sätt med minimala risker samt medföra fler

goda konsekvenser än negativa (World Medical Association [WMA], 2013). För att denna litteraturstudie skulle utföras på ett etiskt korrekt sätt var det viktigt att de artiklar som inkluderades i studien var etiskt granskade och godkända. För att inte få ett förvrängt resultat skulle alla resultat som originalartiklarna kommit fram till ha redogjort både positiva som negativa resultat (Helgesson, 2015). Författarna av denna studie utförde en litteraturoversikt i enlighet med Helsingforsdeklarationen, handlade objektivt för att få fram ett så regelrätt resultat som möjligt, har erkänt upphovsmannen och inte plagierat. Stora delar av de vetenskapliga artiklar som studien använde sig av var skrivna på engelska. Etiska hänsynstaganden och reflektioner kring de vetenskapliga artiklar vår studie baserats på utfördes under hela arbetets gång och arbetet har följt de etiska principer som Helsingforsdeklarationen är byggd på.

RESULTAT

I resultatet inkluderades 16 artiklar som efter granskning och genomläsning genererade fem huvudkategorier om patienters upplevelser av BSR. Kategorierna var: upplevelser av delaktighet, upplevelser av information, upplevelser av sjuksköterskans närvaro, upplevelser av säkerhet och tankar om sekretess.

Patienters upplevelser av delaktighet

Många patienter inom slutenvården var positivt inställda till BSR (Ford & Heyman, 2017; Ford, Heyman & Chapman, 2014; Lupieri, Creatti & Palese, 2016; Lu, Kerr & McKinlay, 2014; McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke, 2011). De upplevde att deras individuella vård förbättrades i sin helhet när de fick göra sig hörda genom BSR (Kerr, McKay, Klim, Kelly & McCann, 2013; Olasoji et al., 2018; Sand-Jecklin & Sherman, 2014). I Kerr et al. (2013) var den sammantagna uppfattningen hos patienterna att möjligheten att lyssna och bidra vid BSR förbättrade deras totala upplevelse på akutmottagningen. I och med BSR upplevde patienterna en ökad delaktighet i vården jämfört med tidigare. Det gav dem ett tillfälle i dagen där de kunde föra en dialog med vårdpersonalen och ställa frågor som uppkommit (McMurray et al., 2011; Wildner & Ferri, 2012; Bradley & Mott, 2013; Baldwin & Spears, 2019; Kerr et al., 2013; Jeffs et al., 2014; Bruton, Norton, Smyth, Ward & Day, 2016). Den ökade delaktigheten bidrog till ett ökat självförtroende bland patienterna (Wildner & Ferri, 2012) och de upplevde att deras åsikter, tankar, och preferenser blev tillgodosedda samt att det fanns utrymme för deras frågor om vården (Bradley & Mott, 2013; Jeffs et al., 2014). Det gav dem även en möjlighet att kunna dela information till vårdpersonalen som de tyckte var relevant för vårdpersonalen samt oron kring ens hälsotillstånd (Jeffs et al., 2014; Bradley & Mott, 2013; Kerr et al., 2013; McMurray et al., 2011). BSR öppnade upp för ett nära samarbete och partnerskap där patienten bjöds in till att delta i vården och erhöll samt bidrog med information och sina åsikter (Jeffs et al., 2014; McMurray et al., 2011; Morgado et al., 2016). När patienterna deltog i BSR kände de sig viktiga och inkluderade vilket förbättrade deras förståelse för deras medicinska tillstånd och fick dem att känna sig värderade av sjuksköterskan (Morgado, Manuel, Nunes & Rosa, 2016).

Att ta en aktiv roll i BSR var för vissa en självklarhet medan för andra var det inte lika tydligt vad för roll de förväntades att ta i BSR. En del ville inte ta en aktiv roll utan nöjde sig med att bara lyssna (McMurray et al., 2011) och kände sig tvungna att ta en passiv roll när de var för sjuka (Olasoji et al., 2018). I många fall uppmuntrade sjuksköterskan patientens engagemang, vilket uppskattades (McMurray et al., 2011), medan en del av patienterna upplevde att det var sjuksköterskorna som pratade med varandra och inte bjöd in patienten ordentligt i samtalet

(Lupieri et al., 2016). En del av patienterna önskade att de fick vara mer delaktiga. De tyckte att det var märkligt att de exkluderades från konversationen, när innehållet i rapporteringen handlade om deras vård (Olasoji et al., 2018). Den medicinska jargongen mellan vårdpersonalen var i vissa fall en bidragande faktor till att patienterna hade svårt att involvera sig i BSR (Morgado et al., 2016). Vad BSR är och dess funktion samt patientens funktion och roll i den bör förklaras tydligt för patienten innan användning (Kerr et al., 2013; Ford & Heyman, 2017; Ford, Heyman & Chapman, 2014).

I studien av Köberic (2014) var patienternas upplevelse av delaktighet sig lik innan och efter implementeringen av BSR och sett till delat beslutsfattande, fanns det ingen relevant eller signifikant statistisk skillnad före och efter implementering av BSR. I McMurray et al (2011) upplevde en patient att hen inte uppmuntrades att interagera under BSR då personen aldrig fick tillfället att ställa frågor och en annan uttryckte även att tiden för att hinna diskutera det patienten ville ta upp var otillräcklig.

Patienters upplevelser av information

Via BSR erhöll patienterna kunskap och uppdaterad information om sitt tillstånd (Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Baldwin & Spears, 2019) och det gav dem en möjlighet att vara uppdaterade och pålästa om deras hälsotillstånd under hela vårdförloppet. BSR gav dem även möjligheten att följa informationen som rapporterades vidare och gjorde att de kände sig trygga i att all och rätt information fördes vidare till andra i personalen (Jeffs et al., 2014; Lupieri et al., 2016). Många patienter ansåg att detta var deras roll i BSR, att rätta felaktigheter och lägga till information när något glömts (McMurray et al., 2011; Olasoji et al., 2018; Kerr et al., 2013; Lu et al., 2014; Jeffs et al., 2014). Patienterna upplevde ökad förståelse för den fortsatta vården efter att ha lyssnat på överrapporteringen (Kerr et al., 2013; Olasoji et al., 2018) och att BSR verkade hjälpa sjuksköterskorna få en bättre förståelse för patientens tillstånd och uppgifter som behövde slutföras (Lu et al., 2014).

En del patienter tyckte BSR var överflödigt och behövdes inte samt att det i längden inte var hållbart då efter några dagar skulle man ha hört allt information och processen skulle vara onödig. Denna kritik framfördes främst av personer som under en längre tid vårdats på sjukhus och där hälsotillståndet under längre tider var oförändrat (Jeffs et al., 2014). De föreslog att bedside inte behövde ske varje dag eller att de räckte med en gång om dagen och inte vid varje tillfälle det skedde en överlämning (Jeffs et al., 2014; Wildner & Ferri, 2012) då det upplevdes irriterande att höra samma information flera gånger (Wildner & Ferri, 2012). Vissa hade svårt att förstå det medicinska språket som användes på sjukhuset (Morgado et al., 2016; Lu et al., 2014). Att inte förstå vad sjuksköterskan menade med informationen som gavs var ett orosmoment för patienterna (Kerr et al., 2013). Språkbarriärerna kunde framförallt förekomma om patienten inte hade det talade språket som modersmål (Morgado et al., 2016).

Patienters upplevelser av sjuksköterskans närvaro

Patienterna uttryckte en uppskattning över att få spendera egen tid med sjuksköterskan under dagen. Vid BSR fick patienterna möjligheten att träffa personerna som vårdade dem under deras tid på sjukhuset och bilda en personligare relation till personalen (Kerr et al., 2013; McMurray et al., 2011; Bradley & Mott, 2013; Wildner & Ferri, 2012; Jeffs et al., 2014). Deras förtroende för sjuksköterskan och dess kompetens (Lupieri et al., 2016; Kerr et al., 2013;), kunskap (Kerr et al., 2013; Wildner & Ferri, 2012; Lupieri et al., 2016) och

professionalitet (Lupieri et al., 2016; Sand-Jecklin & Sherman, 2014) ökade i och med BSR då de fick träffa personalen mer regelbundet. BSR fick patienterna att se sjuksköterskan ur ett mer ödmjukt perspektiv där egenskaper som inlyssnande (Wildner & Ferri, 2012; Lupieri et al., 2016), vänlighet (Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Lupieri et al., 2016; Bradley & Mott, 2013) och försiktighet (Lupieri et al., 2016; Kerr et al., 2013) gjorde att patienterna kände sig bekväma att sätta sig själva i deras omvårdnad.

Att bli introducerad för sjuksköterskan som tar över och bli medveten om när bytet av sjuksköterska sker uppskattades av patienterna. Det gav dem en känsla av trygghet och behag när sjuksköterskan visste om dem, påvisade kunskap om deras situation och behandling för att kunna ta hand om dem (Jeffs et al., 2014; Morgado et al., 2016; Lupieri et al., 2016). En del patienter föredrog att bara ha två sjuksköterskor närvarande, den som skulle sluta och den som skulle gå på sitt pass, än hela omvårdnadsteamet (Whitty et al., 2017). Patienterna ville veta sjuksköterskans syn gällande deras utveckling, eftersom de visste att läkarna förlitade sig på sjuksköterskans rapport gällande deras utveckling (Olasoji et al., 2018). De upplevde att sjuksköterskan var tillgänglig för dem och att de hade tid att lyssna samt ville lyssna på patienterna. Det som sa upplevdes tas i beaktning av sjuksköterskan och de var inte oroliga över att uttrycka sina åsikter och oro till sjuksköterskan som kunde ge svar (Wildner & Ferri, 2012). I studien av Baldwin och Spears (2019) minskade ångestnivåerna hos patienterna i interventionsgruppen som deltog i BSR. De beskrev bland annat att de kände sig lugnare och att de blev ångestfria, medan kontrollgruppen uppvisade oförändrade ångestnivåer. Patienterna önskade dock att sjuksköterskan förklarade mer saker gällande deras vård, hade mer tid för att lyssna till patienten, gav mer information om mediciner som ska intas dagligen och att mer information gavs första dagen. Patienterna uttryckte även en vilja att delta i BSR för att förstå sin vårdplan.

Tankar och åsikter som även uppkom var att BSR inte användes, att det användes inkonsekvent eller bara innehöll en presentation av sjuksköterskan som skulle gå på sitt pass (Sand-Jecklin & Sherman, 2014). Två av artiklarna tog upp att kvaliteten på överrapporteringen berodde på vilken sjuksköterska det var som rapporterade (Lu et al., 2014; McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke, 2011). I studien av Olasoji et al. (2018) framkom det att en konflikt kunde uppstå mellan sjuksköterskan och patienten vid olika syn om behandling.

Patienters känsla av säkerhet

BSR ökade patienternas känsla av säkerhet i vården (Ford, Heyman & Chapman 2014; Baldwin & Spears, 2019; Lupieri et al., 2016; Morgado et al., 2016; Wildner & Ferri, 2012; Jeffs et al., 2014; Kerr et al., 2013). Att få höra överrapportering mellan vårdpersonalen gav patienterna en känsla av trygghet eftersom sjuksköterskan synliggjorde sin kompetens (Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Kerr et al., 2013). Patienterna upplevde att de kunde bidra till en bättre och säkrare vård då de under överlämningarna kunde identifiera fel (Jeffs et al., 2014; Kerr et al., 2013; Bruton et al., 2016) som främst var relaterade till medicinering, doser och glömda omvårdnadsåtgärder (Jeffs et al., 2014).

BSR kunde användas regelbundet på sjukhusen (Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Ford, Heyman & Chapman 2014; Ford & Heyman, 2017). Patienterna kände sig osäkra när BSR inte tog plats som det skulle eller om det var otydligt när det skulle ske. Det var viktigt för patienterna att det fanns en kontinuitet i BSR, eftersom det annars uppstod en känsla av osäkerhet i vårdmiljön samt över sjuksköterskornas information. När BSR inte skedde

kontinuerligt upplevde patienterna att informationen som delades under BSR kunde bestå av mer felaktig information till skillnad från om det skedde kontinuerligt (Ford & Heyman, 2017).

Patienters tankar om sekretessen

De flesta patienter kunde identifiera problematiken kring att dela känslig information och risken för att bryta sekretessen. En del patienter uttryckte oro för bibehållen integritet och sekretess under BSR (Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Kerr et al., 2013; Olasso et al., 2018) och trots sekretessen var viktig för patienterna upplevde de flesta att diskutera deras medicinska tillstånd framför andra patienter inte störde dem (Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014; Köberic, 2014; Whitty et al., 2017). På frågan ifall BSR kompromissade deras integritet och sekretess, var majoriteten av patienterna bekväma med att deras medicinska tillstånd och läkemedelsfrågor diskuterades under BSR (Lu et al., 2014). För flera patienter var sekretessen inget som de oroade sig över då alla patienter befann sig i samma situation. De var mer oroliga över hur personalen hanterade och framförde känslig information vid BSR. Det var för patienterna viktigt att sjuksköterskorna var diskreta vid hantering av känslig information som exempelvis alkoholmissbruk, gynekologisk problematik, sexualitet, sexuellt överförbara sjukdomar eller religion (Kerr et al., 2013; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016) då avslöjandet av sådan information kan leda till diskriminering av individerna (Lu et al., 2014). Det var viktigt att sjuksköterskorna var inkännande när ny upprörande information uppkom. Det föreslogs att första gången en patient får ta del av känslig ny information inte borde vara vid BSR utan under andra förutsättningar (Kerr et al., 2013).

Många var bekväma vid att deras information delades vid BSR och uppskattade det, men inte alla. Några uttryckte oro kring att sjuksköterskornas informationsutbyte skulle höras och personlig information som namn och deras situation skulle komma ut (Jeffs et al., 2014). Det upplevdes viktigt att sjuksköterskan delade informationen på ett professionellt, finkänsligt och medmänskligt sätt (Lupieri et al., 2016).

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturoversikt var att beskriva hur patienter inom slutenvården upplevde bedsiderapportering. Resultatets huvudfynd påvisade att BSR förbättrade patienternas delaktighet, möjlighet till information, relation till sjuksköterskan och upplevelse av säkerhet samt sekretess. BSR påverkade patientens upplevelse av vården positivt och det gav ett tillfälle där de kunde uttrycka sina egna erfarenheter, preferenser och frågor samt bilda en personligare relation till vårdpersonalen.

Patientlagen (SFS, 2014:821) lyfter patientens rätt till att få vara delaktig i sin egen vård och enligt Sahlsten (2008) och Longtin et al. (2010) är begreppen delaktighet och patientdelaktighet välkända och centrala inom vården. Dock trots vårdens kännedom om begreppet finns det en tvetydighet bland omvårdnadspersonal vad begreppets definition och innebörd verkligen är. Det finns flera faktorer som har betydelse för ett gott patientdeltagande både ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv. Vårt resultat visade att patienten själv spelade en stor roll när det kom till graden av involvering i vården. För en del patienter var det en självklarhet att vara involverade i sin vård, andra kände att de behövde en inbjudan av sjuksköterskan för att våga delta och en del valde även att avstå och bara lyssna (Lupieri et

al., 2016; Olasoji et al., 2018; McMurray et al., 2011). Detta kan enligt Sahlsten (2008) och Khuan och Hanafiah Juni (2017) bero på patientens förmåga att delta relaterat till deras hälsotillstånd, ålder, utbildning, attityd till sin egna vård, tidigare upplevelser, kunskap om sitt tillstånd samt sjukvården och kulturell bakgrund vilket är i enlighet med resultatet i denna litteraturöversikt. Att bli ineliggande på sjukhus sätter en person i en beroendeställning till sjukvården och dess personal. Patienten kan uppleva att en stor del kontroll över sig själv och sitt liv tillfälligt förloras då ens vardag helt plötsligt består av nya regler och begränsningar. Utifrån studiens resultat anser författarna att BSR kan minska beroendeställningen patienten har i vården genom att göra personen delaktig i vårdarbetet och informationsutbytet. Det ger möjlighet för ett aktivt samarbete där individen sätts i centrum med sina erfarenheter, åsikter, frågor och preferenser vilket bidrar till en mer personcentrerad vård. I PCO har patienten en central roll i vårdarbetet och ses som en aktiv och involverad partner i vårdarbetet. Det är personen bakom patienten som ska lyftas och tas hänsyn till under patientens tid på sjukhuset. Sjuksköterskan ska i sin vårdplanering ha patienten i åtanke och vad hens uppfattning av sin hälsa och sjukdom är då patienten ses som expert på sin sjukdom och hur det är att leva med den (Ekman et.al, 2011). Enligt författarna uppfyller BSR alla de byggstenar som personcentrerad omvårdnad bygger på och bidrar till ett förbättrat partnerskap och samarbete mellan vårdtagaren och vårdgivaren.

I resultatet framgick det att upplevelsen av delaktighet ökade hos patienterna i samband med BSR och det som bidrog till den känslan var tillgången till information, kunskap, möjligheten att ställa frågor och uttrycka sina åsikter (Wildner & Ferri, 2012; Bradley & Mott, 2013; Baldwin & Spears, 2019; Kerr et al., 2013; Jeffs et al., 2014; Bruton, Norton, Smyth, Ward & Day, 2016). Men patienters upplevelse av delaktighet kunde variera vilket enligt Sahlsten (2008) och Khuan & Hanafiah juni (2017) kan bero på vad sjuksköterskans uppfattning, attityd och inställning till patientdelaktighet vilket stämmer överens med vårt resultat. Utifrån studiens resultat framkom det att om sjuksköterskan anpassar språket utifrån patienten, är närvarande och bjuder in samt uppmuntrar till frågor främjas deltagandet och en effektiv kommunikation uppnås mellan patienten och sjuksköterskan (Newell & Jordan, 2015; Morgado et al., 2016; Lu et al., 2014; Kerr et al., 2013; Jeffs et al., 2014). Sjuksköterskans och patientens interaktion är en central byggsten i sjuksköterskans omvårdnad och ett välfungerade partnerskap bidrar till en högre kvalitet på vården (Newell & Jordan, 2015). Utifrån resultatet anser författarna att det är viktigt att patienten och sjuksköterskan innan användandet av BSR är samspelade och har samma syn på vad de vill uppnå med BSR. Patienten bör få en introduktion till vad BSR är, hur det fungerar, varför det används och vilket syfte det har. Detta är viktigt för att patienten ska våga ta en aktiv roll under BSR och våga vara delaktig. Enligt Ford & Heyman (2017) och Ford, Heyman & Chapman (2014) bör sjuksköterskorna på avdelningen ha en gemensam syn på hur BSR går till och involvera patienterna lika mycket då en diskontinuitet av BSR kan skapa osäkerhet hos patienterna.

Många patienter upplevde att relationen till sjuksköterskan förbättrades efter att översäkringeringen ägt rum vid sängkanten (Kerr et al., 2013; Wildner & Ferri, 2012; Lupieri et al., 2016; Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Bradley & Mott, 2013; Jeffs et al., 2014; Morgado et al., 2016). Författarna anser utifrån resultatet att detta antagligen beror på att vid BSR får patienten vara närmare sjuksköterskan och bevittna omvårdnadsarbetet och sjuksköterskan får arbeta närmare patienten. Patienten måste förlita sig mycket på sjuksköterskan och att hen framför de preferenser, erfarenhet och åsikter patienten har. Därför är det viktigt med ömsesidig förståelse för att bilda en bra relation och samarbete i enlighet med personcentrerad omvårdnad. Enligt flera artiklar ger BSR sjuksköterskan ett tillfälle att tydligt presentera sig själva och synliggöra sin kompetens vilket ökade känslan av trygghet i

vården (Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Lupieri et al., 2016; Jeffs et al., 2014; Morgado et al., 2016). Patienternas förtroende för vårdpersonalen ökar enligt resultatet när de får se och höra kunskapen och kompetensen exempelvis sjuksköterskan besitter. Detta ökade förtroende kan enligt författarna av denna studie stärka dels partnerskapet som lyfts i personcentrerad omvårdnad, men även sjuksköterskans yrkesroll. Att allmänhetens uppfattning av sjuksköterskan stärks kan leda till att fler patienter vänder sig med frågor till sjuksköterskan i första hand, i stället för att enbart söka svar hos läkaren, och att fler personer söker sig till yrket. Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2012) ska sjuksköterskan agera på ett sätt som stärker yrkesrollen och som ökar allmänhetens tillit, något som möjliggörs vid BSR. Enligt Newell och Jordan (2015) fick patienterna vid BSR träffa sjuksköterskorna vid ett annat tillfälle än när de skulle erhålla läkemedel eller hjälp med aktiviteter i dagliga livet, något som också bidrar till att stärka partnerskapet och patientens roll i vårdandet.

Om sjuksköterskan upplever obekvämlighet under BSR, något som kan speglas i gester, ansiktsuttryck och hållning, kan det påverka rapporteringens kvalitet. Det kan medföra att patienten upplever osäkerhet eller att sjuksköterskan uppfattas som oengagerad. Sett ur ett personcentrerat perspektiv brister partnerskapet och syftet med BSR uteblir. I artikeln av Köberich (2014) uppstod ingen signifikant skillnad av patienternas upplevelse av BSR efter införandet. Artikelförfattaren diskuterade att det kunde bero på att sjuksköterskorna på avdelningen inte kände sig bekväma med rapporteringsformen och därför hade en defensiv attityd mot den. Sjuksköterskan spelar, enligt författarna, en stor roll när det kommer till patientens upplevelse och förståelse av vården vid BSR. Blir patienten bemött av sjuksköterskan på ett värdigt, respektabelt och tryggt sätt kommer patienten antagligen ha en bättre upplevelse av vården. Det är därför viktigt att vid implementering av BSR att vårdpersonalen stödjer metoden för att få givande resultat som ökad patientdelaktighet och ökat samarbete mellan vårdpersonalen och patienten. Inom PCO är det sjuksköterskan som ansvarar för att omvårdnaden utförs i partnerskap och att patientens värdighet och integritet bevaras. Bedsiderapportering bidrar till en personligare vårdrelation och kontakt mellan patienten och sjuksköterskan. Patientens unika berättelse, erfarenheter och önskemål lyfts fram och utgör patientberättelsen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Vidare diskuterade Köberich (2014) att implementeringen av BSR krävde tid, mycket uppmuntran och uppföljning. De diskuterade kring att studieresultatet kunde bero på att uppföljning utfördes för tätt inpå (tre månader), jämfört med andra studier som haft tydliga resultat fem månader efter implementeringen. I Sand-Jeckling och Shermans (2014) artikel diskutera man implementeringen av BSR i praktiken och hur de förberedde sjuksköterskorna för förändringen. Där hade man upprättat videos med olika scenarier av BSR i utbildningssyfte samt att de anpassade SBAR så att det skulle passa in bättre i det nya sammanhanget. Enligt författarna av denna studie skulle det vara av fördel för vårdpersonalen att ett rapporteringsverktyg likt SBAR utvecklades som tog hänsyn till att rapporteringen skedde vid sängkanten. Ett exempel är rapporteringsverktygen ISBAR och ISHAPED som båda är försedda med en introduktionsdel som passar bra vid BSR då patienten och vårdpersonalen som ska ta över inte alltid har träffats tidigare. I Sand-Jecklin och Sherman (2014) hade en del i rapporteringen lagts till där patienten tillfrågades om tillåtelse att få utföra rapporteringen vid sängkanten vilket enligt författarna av denna studie kan ge sjuksköterskan och patienten en trygghet i en situation som BSR. Då kan patienten bestämma om denne vill delta eller inte och sjuksköterskan kan oroa sig mindre för att bryta sekretessen. Författarna av denna studie har diskuterat att en del som borde ingå i rapporteringsverktyget för att säkra patientens delaktighet och att personcentrerad omvårdnad tillämpas är att patientens egen upplevelse av sin situation är en tydlig del av rapporteringsverktyget. Vi anser

att om rapporteringsverktyget har en avsedd del för patienten, kommer inte patientens delaktighet att påverkas av sjuksköterskans inställning i lika stor utsträckning och patienten vågar ta för sig mer.

Vid BSR uppstod en ökad känsla av säkerhet och trygghet hos patienterna då de erhöll kunskap och kunde hålla sig uppdaterad på information och rätta felaktig information. I studien gjord av Sand-Jecklin och Sherman (2014) framkom det att BSR förebyggde risken för vårdskador som läkemedelsfel och fall. Tre månader efter sitt införande hade läkemedelsfelen minskat med 50 procent och tretton månader efter införandet hade mängden fall minskat med 80 procent. I Sverige finns Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och enligt den är patientsäkerhet att vårdtagaren ska skyddas mot vårdskador och inte skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Lagen definierar vårdskada som något som lett till att patientens fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Sveriges riksdag, 2018). Att arbeta patientsäkerhet är enligt Arimany-Manso & Martin Fumadó (2017) att arbeta förebyggande och vidta åtgärder som syftar till att mildra, minska och eliminera de negativa resultat som tillkommer som ett resultat av vårdprocessen. De vanligaste orsakerna till att patientsäkerheten brister och en vårdskada uppstår är organisationens rutiner, information, teknik och kommunikation (Chard & Makary, 2015; Novak & Fairchild, 2012). Utifrån artiklarnas resultat anser författarna av denna studie att BSR minskar ledet av informationsöverföring och när information inhämtas direkt från patienten minskar risken för att tolkningar och felaktig information förs vidare. Detta stöds även i andra artiklar som Anderson och Mangino (2006) och Maxson, Derby, wroblewski och Foss (2012) där de anser att BSR ökar patientsäkerheten genom att minska de led kommunikationen går i. När patienten blir informerad om sin vård, sitt hälsotillstånd och kan involvera sig i vården samt rätta felaktig information som kan förekomma under rapportering bidrar det enligt författarna till en säkrare vård och en säkerhetskänsla hos patienten. En annan säkerhetsfördel med BSR är att sjuksköterskan kan observera tillståndet av patienten. Utifrån det kan en bedömning av vem som behöver hjälp först göras och därefter en prioritering av arbetsuppgifterna. Det kan också uppmana sjuksköterskan som slutar att komma ihåg viktig information som bör lämnas och sjuksköterskan som börjar sitt skift att ställa ytterligare frågor (McAllen, Stephens, Swanson-Biearman, Kerr & Whiteman, 2018). I en studie från Malfait, Van Hecke, Van Biesen och Eeckloo (2018) uppvisades det dock att patientens möjlighet att höra och rätta fel i informationen kunde avskräcka sjuksköterskan från användning av BSR. De tyckte att det kunde påverka deras professionalism och för att skydda den kunde sjuksköterskan tillföra ett beteende som avskräckte patienten från att delta under BSR. Studiens resultat visade på att sjuksköterskan spelar en stor roll för patientens förutsättning att få vara en aktiv partner i BSR, vilket även styrks av Malfait et al. (2018). Enligt oss författare påverkas patienternas upplevelse av BSR negativt om sjuksköterskan inte stödjer och följer de riktlinjer som finns för användning av BSR.

Inom svensk hälso- och sjukvård gäller Offentlighet- och sekretesslagen (SFS, 2009:400), en lag som finns till för att skydda patienternas personliga integritet. Lagen omfattar bland annat handlingssekretess och tystnadsplikt och måste följas av all personal inom vården. Det är viktigt att lagar och riktlinjer följs för att upprätthålla förtroendet för vården. Att bryta mot sekretessen genom att lämna ut journalhandlingar eller uttala sig muntligen kan ge böter eller fängelse upp till ett år (SFS, 1962:700). Utifrån studiens resultat upplevde patienterna ingen större problematik när det kom till sekretessen under BSR. De kunde identifiera konflikten men de flesta ansåg att det inte var något som störde dem då alla patienter var i samma situation (Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Kerr et al., 2013; Olasoji et al., 2018; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014; Köberich, 2014; Whitty et al., 2017). Det framkom dock från artiklarna

att sjuksköterskan upplevde sekretessen som bristfällig vid BSR (White-Trevino & Dearmon, 2018; Bruton et al., 2016; Sand-Jecklin & Sherman, 2014). Detta resonerar vi författare beror på de lagar och riktlinjer som man som vårdpersonal måste följa kring sekretess och tystnadsplikt. Enligt Malfait, Van Hecke, Van Biesen och Eeckloo (2018) studie tyckte 60 procent av sjuksköterskorna i studien att sekretessen var ett problem och var en av de största anledningarna till att de motsatte sig implementeringen av BSR. Artikelns författare hävdar samtidigt att BSR inte utgör ett så pass stort hot mot sekretessen att det bör undvikas, men att personalen ska arbeta aktivt för att skydda privat information i den mån det går. Detta stöds även i en artikel skriven av Oxelmark, Whitty, Ulin, Chaboyer, Goncalves och Ringdal (2019) där de belyser samma problematik med lagar kring sekretess men att de inte bör stoppa användningen av BSR då det har en god effekt på patienten och samarbetet i teamet. Att göra patienten delaktig vid BSR och samtidigt beakta sekretessen kan för sjuksköterskan bli en utmaning eftersom hänsyn ska tas till flera lagar. Samtycke från patienterna inhämtas vid inskrivning på avdelningen och för att skydda individen är det viktigt att föra en dialog med patienten redan då om vilken information denne önskar få delad vid en bedsiderapportering. De olika professionerna har sina respektive ansvarsområden när det kommer till information som ska delges patienten. Skulle sjuksköterskan, med patientens samtycke, dela med sig av känslig information och patienten upplever informationen inte borde ha delats vid sängkanten uppstår en situation där sjuksköterskan kommer i kläm. Ett dilemma kan då uppstå där sjuksköterskan inte vill orsaka lidande och samtidigt är rädd för att bli anmäld och förlora sin legitimation. Att sjuksköterskan upplever sekretessen som ett större hinder än patienten kan bero på att lagen finns till för att skydda patienten och inte sjuksköterskan enligt författarna i denna studie.

Malfait, Van Hecke, Van Biesen och Eeckloo (2018) beskriver vidare hur sjuksköterskorna kände sig osäkra över vad för information de kunde dela och hur de skulle dela den vilket även framkommer i Köberich (2014) och Khuan och Hanafiah Juni (2017). Enligt den förstnämnda studien ställer BSR krav på sjuksköterskan förmåga att kommunicera känslig information samt kunna avväga vad som är känslig information för patienten och bör tas upp bort från sängkanten. Författarna av denna litteraturöversikt anser att all information inte är lämplig att ta upp vid BSR, till exempel ny information om undersökningsfynd eller nydiagnostiserade sjukdomar vilket även diskuteras i Kerr et al. (2013). Det är därför viktigt att organisationen har tydliga anvisningar för vem som har ansvar över att förmedla olika typer av information. Många svenska slutenvårdsavdelningar bedriver vård i flerbäddssalar och det är en fördel att stämma av med patienter som befinner sig på en flerbäddssal om de vill att rapporten ska ske vid sängen, om de vill ta sig till ett annat mer privat utrymme eller om de vill avstå medverkan i BSR. Det finns även avdelningar som testat ge patienterna på flerbäddssalar hörselkåpor som ett försök att förbättra och bevara sekretessen, något författarna läst i sociala medier.

BSR är intressant för samhället och vården att undersöka och forska på då den är tänkt att främja många av de riktlinjer och mål som finns inom sjukvården när det kommer till arbetet runt personer i behov av vård. BSR uppfyller sjuksköterskans kärnkompetens personcentrerad vård och sätter krav på sjuksköterskans kompetens att kunna förmedla kunskap och information till patienten. Patienterna uppskattade att de synliggjordes som personer i och med sin delaktighet i BSR (McMurray et al., 2011; Jeffs et al., 2014; Lu et al., 2014). Enligt författarna erhöll patienterna information och kunskap från sjuksköterskan som var anpassad utifrån deras behov och kunde hjälpa dem samt ge guidning för att kunna fatta beslut om sin vård. BSR såg till att patienten var bättre informerad om sin hälsa samt att sjuksköterskan fick en bättre förståelse för patienten som person och patientberättelsen kunde ligga till grund för

den fortsatta vården. Det gynnade vårdrelationen mellan patienten och sjuksköterskan vilket gjorde att de kunde bygga ett förtroende och en personligare relation till varandra vilket är viktiga komponenter inom PCO (Jeffs et al., 2014; McMurray et al., 2011; Morgado et al., 2011; Kerr et al., 2013; Ekman et al., 2011). BSR medförde enligt författarna att de personer som söker vård och är ineliggande på sjukhus får en större insyn i sitt hälsotillstånd och kunskap om vården. Det främjar bilden och upplevelsen av vården för patienten och kan förhindra vårdskador som felaktiga läkemedelsdoser och uteblivna omvårdnadsåtgärder.

Bedsiderapportering ökar patientens delaktighet i vården och stärker deras autonomi och inflytande vilket bidrar till en förbättrad hälsa. En god hälsa är enligt FNs globala hållbarhetsmål 3, *God hälsa och välbefinnande*, en grundläggande förutsättning för människors möjlighet att utveckla sina förmågor och bidra till samhällets utveckling (United Nations Development Program, 2015). Enligt Sveriges folkhälsopolitiska målområde 7 *Kontroll, inflytande och delaktighet* ska alla människor, för att uppnå jämlik hälsa, känna att de har kontroll över sina egna liv, förtroende för andra, har inflytande och delaktighet i samhället. Författarna av denna litteraturöversikt anser att bedsiderapportering och personcentrerad omvårdnad synnerligen bidrar till en förbättrad och mer jämlik folkhälsa. Enligt målområde 2 *Kunskaper, kompetenser och utbildning* är det viktigt att människor genom lärande och utbildning får erhålla resurser och möjligheten att påverka den egna situationen för att uppnå jämlik hälsa. Att delge patienten information kontinuerligt och på ett sätt där patienten får komma till tals och stå i centrum kan bidra till att patienten upplever mindre oro och rädsla samt att följsamheten till rekommendationer och läkemedel ökar. Enligt målområde 2 finns det ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa, där människor med högre utbildningsnivå har bättre livsvillkor och levnadsvanor (Folkhälsomyndigheten, 2019). I studien av Whitty et al. (2017) var kvinnliga patienter och patienter med lägre utbildningsnivå mer benägna att vilja ha en bedsiderapportering, jämfört med manliga patienter och patienter med högre utbildning. I studien framkom det inte om männen eller kvinnorna upplevde bäst hälsa, men det stärker bilden av att det finns ett tydligt samband mellan hälsa och utbildning.

Metoddiskussion

En litteraturöversikt genomfördes av författarna för att belysa det aktuella forskningsläget avseende patienters upplevelse av BSR i slutenvården. Modellen lämpar sig bra eftersom den möjliggör en sammanställning av resultat från flera studier med olika syften, där BSR och patientens upplevelse har varit i fokus. En litteraturöversikt är enligt Kristensson (2014) att föredra framför empiriska studier när det exempelvis finns ett behov av att sammanställa forskningsresultat från andras forskning för att kunna besvara en specifik klinisk undersökningsfråga och försöka förstå eller lösa det specifika kliniska problemet. Enligt Friberg (2017) är en litteraturöversikt lämplig för skapa sig en överblick och beskrivande sammanställning av ett specifikt forskningsområde. Därför var modellen lämplig för studien då författarna ville kartlägga och förstå vilken betydelse och inverkan BSR hade på patienten inom slutenvården. Alternativet till en litteraturöversikt hade varit att genomföra en kvalitativ intervjustudie där patienter på avdelningar som tillämpar BSR hade intervjuats. Det ansågs dock svårt sett till de förutsättningar som fanns för skrivandet av det självständiga arbetet.

Författarna valde att endast inkludera artiklar publicerade de tio senaste åren för att erhålla den senaste forskningen vilket kan ses som en styrka. Det kan även ses som en svaghet eftersom BSR är ett relativt nytt begrepp som varit aktuellt de senaste 20 åren och det finns därför inte obegränsat med forskning att tillgå. Detta avspeglas även i att begreppet inte finns

som MeSH-term, något som kan ses som en svaghet eftersom sökträffarna behövt förlita sig på att författarna funnit alla definitioner av BSR på egen hand. En annan svaghet med metoden är att informationen som utläses från artiklarna har tolkats av författarna. Författarna har svenska som modersmål och artiklarna som studien baserats på alla är skrivna på engelska vilket kan leda till att översättningen från engelska inte alltid tolkats rätt (Kjellström, 2017). Studien består av både kvalitativ och kvantitativ data som enligt Forsberg och Wengström (2015) anses styrka litteraturöversikten eftersom det medför ett bredare perspektiv. Studiens resultat är dock främst baserat på kvalitativ data då syftet är formulerat utifrån patienters upplevelser och då har författarna ansett att studier som inkluderat patienternas egna formulerade svar som var mer relevanta till syftet. En annan styrka studien har är att artiklar har hämtats från två olika databaser där en av databaserna är en central databas för omvårdnad och den andra för medicin vilket ökar studiens trovärdighet enligt Henricson (2017). Studiens teman togs fram genom att författarna genomförde en integrerad analys. Det var relativt tydligt för författarna vad studiens teman var efter genomläsningen och sammanfattning av artiklarnas resultat. Det som uppfattades svårt var att många teman gick in i varandra och hur teman bäst formulerades för att undvika upprepningar i dem. Författarna identifierade fem olika teman som presenterades i resultatet som huvudkategorier. För att undvika upprepningar i resultatdiskussionen lyftes de fyra viktigaste fynden fram från resultatet och diskuterades vilket även Kristensson (2014) rekommenderar.

De hinder som under arbetets gång påträffades var framtagandet av sökord, sökstrategier och åtkomsten av artiklar. Det gavs möjligheten av Sophiahemmets bibliotek att boka in ett tillfälle för databashandledning för att optimera sökord och sökstrategier för att uppnå en hög sensitivitet och specificitet, vilket rekommenderas av Henricson (2017). Innan detta tillfälle uppfattade författarna att sökningarna som gjorts var välgjorda och begränsade men tillfället visade att sökningarna var i behov av att utvecklas då de inte genererade de träffar som hade önskats. Innan databashandledningen hade studien 11 sökningar. Efter handledningen framkom nya sökord i fritext, MeSH-termer och CINAHL headings och en ny sökstrategi sattes ihop. Till skillnad från den första sökningen, bestod den nya sökningen av två blocksökningar som sattes ihop med booleska operatören "AND". Sökorden i blocken anpassades utifrån de olika databasernas MeSH-termer och fritextsökningar som använts för att söka artiklar. Detta resulterade i att studien i slutändan hade två sökningar, en i varje databas, med en hög sensitivitet och specificitet där alla artiklar som förekommer i studiens resultat med undantag för två förekom. Åtkomsten av artiklar var i vissa fall begränsade vilket ibland upplevdes som ett problem under skrivprocessens gång. De artiklar som författarna haft begränsad tillgång till och ansett värda att granska utifrån abstraktet har beställts av Sophiahemmets Bibliotek mot en kostnad. Det har förekommit att artiklar vars titel och nyckelord varit av intresse för studien men vars abstrakt inte varit tillräckligt informerade för att författarna ska ha tagit beslutet att beställa dem av Sophiahemmets Bibliotek. Detta kan ha påverkat studien negativt i form av att vetenskapliga artiklar som varit relevanta för studiens syfte och resultat inte kunnat inkluderas.

De flesta artiklar som resultatet baserats på kom fram till en positiv uppfattning av BSR. De tog upp och diskuterade eventuella problem och förbättringsområden men belyste framförallt BSR som något positivt. I en artikel skiljde sig resultatet från övriga artiklar genom att ingen signifikant skillnad av patienternas upplevelse av delaktighet uppstod efter införandet av BSR. Enligt Polit och Beck (2017) kan det finnas en tendens att forskningsstudier som kommit fram till statistiskt signifikanta resultat haft en större chans att bli publicerade, medan de som inte haft någon signifikant effekt inte haft en lika stor chans att publiceras vilket lett till att resultatvärdet kan bli skevt, så kallat publikationsbias. Bias betyder skevhet eller

systematiska fel vilket nästan alltid uppstår i en studie enligt Kristensson (2014). En studie med många systematiska fel kommer få ett påverkat resultat och därför är det viktigt att författarna försöker motverka detta för att bibehålla studiens validitet. Mätfel innebär enligt Kristensson (2014) att de hjälpmedel och instrument som använts för att erhålla svar på undersökningsfrågan varit felkonstruerade och använts på fel sätt. Inför denna studie konstruerades inga egna mätinstrument eller undersökningsfrågor och det har därför varit viktigt att granska de inkluderade studiernas mätinstrument. Artiklar vars mätinstrument var otydliga och svåra att förstå inkluderades inte i studien för att motverka en negativ påverkan på resultatet. Bortfallsfel innebär att de som deltar i studien lämnar studien och att alla data inte samlats in. I en artikel som resultatet baserats på förekom det ett större bortfall som förklarades tydligt av artikelförfattarna. Studien hade både kvantitativa och kvalitativa undersökningar där deltagarantalet hade minskat inför den kvalitativa undersökningen. Anledningen till detta var att de personer som ingick i undersökningsgruppen tyckte det var mer ansträngande att behöva svara på de kvalitativa frågorna som fokuserade på den subjektiva upplevelsen än de kvantitativa där det enbart var kryssvar. Den kvantitativa datan i artikeln ansågs inte vara relevant för denna studies resultat. Därför ansågs inte bortfallet som något negativt i denna studies resultat.

Granskningen av artiklarna gjordes av författarna på separat håll för att öka studiens validitet och motverka bias som forskarfel. Forskarfel innebär att forskarna av olika anledningar påverkar studien enligt Kristensson (2014). Detta kan förekomma då författarna har tidigare erfarenheter, åsikter och kunskaper om ämnet och arbetsområdet som påverkar författarens objektivitet och ger utrymme för subjektivitet. Att läsa artiklarna självständigt motverkade att författarna påverkades av varandra åsikter, kunskaper och värderingar av den informationen som skulle tas in. Resultatet kan ha påverkats av författarnas tidigare kunskaper, erfarenheter och tolkning av artiklarna genom att man omedvetet letar efter den fakta som bekräftar sin egna uppfattning av det som undersöks när man läser. Detta förebyggdes i studien genom att artiklarna granskades av författarna på olika håll för att inte påverkas av varandras tolkningar av informationen. Därefter presenterade vardera av författarna vad de kom fram till och diskuterade uppfattningarna i de fall dessa skiljde sig åt.

En del av de inkluderade artiklarna tog upp både sjuksköterskans och patientens upplevelse vilket kan förklaras av att båda parterna behöver närvara vid en BSR. Författarna av denna litteraturöversikt har vid genomläsning av dessa artiklars resultat varit noga med att endast inkludera patienternas upplevelser och det har tydligt behövt framgå i artiklarna att det är patientens upplevelse som presenteras, till exempel med citat eller tydliga rubriker. Att artiklar med både sjuksköterskans och patientens perspektiv inkluderats kan ses som en svaghet eftersom ansvaret att ta fram patientperspektivet låg på författarna. Å andra sidan finns det heller inte tillräckligt många studier utförda som svarar mot denna litteraturöversikts syfte och urvalskriterier där endast patientperspektivet inkluderats. Författarna kan av den anledningen påverkats av sjuksköterskans upplevelse i studierna vilket är en svaghet.

Författarna anser att det definitivt finns forskning att tillgå när det kommer till ämnet och till en början upplevdes det som att det fanns gott om artiklar att välja mellan. Men under granskningsprocessen blev det tydligt att utifrån de kvalitetskrav, avgränsningar, inklusionskriterier och exklusionskriterier studien hade var utbudet av artiklarna ändå begränsat. Det fanns artiklar som föll bort på grund av deras publiceringsdatum, inte undersökte rätt grupp, hade för svag vetenskapligevidens och var otydliga kring vems upplevelse de presenterade vid resultatredovisningen. Flertalet av de inkluderade artiklarna har Australien och USA som ursprungsland, vilket kan bero på att det bedrivs mest forskning

om BSR där. Det kan ses som en styrka att artiklar från flera olika länder inkluderades eftersom det ger en överblick över den internationella forskningen, även om alla länder är västerländska och det i sig är en svaghet. Inga inkluderade studier var genomförda i Sverige, men då sjukvården i länderna där studierna genomfördes också håller hög standard anses resultatet vara överförbart på svensk sjukvård.

Författarna har under arbetets gång närvarat vid fem handledningstillfällen tillsammans med en handledare och andra kurskamrater. Vid dessa tillfällen har litteraturöversiktens innehåll och struktur granskats och diskuterats vilket medfört att andra perspektiv än författarnas lyfts, något som förbättrat litteraturöversiktens kvalitet.

Slutsats

Bedsiderrapportering upplevdes av de flesta patienterna som något positivt eftersom det möjliggjorde ett informationsutbyte och inte bara en informationsöverföring. Det främjade och ökade deras delaktighet i vården, kunskap om deras tillstånd och gav dem en bättre relation till vårdpersonalen. Författarna anser att tillämpningen av BSR främjar personcentrerad omvårdnad vilket även är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser. Det möjliggör att patienten som person sätts i centrum av omvårdnaden och får möjlighet till att dela med sig av erfarenheter och information samt erhålla information och bli en aktiv partner i vårdarbetet. I BSR deltar både patienten och sjuksköterskan och det är viktigt för implementeringen av BSR att sjuksköterskan är motiverad och positivt inställd till BSR och att patienten förstår och är medveten om dess funktion.

Fortsatta studier

Flertalet studier författarna av denna litteraturöversikt funnit i databaserna har studerat sjuksköterskans och patientens upplevelse av BSR. Ytterligare kvalitativ forskning avseende enbart patienters upplevelser av BSR i Sverige och utomlands är eftersträvansvärt. Ökad forskning i Sverige skulle öka överförbarheten av BSR i den svenska vården och flera forskningsstudier på ämnet skulle öka evidensen för BSR. I flera studier utgjordes datainsamlingen av enkäter som patienterna erhöll efter utskrivning där de fick redogöra för sin upplevelse av sjukhusvistelsen. I de fall patienterna upplevde att de inte hade haft en bra sjukhusvistelse har det varit försent att hinna förbättra deras upplevelse under den aktuella vårdperioden. Det kan medföra att patienternas bild av vården försämras. För att förhindra detta anser vi att mer borde göras för att ta reda på patienternas upplevelse av BSR under den inneliggande tiden. Det borde även utvecklas en form av rapporteringsmodell likt SBAR och ISHAPED avsedd för BSR då det i flera studier användes modifieringar av det befintliga rapporteringsverktyget för BSR eller gjordes ett eget nytt. Ett gemensamt rapporteringsverktyg för BSR skulle ta hänsyn till information som inte bör lyftas vid en BSR, förslag på öppna frågor för att bjuda in patienten och en tydlig plats för patientens egna reflektioner. I broschyren patienten erhåller med avdelningsinformation ges en förklaring av BSR, vilka tider det sker och förslag på frågor patienten kan ställa.

Klinisk tillämpbarhet

Patienten har enligt lag rätt att medverka och fatta beslut gällande sin vård. Författarna vill med denna litteraturöversikt väcka intresset för bedsiderrapportering eftersom det är ett sätt att öka patientdelaktigheten i slutenvården. Litteraturöversikten har redogjort för fördelar och nackdelar med BSR och inför ett införande av BSR är det viktigt att ha alla aspekter i åtanke. Det handlar bland annat om hur sjuksköterskan ska värna om patientens integritet, anpassa informationen och vara påläst om patientens tillstånd för att uppnå tillit. Det är även viktigt att

vårdpersonalen utbildas i hur BSR tillämpas för att uppnå god effekt, till exempel genom skriftlig information där BSR förklaras eller att personal med erfarenhet av BSR föreläser.

Självständighetsdeklaration

Författarna Isabella Kull och Maria Teshome har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna litteraturöversikt.

REFERENSER

Samtliga artiklar som inkluderats i resultatet föregås av en asterisk (*) i referenslistan.

Achrekar, M. S., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M., & Khattry, N. (2016). Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(1), 45–50. doi: 10.4103/2347-5625.178171

Adams, J. M., & Osborne-McKenzie, T. (2012). Advancing the evidence base for a standardized provider handover structure: Using staff nurse descriptions of information needed to deliver competent care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(6), 261–266. doi: 10.3928/00220124-20120215-88

Anderson, C. D., & Mangio, R. R. (2006). Nurse Shift Report. Who Says You Can't Talk in Front of the Patient? *Nursing Administration Quarterly*, 30(2), 112–22. doi: 10.1097/00006216-200604000-00008

* Baldwin, K. M., & Spears, M. (2019). Improving the Patient Experience and Decreasing Patient Anxiety With Nursing Bedside Report. *Clinical Nurse Specialist*, 35, 28–37. doi: 10.1016/j.iccn.2015.12.001

Berg, A. (1999). *Behandling av personer med depressionssjukdomar*. Stockholm: SBU.
Bergbom, I., & Wiklund Gustin, L. (2017). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

* Bradley, S. & Mott, S. (2013). Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of clinical Nursing*, 23(13-14), 1927–1936. doi: 10.1111/jocn.12403

* Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386–390, 392–393. doi: 10.12968/bjon.2016.25.7.386.

Chard, R., & Makary, M. A. (2015). Transfer-of-Care Communication: Nursing Best Practices. *AORN Journal*, 102(4), 329–339; quiz 330–342. doi: 10.1016/j.aorn.2015.07.009

Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad: i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (1. uppl., ss. 69–96). Stockholm: Liber.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care—Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K., & Behrens J. (2009). Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health, 17*(5), 339-353. doi: 10.1007/s10389-008-0238-1

Folkhälsomyndigheten. (2019). Hämtad 25 mars, 2020, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsoarbete/folkhalsopolitikens-mal/de-attamalomradena-inom-folkhalsopolitiken/>

* Ford, Y., & Heyman, A. (2017). Patients' Perceptions of Bedside Handoff. Further Evidence to Support a Culture of Always. *Journal of nursing care quality, 32*(1), 15-24. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000201

* Ford, Y., Heyman, A. & Chapman L, Y. (2014). Patients' Perceptions of Bedside Handoff: The Need for a Culture of Always. *Journal of nursing care quality, 29*(4), 371-378. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000056

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur

Friesen, M. A., Herbst, A., Turner, J. W., Speroni, K. G., & Robinson, J. (2013). Developing a patient-centered ISHAPED handoff with patient/family and parent advisory councils. *Journal of Nursing Care Quality, 28*(3), 208-216. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31828b8c9c

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 111-119). Lund: Studentlitteratur

International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

* Jeffs, L., Beswick, S., Acott, A., Simpson, E., Cardoso, R., Campbell, H., & Irwin, T. (2014). Patients' Views on Bedside Nursing Handover: Creating a Space to Connect. *Journal of nursing care quality, 29*(2), 149-154. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000035

Kasén, A. (2012). Människa: 'Patient' och 'sjuksköterska' i en vårdande relation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2. uppl., ss. 100-111). Lund: Studentlitteratur

Kjellström, S. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 57-80). Lund: Studentlitteratur

* Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A-M., & McCann, T. (2013). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of Clinical Nursing, 23*(11-12), 1685-1693. doi: 10.1111/jocn.12308

Khuan, L., & Hanafiah Juni, M. (2017). Nurses' Opinions of Patient Involvement in Relation to Patient-centered Care During Bedside Handovers. *Asian Nursing Research*, 11(3), 216-222. doi: 10.1016/j.anr.2017.08.001

Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Socio Medica*, 26(1), 65-67. doi: 10.5455/msm.2014.26.65-67

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi: filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (1. uppl., ss. 21-68). Stockholm: Liber

* Köberich, S. (2014). Nursing Bedside Handover does not Influence Cardiovascular Surgery Patients' Participation in Nursing Care Decision-Making Process: Results Three Months after Implementation. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 823-833.

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53–62. doi.org/10.4065/mcp.2009.0248

* Lu, S., Kerr, D., & McKinlay, L. (2014). Bedside nursing handover: Patients' opinions. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 451-459. doi: 10.1111/ijn.12158

Lunenburg, F. C. (2010) Communication: The Process, Barriers, and Improving Effectiveness. Hämtad 17 februari, 2010, från <https://www.scribd.com/document/71340426/Communication-by-Dr-Fred-C-Lunenburg>

* Lupieri, G., Creatti, C., & Palese, A. (2016). Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 35, 28-37. doi: 10.1016/j.iccn.2015.12.001

Malfait, S., Van Hecke, A., Van Biesen, W., & Eeckloo, K. (2018). Is privacy a problem during bedside handovers? A practice discussion paper. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2288-2297. doi: 10.1177/0969733018791348

Maxson, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D. M., & Foss, D. M. (2012). Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medical Surgery Nursing: The Journal of Adult Health*, 21(3), 140-4.

McAllen, E.R., Stephens, K., Swanson-Bearman, B., Kerr, K., & Whiteman, K. (2018). Moving Shift Report to the Bedside: An Evidence-Based Quality Improvement Project. *Online Journal of Issues in Nursing*, 23(2), 1-1. doi: 10.3912/OJIN.Vol23No02PPT22

McCormack, B., & McCance, T. (Red.). (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell

McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., & Fetherston, C. (2010). Implementing bedside handover: Strategies for change management: Implementing bedside handover. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17–18), 2580–2589. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03033.x

* McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., & Gehrke, T. (2011). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18(1), 19–26. doi: 10.1016/j.colegn.2010.04.004

* Morgado, M., Manuel, T., Nunes, M., & Rosa, L. (2016). Opinions about bedside nursing handover in surgical units: translation, adaptation and validation of questionnaires. *Journal of Nursing Referência*, 4(9), 75-84. doi 10.12707/RIV15030

Newell, S., & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1), 76-87. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1072

Novak, K., & Fairchild, R. (2012). Bedside Reporting and SBAR: Improving Patient Communication and Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(6), 760–762. doi: 10.1016/j.pedn.2012.09.001

Ofori-Atta, J. (2015). Bedside shift report: Implications for patient safety and quality of care. *Nursing*, 45(8), 1–4. doi: 10.1097/01.NURSE.0000469252.96846.1a

* Olasoji, M., Plummer, V., Reed, F., Jacob, S., Shaw, L., Shanti, M., & Cross, W. (2018). Views of mental health consumers about being involved in nursing handover on acute inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 747-755. doi: 10.1111/inm.12361

Olsson, L.-E., Karlsson, J., Berg, U., Kärrholm, J., & Hansson, E. (2014). Person-centred care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty: A quasi-experimental study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 9(1), 95. doi: 10.1186/s13018-014-0095-2

Oxelmark, L., Whitty, J.A., Ulin, K., Chaboyer, W., Oliveira Goncalves, A. S., & Ringdal, M. (2019). Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: Evidence from a discrete choice experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 105(103444). doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103444

Patton, L. J., Tidwell, J. D., Falder-Saeed, K. L., Young, V. B., Lewis, B. D., & Binder, J. F. (2017). Ensuring Safe Transfer of Pediatric Patients: A Quality Improvement Project to Standardize Handoff Communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 44-52. doi: 10.1016/j.pedn.2017.01.004

Reinbeck, D. M., & Fitzsimons, V. (2013). Improving the patient experience through bedside shift report: *Nursing Management (Springhouse)*, 44(2), 16–17. doi: 10.1097/01.NUMA.0000426141.68409.00

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B. & Plos, K. A. E. (2008). An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum*, 43(1), 2-11. doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x

* Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2014). A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2854- 2863. doi: 10.1111/jocn.12575

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 20 november, 2019, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 20 november, 2019, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care: A Narrative Review. *Safety in Health*, 4(7). doi: 10.1186/s40886-018-0073-1

Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen. (2012a). *Socialstyrelsens termbank: Öppen vård*. Hämtad 4 februari, 2020, från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=737&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen. (2012b). *Socialstyrelsens termbank: Slutet vård*. Hämtad 4 februari, 2020, från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=734&SrcLang=sv>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/strategi-for-kvalitetsutveckling-inom-omvardnad.pdf>

United Nations Development Program. (2015). *Globala målen för hållbar utveckling*. Hämtad 25 mars, 2020, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

White-Trevino, K., & Dearmon, V. (2018). Transitioning Nurse Handoff to the Bedside: Engaging Staff and Patients. *Nursing Administration Quarterly*, 42(3), 261-268. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000298

* Whitty, J. A., Spinks, J., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2017). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 20(4), 742-750. doi: 10.1111/hex.12513

* Wildner, J., & Ferri, P. (2012). Patient Participation in Change-of-Shift Procedures: The Implementation of the Bedside Handover for the Improvement of Nursing Quality in an Italian Hospice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 14(3), 216 - 224. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation. (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. Hämtad från <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>

World Health Organisation. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Hämtad från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;jsessionid=DF8EAC4D8FE46F49383D6A21B03DAC95?sequence=1

World medical association (2018). *World Medical association declaration of Helsinki: Ethical principles of medical research involving human subjects*. Hämtad 25 novmeber 2019 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

BILAGA A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

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 deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal 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 deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få 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 deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få 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 deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få 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. Avvsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

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

BILAGA B

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Baldwin, K. M., & Spears, M. 2019 USA	Improving the Patient Experience and Decreasing Patient Anxiety With Nursing Bedside Report	Studiens syfte var att utforska patientupplevelserna i en interventionsgrupp som deltog i BSR och jämföra med en kontrollgruppen som inte deltog.	Design: Mixad metod Urval: Alla som var inlagda på avdelningen blev tillfrågade att delta. Studien gjordes på två avdelningar på ett sjukhus. Datainsamling: Patienterna fick en dagbok att fylla i varje dag under deras vistelse. Därutöver tillkom intervju- och enkätfrågor om ångest och kvaliteten på vården. Interventionsgruppen fick även svara på frågan om hur det var att delta i BSR. Analys: Tematisk innehållsanalys	Kvalitativ 55 (18) Kvantitativ 73	Hos interventionsgruppen förbättrades deras uppfattning av vården, deras delaktighet, kommunikation, relation till sjuksköterskan och säkerhet vid BSR. BSR minskade även interventionsgruppens ångest och oro över att vara inlagda på sjukhus.	K och CCT II
Bradley, S. & Mott, S. 2013 Australien	Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals	Syftet var att studera den empiriska processen och resultaten av genomförandet av sjuksköterska-till-sjuksköterska BSR på tre sjukhus i södra Australien.	Design: Mixad metod Urval: Engelsktalande, 18 år fyllda och inläggande på sjukhus. Datainsamling: Via etnografiska intervjuer och enkäter. Enkätstudie tre månader innan och efter studien. Analys: Spradley's (1979) taxonomiska analysprocess	9	Patienter föredrog BSR över den traditionella överrapporteringen som inte inkluderar patienten. Den största skillnaden från tidigare rapporteringsätt var att BSR gav patienten en möjlighet att diskutera sitt tillstånd med sjuksköterskan, blev presenterade för personen som arbetade under skiftet samt att fick möjligheten att vara mer delaktiga i vården. Patienterna uppskattade det sociala som förekom i och med BSR.	K och 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

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. 2016 Storbritannien	Nurse handover: patient and staff experiences	Att förstå syftet, inverkan och erfarenheten av sjuksköterskans överskrifning: ur ett patient- och personalperspektiv	Design: Kvalitativ Urval: Bekvämlighetsurval på två akutmottagningsavdelningar. Tillräckligt bra mående för att orka med en intervju på minst 30 minuter, kunna ge ett skriftligt samtycke samt läsa och tala engelska. Datainsamling: Åtta semistrukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades. Intervjuerna lästes och kodades innan de analyserades. Analys: Pragmatisk tematisk innehållsanalys. Data hanterades med NVIVO.	8	Patienternas åsikter om delaktighet vid BSR varierade, men de värdesatte BSR som en möjlighet att få information, kunna identifiera och rätta fel samt kunna lägga till information om deras tillstånd.	K II
Ford, Y. & Heyman, A. 2017 USA	Patients' Perceptions of Bedside Handoff: Further Evidence to Support a Culture of Always	Syftet med studien var att validera tidigare resultat av signifikanta positiva korrelationer mellan frekvensen av BSR och patientens tillfredsställelse, förståelse för deras vård, deltagande i vård och känsla av säkerhet; Utvärdera effektiviteten för strategier för att främja hållbarhet vid genomförandet av handoff-handoff; och effekten av BSR på patienter rapporterade förtroende för sjuksköterskan.	Design: Kvantitativ observationsstudie Urval: 18 år fyllda, flytande i engelska, ingen diagnos av demens eller förvirring, kunde ge informerat samtycke, tillbringade hela vistelsen på studieavdelningen och upplevde minst tre överskrifningar. Datainsamling: Enkätundersökning med frågor om utbildning, kön, ålder, patienternas upplevelse av BSR och om deras förtroende till sjuksköterskan. Analys: Ett deskriptivt statistiskt tillvägagångssätt. Pearsons korrelationskoefficient användes för att fastställa om ett statistiskt signifikant samband fanns mellan den rapporterade frekvensen av BSR och studievariabler. Därefter användes ANOVA och post hoc-analys för att bestämma varför svaren skiljde sig åt. Alla dataanalyser genomfördes med IBMs SPSS, version 20 för Windows.	103	Patienterna fick en ökad förståelse för vården, kände sig mer involverade och fick reda på planeringen för deras kommande vård.	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

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Ford, Y., Heyman, A. & Chapman L, Y. 2014 USA	Patients' Perceptions of Bedside Handoff: The Need for a Culture of Always	Syftet var att identifiera patienters upplevelse av BSR genom direkta och kvantitativa mätvärden.	Design: Kvantitativ Urval: 18 år fyllda, tala och skriva engelska flytande, ingen demensdiagnos eller förvirring, uppfylla sjukhusets kriterier för informerat samtycke, var tvungna att ha tillbringat hela vistelsen på studieavdelningen och ha upplevt minst 3 överrapporteringsrapporter. Datainsamling: Enkätundersökning Analys: Pearson korrelation användes för att avgöra om det fanns förhållanden mellan patienternas demografiska egenskaper och deras svar på enskilda artiklar, och också för att avgöra om betydande relationer fanns mellan BSR och svar på enskilda artiklar. IBMs statistiska paket för samhällsvetenskap, version 20 för Windows 25, användes för att analysera deltagarnas svar.	103	BSR hade en positiv inverkan på patienters upplevelse av säkerhet, förståelse och tillfredsställelse men enbart när det gjordes regelbundet.	P I
Jeffs, L., Beswick, S., Acott, A., Simpson, E., Cardoso, R., Campbell, H., & Irwin, T. 2014 Kanada	Patients' Views on Bedside Nursing Handover: Creating a Space to Connect	Syftet var att undersöka patienters erfarenhet och upplevelser associerade med implementering av BSR.	Design: Kvalitativ Urval: Minst 18 år fyllda, patient på en av avdelningarna som hade implementerat BSR, kunna förstå engelska och kunna ge ett informerat samtycke. Datainsamling: 45 intervjuer med fyra intervjufrågor som spelades in och transkriberades för att analyseras. Analys: Riktad innehållsanalys	45	BSR bidrog till en personligare relation mellan patienten och sjuksköterskan. En presentation av sjuksköterskan och möjligheten att presentera sig själv ökade patienternas välbefinnande. Det gav dem möjligheten att ställa frågor och engagera sig i vården. De flesta ville vara med vid varje överrapportering, några föredrog att delta en gång per dag och vissa föredrog en passiv roll. En del patienter ville inte att andra skulle höras deras privata information.	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

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A-M. & McCann, T. 2013 Australien	Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside	Syftet var att undersöka patienters syn och perspektiv på BSR i akutverksamheten.	Design: Kvalitativ Urval: Patienter var skyldiga att kunna kommunicera på engelska i tal, vara mentalt alerta och minst 18 år. Patienter uteslöts från att delta om de hade svår smärta, akut psykisk sjukdom, förvirring eller var medicinskt instabila. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer som hölls och spelades in två månader efter införandet av BSR på avdelningen. Frågor om risker, fördelar och begränsningar ställdes. Varje intervju tog uppskattningsvis 20 minuter. Analys: Tematisk innehållsanalys	30	Två huvudteman identifierades. Det första var att patienter upplevde att BSR ökade den individuella vården och gav patienten möjlighet att bidra med sin kunskap och erfarenheter. Det andra temat tog upp att känslig information måste hanteras diskret för att bibehålla sekretessen och skydda patienternas integritet.	K I
Köberich, S. 2014 Tyskland	Nursing Bedside Handover does not Influence Cardiovascular surgery Patients' Participation in Nursing Care Decision-Making Process: Results Three Months after Implementation	Syftet var att utvärdera effekten av BSR och patienters uppfattning av gemensamt beslutsfattande i omvårdnaden och sidoeffekt av BSR.	Design: Kvantitativ icke-experimentell Urval: Patienter som hade tillräckligt god tyska för att kunna fylla i frågeformuläret, var över 18 år och ansågs av ansvarig sjuksköterska kunna delta i undersökningen. Datainsamling: Frågeformulär Analys: Datan analyserades med Kolmogorov-Smirnov-test, t-test, Mann Whitney U-test, Chi-2-test och Fisher's exact test samt med hjälp av IBM SPSS Statistic,	154 (55)	Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader vad gäller patientens uppfattning om beslutsaspekter. De flesta patienterna upplevde processen i beslutsfattandet gällande deras omvårdnad som paternalistisk, både före och efter implementeringen av BSR. Inga biverkningar av implementeringen av BSR kunde upptäckas.	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

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Lu, S., Kerr, D., McKinlay, L. 2014 Australien	Bedside nursing handover: Patients' opinions	Syftet var att undersöka patienters upplevelse av BSR.	Design: Kvalitativ Urval: 18 år eller äldre, engelsktalande, inlagd på avdelningen minst över natten och ha observerat minst två BSR och må tillräckligt bra för att orka genomgå en intervju i 30-40 minuter. Datainsamling: Individuella semistrukturerade djupintervjuer som spelades in. Frågorna som ställdes var generella och syftade till att uppmuntra svar. Analys: Interpretativ fenomenologisk analys. Intervjuerna transkriberades.	30	Patienterna uppskattade den inkluderande tonen BSR hade. Det gav de möjlighet att erhålla kunskap och information, bidra till vårdarbetet och minska kommunikationsfel. Att få vara med under överrapporteringen ökade deras självförtroende. De flesta patienterna var bekväma med att diskutera sitt hälsotillstånd under BSR, så länge känslig hanterades med försiktighet. En del patienter tyckte det fanns utrymmer för förbättring av BSR.	K I
Lupieri, G., Creatti, C., Palese, A. 2016 Italien	Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study	Syftet med denna studie var att beskriva erfarenheterna av postoperativa hjärt-thoraxkirurgiska patienters upplevelse av sjuksköterskans BSR.	Design: Kvalitativ Urval: Patienter som genomgått hjärt-thoraxkirurgi, bevittnat minst två BSR, minst 18 år gammal, kapabla att kommunicera på italienska, kognitivt kompetenta och kliniskt stabila. Kunna ge ett informerat samtycke. Datainsamling: Bakgrundsinformation inhämtades från sjuksköterskeanteckningar. Därefter genomfördes semistrukturerade intervjuer med sex öppna frågor som spelades in. Analys: Intervjuerna transkriberades och gemensamma teman mellan deltagarna identifierades för att kunna dra en slutsats och rama in en fullständig beskrivning av deras upplevelse. Därefter antogs Polit och Becks (2014) beskrivande kvalitativa strategi i följande steg: bracketing, analysering och beskrivning.	14	Patienterna var positivt inställda till BSR, men skulle föredra att vara mer involverade i processen. Det medicinska språket kunde vara en faktor till att patienterna inte kunde delta. Patienterna var nöjda med att få delta i överrapporteringen eftersom det gav de möjligheten att bidra med information.	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

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
McMurray, A., Chaboye, W., Wallis, M., Johnson, J., Gehrke, T. 2011 Australien	Patients' perspectives of bedside nursing handover.	Studiens syfte var att undersöka patienternas perspektiv på deltagande i sjuksköterskans skift-till-skift BSR.	Design: Kvalitativ fallstudie Urval: Engelsktalande, varit ineliggande på avdelningen minst en natt och orka med en intervju i 30-60 minuter. Patienter som var kritiskt sjuka, hade infektioner eller som inte kunde ge informerat samtycke exkluderades. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer som spelades in och bestod av nio frågor. Varje intervju varade mellan 45-60 minuter. Analys: Intervjuerna transkriberades och analyserades genom en tematisk innehållsanalys.	10	Patienterna uppskattade att de vid BSR fick presentera sig själva, att de främst sågs som personer och de kände sig bekräftade i partnerskapet. Patienterna värdesatte att ha tillgång till information fortlöpande och även om alla inte ville delta i BSR, såg de sin roll som viktig för att upprätthålla noggrannhet och att rätt information fördes vidare. Patienternas deltagande i påverkades bland annat av hur väl sjuksköterskan uppmuntrade patienten. Två patienter på en fyrbäddssal upplevde att sekretessen var ett problem för att salen delades av både män och kvinnor.	K I
Morgado, M., Manuel, T., Nunes, M., & Rosa, L. 2016 Portugal	Opinions about bedside nursing handover in surgical units: translation, adaptation and validation of questionnaires	Studien syftade till att översätta och validera enkäter för datainsamling om BSR i kirurgiska enheter till portugisiska, och identifiera patienter och sjuksköterskors åsikter om BSR i kirurgiska enheter på ett centralt sjukhus i Portugal.	Design: Kvantitativ Urval: Inklusionskriterierna var deltagande i minst två BSR eller bara en om patienten sedan tidigare hade deltagit i en på samma enhet. Exklusionskriterierna var bland annat om patienten inte ville delta, nedsatt syn-, hörsel- och talförmåga, förvirring och inget eller endast ett deltagande i BSR. Datainsamling: Enkät med 36 frågor gavs ut till patienter två kirurgiska avdelningar. Analys: Den insamlade informationen analyserades med hjälp av Statistical Package for the Social Sciences version 17.0, Likert-skala med Varimax-rotation, Cronbachs alfa, Pearsons korrelation, Bartlett's test of sphericity och Bardins innehållsanalys.	96	För patienterna var BSR viktigt för att de fick en presentation av sjuksköterskan och en möjlighet att presentera sig själva. De erhöll mer information om sin behandling vid BSR vilket gjorde de att kände sig säkrare. En del upplevde att deras behandling planerades i partnerskap. De flesta upplevde att sjuksköterskan skulle prata under BSR och att de andra skulle lyssna. Sextio procent av deltagarna upplevde att de aldrig deltog under BSR, där främsta anledningen var att sjuksköterskan inte uppmuntrade till det. Ättiofyra procent ville att BSR fortsatte.	P I

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

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

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Olasoji, M., Plummer, V., Reed, F., Jacob, S., Shaw, L., Shanti, M. & Cross, W. 2018 Australien	Views of mental health consumers about being involved in nursing handover on acute inpatients units	Syftet var att utforska synpunkterna från patienter med en psykisk sjukdom, utan föregående involvering i en överslagssamling, om deras behov av att vara inkluderade i överlämnandet på en akutpsykiatrisk slutenvårdsavdelning.	Design: Kvalitativ Urval: Vårdades på avdelning där studien genomfördes och hade tillbringat minst 5 dagar där innan intervjuerna startade samt att de kunde lämna skriftligt samtycke. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer med 11 frågor Analys: Intervjuerna transkriberades och verifierades sedan av den första författaren som lyssnade på den digitala inspelningen. Därefter gjordes en tematisk innehållsanalys.	11	BSR gav patienterna en möjlighet till en aktiv roll i omvårdnaden, veta vad deras plan för dagen var, ställa frågor och rätta felaktig information. Om sekretessen oroad patienterna avstod de från att delta i BSR, likaså om det skedde i fel miljö. Patienterna ville själva bestämma om anhöriga skulle få vara med vid BSR. Vissa var oroliga över att en konflikt mellan vårdtagare och sjuksköterskan skulle kunna uppstå.	K II
Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. 2014 USA	A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation	Syftet var att kvantifiera kvantitativ resultat av en förändring i överslagssamlingen till en blandad BSR	Design: Kvantitativ kvasiexperimentell Urval: Sju avdelningar på ett universitetssjukhus. Inga konkreta inklusions eller exklusionskriterier framkommer. Datainsamling: Anonym enkätundersökning. Data samlades även in gällande fall, övertid och medicinska fel. Studiens följdes upp 3 och 13 månader efter start. Analys: ANOVA, deskriptiv analys och tematisk kodning.	Vid start 233, efter 3 månader 157 och efter 13 månader 154 (79)	Det förekom flera positiva utfall efter implementeringen av BSR. Patienterna upplevde omvårdnaden som god och att sjuksköterskorna brydde sig och var professionella. Patienterna kände sig informerade eftersom de fick bra förklaringar under BSR. Kritik uppstod från en del patienter då BSR inte utfördes regelbundet och främst agerade som en introduktion av inkommande sjuksköterska.	P I

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

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

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Whitty, JA., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., Chaboyer, W. 2017 Australien	Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment	Syftet var att beskriva och jämföra patienters och sjuksköterskors preferenser gällande implementering av BSR.	Design: Discrete choice experiment (DCE). Deltagarna fick föreställa sig olika scenarier som syftade till att efterlikna verkligheten. Sedan fick de välja vilket av de förbestämda svarsalternativen i enkäten de tyckte svarade bäst mot scenariot. Svartalternativen var insorterade i olika nivåer och gav olika betydelse. Urval: minst 18 år, engelsktalande samt inlagda minst två dygn Datainsamling: Enkäter. Analys: En regressionsanalys gjordes i NLogit statistical software (ChoiceMetrics, version 5 2012).	401 (85)	Patienterna föredrog BSR framför andra rapporteringssätt. För patienterna var inbjudan att delta, att få stödja samt stärka tvåvägskommunikationen, ha en anhörig närvarande och att ha två sjuksköterskor snarare än omvårdnadsteamet närvarande viktigast. Patienterna uttryckte en svag preferens att få känslig information överlämnat diskret vid sängen.	P I
Wildner, J., & Ferri, P. 2012 Italien	Patient Participation in Change-of-Shift procedures: The implementation of the Bedside Handover for the Improvement of Nursing Quality in an Italian Hospice	Syftet var att beskriva BSR i stället för den traditionella formen av rapportering med hjälp av erfarenheter från internationell nivå.	Design: mixad metod Urval: Hospice-patienter inom slutenvården och deras familjemedlemmar, patienter och anhöriga tillfrågades om samtycke och patienterna tillfrågades om de ville ha anhöriga närvarande. Datainsamling: Frågeformulär med fem ställda frågor och intervjuer. Analys: Deskriptiv statistisk analys	18 (3)	Åttio procent av patienterna och familjemedlemmarna kände sig inte alls störda av BSR och resterande 20 procent kände sig bara lite störda. Alla patienter svarade att deras kunskap om personalen hade förbättrats avsevärt till följd av BSR och uttryckte sin uppskattning av ökat förtroende. Alla patienter/familjemedlemmar ansåg att BSR ökade deras känsla av säkerhet.	K och 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