

## ÖVERRAPPORTERING

- **En litteraturöversikt om informationsöverföring mellan  
sjuksköterskor**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 160404

Kurs: K45

Författare: Sara van den Bos

Författare: Elin Dahlberg

Handledare: Camilla Tomaszewski

Examinator: Karin Bergkvist

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Inom hälso- och sjukvården genomför sjuksköterskan patientöverlämningar för att föra över ansvaret för patienter till en kollega. I denna ska mycket information förmedlas och för att det ska ske korrekt behöver kommunikationen fungera effektivt.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva muntlig informationsöverföring vid överrapportering mellan sjuksköterskor på sjukhus.

### **Metod**

Litteraturöversikt som inkluderade 15 vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ metod. Studierna inhämtades i databaserna CINAHL och PubMed samt genom manuell sökning. De analyserades i en integrerad analys som resulterade i tre teman.

### **Resultat**

Det framkom att överrapporteringen utfördes varierade. Informationsöverföring med strukturerade modeller användes i några studier och attityden mot dem varierade bland de som inte brukade sådana. Patientöverlämningarna skedde på olika platser och genomfördes antingen av patientansvarig sjuksköterska eller av sjuksköterskan som var skiftledare. Mest efterfrågad information var nuvarande status och vårdplan.

### **Slutsats**

Professionellt ansvar, patientsäkerhet, vårdskada och informationsöverföring har en tydlig koppling. Sjuksköterskan kan vårda patienter utifrån den information de fått, därför är det av vikt att informationen förmedlas på ett tydligt sätt. För att kunna göra det behövs de bästa förutsättningarna för informationsöverföring skapas, vilket till exempel kan ske genom införandet av en standardiserad modell.

**Nyckelord:** Informationsöverföring, kommunikation, patientöverlämning, överrapportering

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	4
<b>BAKGRUND</b> .....	4
<b>Kommunikation</b> .....	4
<b>Patientsäkerhet</b> .....	5
<b>Vårdskada</b> .....	6
<b>Informationsöverföring vid överrapportering</b> .....	6
<b>Modeller för överrapportering</b> .....	7
<b>Problemformulering</b> .....	9
<b>SYFTE</b> .....	10
<b>METOD</b> .....	10
<b>Val av Metod</b> .....	10
<b>Urval</b> .....	10
<b>Datainsamling</b> .....	10
<b>Databearbetning</b> .....	13
<b>Dataanalys</b> .....	13
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	13
<b>RESULTAT</b> .....	14
<b>Rapportens innehåll</b> .....	14
<b>Rapportens genomförande</b> .....	15
<b>Rapportens stöd av modeller</b> .....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	17
<b>Resultatdiskussion</b> .....	17
<b>Metoddiskussion</b> .....	19
<b>Slutsats</b> .....	21
<b>REFERENSER</b> .....	23

## BILAGA A-C

## **INLEDNING**

Enligt Socialstyrelsen (2009) sker ungefär 100 000 vårdskador årligen i Sverige. Brister i kommunikationen anges vara en av de vanligaste orsakerna till vårdskador i svensk hälso- och sjukvård. Informationsöverföring vid patientöverlämning är en situation där kommunikationen sjuksköterskor emellan riskerar att misslyckas. Information som meddelas korrekt är en förutsättning för att upprätthålla en säker vård (Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014). På många avdelningar saknas en rutin för hur sådana informationsöverföringar ska gå till vilket resulterar i att den genomförs olika från gång till gång (Sodhi, Sharma & Kaur, 2015).

## **BAKGRUND**

### **Kommunikation**

Kommunikation kan förklaras som ett ömsesidigt utbyte mellan två personer (Fossum 2013; Siemsen et al., 2012). Det kan också beskrivas som något som blir gemensamt och att göra någon delaktig samt som informationsöverföring (Fossum 2013; Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2013). En typ av kommunikation är den som sker mellan sjuksköterskor som genomför en patientöverlämning (SSF, 2013) Sjuksköterskor är tränade i att ha konversationer och vara tydliga mot patienter och anhöriga, men inte lika utbildade i att kommunicera med varandra (Sharp, 2012). Alla personer har olika erfarenheter och tolkningar som kan påverka kommunikationsprocessen, vilket gör att ett budskap som är självklart för sändaren kan ha missuppfattats av mottagaren (SSF, 2013). Exempelvis kan personal från olika avdelningar eller specialiteter ha olika erfarenheter och förväntningar på kommunikationen (Mukhupadhyay et al., 2015).

En anledning till att dialogen brister kan vara ineffektiva informationsvägar som att information förmedlas när mottagaren är upptagen och inte har möjlighet att fokusera på att ta till sig det som sägs (Sharp, 2012; SSF, 2013). En annan orsak kan vara brister i vårt uttrycksätt såsom att en tydlig struktur för hur utbytet ska ske saknas (Sharp, 2012). Kommunikationen inom och mellan yrkesgrupper kan påverkas av hierarkiska strukturer, exempelvis att personal på grund av osäkerhet undgår att informera arbetsledaren om eventuella säkerhetsrisker (SSF, 2013). Ytterligare skäl att informationsöverföringen misslyckas kan vara stress (Sharp 2012) vilket är någonting som många sjuksköterskor upplever (Sharma et al., 2014). Stress gör oss irriterade, mindre rationella och ökar risken för misstag. Det kan även vara att informationen inte bekräftas mellan sändare och mottagare eller att sändaren inte är tydlig med vem budskapet är riktat till (Sharp, 2012). Siemsen et al. (2012) har funnit att otydlig kommunikation resulterar i nedsatt patientsäkerhet. Deltagare beskriver att patienter förts till fel avdelning eller att patientöverlämningar utförda på telefon orsakat att mottagande personal haft fel förväntningar på patienten. I Sverige är bristande kommunikation en av de vanligaste orsakerna till vårdskada (Socialstyrelsen, 2009).

Ett område i sjukvården där kommunikationsfel uppträder är läkemedelhantering (Sharp, 2012) vilket Drach-Zahavy & Hadid (2015) påvisar i sin undersökning rörande fel som begåtts i relation till en patientöverlämning. Behandlingsfelen definierades som avvikelser från förskrivna vård. Upptäckten gjordes att vid flera tillfällen hade till exempel bara halva den förskrivna dosen administrerats. Dessutom förekom försenade eller utförda åtgärder, som att antibiotika uteblivit eller administrerats på fel tid.

## Patientsäkerhet

I Patientsäkerhetslagen [PSL] (SFS, 2010:659, kap. 1, 6 §) definieras patientsäkerhet som skydd mot vårdskada. Där stadgas att varje vårdgivare har till ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt att vårdskador förebyggs (SFS, 2010:659, kap. 3, 1 §). Patientsäkerhet och patientöverlämning sjuksköterskor emellan är starkt relaterade till varandra och är en situation där informationsöverföringen riskerar att brista (Birmingham, Buffum, Blegen & Lyndon, 2015; Matney, Maddox & Staggers, 2014). Risken finns att information om en behandlingsåtgärd inte förmedlas vilket kan leda till att den utförs sent eller inte alls (Birmingham et al., 2015).

Vårdmiljön kännetecknas av ett högt arbetstempo (SSF, 2013) och hög arbetsbelastning vilket kan orsaka stress (Gholamzadeh, Sharif och Rad, 2011; Poulsen, Poulsen, Baumann, McQuitty & Sharpley, 2014). Dessutom förekommer ofta övertidsarbete (Griffiths et al., 2014; Rogers, Hwang, Scott, Aiken & Dinges, 2004). Det finns ett samband mellan längre arbetspass och sämre vårdkvalitet (Griffiths et al., 2014; Rogers et al., 2004). Det mest förekommande är att skiften på sjukhus delas upp i tre, där varje pass är åtta timmar. Det har uppmärksammats att när personalbyten sker finns en risk att information utelämnas och den nya arbetsgruppen inte får ta del av den vilket kan leda till att avvikelser, till exempel vårdskada uppstår (SSF, 2013). Om det sker kan behandlingar eller diagnoser bli försenade eller helt utebli (Smeulers et al., 2014). Vid en överrapportering är det många upplysningar som ska delas och det sker samtidigt som verksamheten på kliniken fortgår. För att inte riskera patientens säkerhet är det därför viktigt att kommunikationen är välfungerande och effektiv (McKechnie, 2015). För att förebygga de fel som kan uppstå kan hälso- och sjukvården införa riskmedvetna strategier för patientöverlämning (Drach-Zahavy & Hadid, 2015).

Patientsäkerhetsarbetet ska utgå ifrån ett systemperspektiv istället för att enbart fokusera på individen (Sharp, 2012; Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). När fel begås ska inte enbart en person pekas ut eftersom det inte är ett effektivt sätt att förebygga liknande incidenter. Istället ska orsakerna som bidrog till att felet begicks stå i fokus (Kohn et al., 2000). Det är mänskligt att fela och människor kommer alltid göra misstag men om systemet inklusive organisation, rutiner och arbetsmiljö förbättras minskar riskerna för mänskliga fel (Sharp, 2012). Vanligt är att patientsäkerhetsarbete sker i tankar om orsak och verkan, att minska fel och förhindra brister. Ett annat sätt att närma sig patientsäkerhetsarbete är ett proaktivt förhållningssätt där fungerade strategier framhålls. Genom diskussion i personalgruppen kan nuvarande fungerande arbetssätt förtydligas och stärkas samtidigt som brister och risker i systemet lyfts. På så sätt kan patientsäkerheten stärkas genom att eventuella risker upptäcks förebyggs (Edvinson, 2016).

En miljö som arbetar med att minimera antalet missöden orsakade av mänskliga faktorn där det borde vara vanligt är så kallade High Reliability Organisations [HRO:s], till exempel flygindustrin. Där skapas en struktur som minskar risken för att en människa misslyckas. De uppmuntrar avvikelserapportering, arbetar för att undvika återupprepning av misstag och är väl medvetna om att de små felen är viktiga för att få en tydlig bild av verksamheten. För att få en bra struktur på informationsöverföringen har hälso- och sjukvården inspirerats av dessa (Weick & Sutcliffe, 2007). Sharp (2012) betonar att det också finns en risk att bara fokusera på systemperspektiv eftersom det kan leda till att personalen inte tar sitt professionella ansvar.

Alla måste vara uppmärksamma på risker eller avvikelser och kunna kommunicera kring dessa.

## **Vårdskada**

Vårdskada definieras i PSL som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården." (SFS, 2010:659, kap. 1, 5 §). Eftersom sjukvården är en högriskmiljö där beslut gällande vård ska fattas, ibland brådskande, sker misstag som kan ge oerhörda konsekvenser (Sharp 2012). Det ska föreligga kunskap om avvikelserapporteringssystem och personalen ska känna att avvikelser tas på allvar och återkopplas. Personalen ska känna sig trygga i att rapportera risker och händelser (Sharp, 2012). I PSL (SFS, 2010:659, kap. 3, 5 §) stadgas att vid händelser som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälan göras till Inspektion för vård och omsorg [IVO], denna regel kallas Lex Maria. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28) fastslås att händelser som uppkommit på grund av brister i arbetsrutin, i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter ska anmälas till IVO.

## **Informationsöverföring vid överrapportering**

Information kan delas upp i informationsutbyte och informationsöverföring. Informationsutbyte baseras på tvåvägskommunikation medan informationsöverföring sker genom en envägsmonolog, vilket är vanligast i sjukvården (Fossum, 2013). Det kan också vara viktig kunskap om specifika händelser eller omständigheter vilket Siemsen et al. (2012) tar upp. Ibland saknas information gällande inkommande patienter, exempelvis information om blodgruppering på patienter som anländer med blödning (Siemsen et al. 2012). Överrapportering sker exempelvis vid skiftbyte där patientansvarig sjuksköterska meddelar sin kollega, de genomför en patientöverlämning (SSF, 2013).

Överrapportering kan gå till på flera sätt till exempel muntligt, men även att medarbetarna själva läser på om patienten genom journalanteckningar, så kallad skriftlig eller tyst rapport (Sharp 2012). Den kan också ske vid patientens säng, så kallad bedside handover (Kerr, McKay, Klim, Kelly & McCann, 2014). En del sjuksköterskor tycker att muntlig överrapportering är att föredra eftersom det är möjligt att direkt ställa frågor eller förtydliga information (Johnson, Carta & Thronson, 2015).

Hur sjuksköterskor väljer att strukturera upp informationen de ger eller får är olika från person till person (Birmingham et al, 2015). Somliga sjuksköterskor väljer att skriva ner all information de tar emot under överrapporteringen på ett papper, när de sedan rapporterar vidare till efterföljande kollega är det samma papper de använder som underlag. Några sjuksköterskor använder egna system för hur de skriver ner och vissa antecknar enligt ett givet system för informationsöverföring (Birmingham et al., 2015). Några använder färdiga formulär eller håller allt i huvudet och en del använder elektroniska hjälpmedel. Andra hjälpmedel är preoperativa checklistor, medicinska journaler och vårdplaner (Manias, Geddes, Watson, Jones & Della, 2016). De olika systemen gör att kvaliteten kan variera mellan vilken sjuksköterska som ger den och vad just den personen väljer att framhäva (Johnson et al., 2015). Det framkommer i en studie av Mukhopadhyay et al. (2014) där vilken information som ansågs mest användbar varierade mellan sjuksköterskor som mottog informationen.

Patientöverlämning resulterar i en uppfattning om patienterna men syftar också till att få förståelse för situationen på avdelningen (Birmingham et al., 2015).

En överrapportering bör vara ett sätt att ge patienten en säker vård och inte ses som något som bara måste göras eller som tar onödigt tid från det som en person hellre vill göra (Jorm, Withe & Kaneen, 2009). På många avdelningar saknas en exakt rutin för hur en överrapportering ska genomföras vilket kan göra att de ser olika ut från gång till gång (Sodhi et al., 2015). Om den utförts effektivt, till exempel med stöd i en standardiserad rutin (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2015), ökar kontinuiteten i vården och risken för fel och vårdskador minskar (SKL, 2015; Jorm et al., 2009). En förutbestämd ordning för informationsöverföringen har många fördelar; det hjälper personer som är oerfarna att rapportera att få med all information, det ser till att informationen kommer i en logisk ordning och att ingenting utelämnas. En sådan modell gör att det är lättare att uppmärksamma om någonting förbises (Marshall, Harrison & Flanagan, 2008).

### **Modeller för överrapportering**

I New South Wales (NSW Health, 2009) i Australien har det publicerats riktlinjer för hur patientöverlämningen ska ske som inkluderar mer än bara hur informationen ska redovisas, vid namn Standard Key Principles. De har delat upp överrapporteringen i sju punkter, ledarskap, uppskatta rapporten, patientöverlämning, deltagare, avsatt tid, avsatt plats och process. En person ska ha övergripande ansvar, alla ska presentera sig, det ska ske på specifik plats och under en avgränsad tid. Om möjligt ska patienten bli tillfrågad att delta. Patientöverlämningen avhandlar informationsöverföringen i sig. För att informationsöverföringen ska vara tydlig och alltid se likadan ut finns en punkt om att det ska användas en modell som bland annat innehåller en presentation av patienten, nuvarande status och sjukdomshistoria. Vilken modell som ska användas är upp till sjukhusen själva, men det ska uppfylla alla dessa punkter.

En modell som kan användas är situation, bakgrund, aktuellt och rekommendation [SBAR] (se Bilaga A) som utvecklades av den amerikanska flottan. En tydlig beskrivning av situationen eller problemet som har föranlett kontakten, relevant bakgrundshistorik ska ingå för att mottagaren ska kunna sätta sig in i personens situation. Vidare ska nuvarande tillstånd presenteras, med till exempel vitalparametrar och sist ska vilka rekommendationer på åtgärder som finns (SKL, 2010). Identifikation, situation, bakgrund, bedömning och genomförda åtgärder och rekommendationer [ISBAR] liknar SBAR men innehåller skillnader. Med ISBAR ska patientens namn, ålder och rumsnummer tas upp i början av informationsöverföringen. Dessutom är betydelsen av bokstaven A ändrad till att beskriva intryck av rådande situation och genomförda åtgärder (Thompson et al., 2011).

Yee, Wong och Turner (2009) hade som avsikt att utveckla en standardiserad modell för att förbättra sjuksköterskors och läkares överrapportering mellan skiften. De utvecklade HAND ME AN ISOBAR (se Bilaga A). Till skillnad från SBAR som endast tar upp vilken information om patienten som ska överföras, tar HAND ME AN ISOBAR också upp andra faktorer vid överrapporteringar. Modellen tar exempelvis upp förberedelserna inför en överrapportering, det ska finnas personal som har ansvar för patienterna medan den pågår för att säkerställa patientsäkerheten och minska störningar. Det ska även säkerställas att alla personer är på plats innan överrapporteringen inleds och en utsedd ledare ska övervaka överlämningen av patientinformation. Sjuksköterskorna som börjar sitt arbetspass ska erhålla

information om rådande miljön och situationen på avdelningen för att lättare kunna planera och fördela arbetsuppgifterna.

På en akutmottagning i Australien uppmärksammades brister i informationsöverföringen, felaktiga diagnoser rapporterades, mediciner missades och försämring hos patienterna rapporterades inte. Flera oerfarna sjuksköterskor började arbeta på avdelningen och kände ett behov av att använda standardiserade modeller för överrapportering, vilket bekräftade att det behövdes en säker, enkel och tillförlitlig modell. En modell utvecklades och innehöll sex steg: presentation av patienten med namn och ålder, vitalparametrar, intag och miktions, nuvarande plan, in- eller utskrivningar och kontrollera dokumentationen [P-VITAL] (Wilson, 2011). Ett annat exempel på att framföra information på ett tydligt sätt är att först presentation patienten och sedan plan för patientens vård följt av bakgrundsinformation, nuvarande tillstånd samt observationer och mål med vården. Den kallas, Identification, Care plan, Clinical history, Clinical status, Outcomes/Goals of care [ICCCO] (se Bilaga A) och kategoriserar likvärdigt sätt information i en förutbestämd ordning (Johnson et al., 2014).

### **Sjuksköterskans professionella ansvar**

Ett betydande begrepp för vårdvetenskapen är ansvar som ur ett vårdvetenskapligt perspektiv ses som ett etiskt krav och en nödvändig plikt mot den andra och mot en själv. Professionellt ansvar innebär att stå till svars för sina handlingar och hantera både positiva och negativa konsekvenser. Det kan också innebära ett övergripande ansvar gentemot hälso- och sjukvården (Sjögren, 2012), eller rent konkret att genomföra sin plikt eller att axla ansvar för åtgärder som ska utföras (Siemsen et al., 2012). En uppgift som ingår i sjuksköterskans professionella ansvar är att ha ansvar för patienter samt att kunna motta och själv överföra det till en annan sjuksköterska (Siemsen et al., 2012). En annan är att effektivt kunna kommunicera med kollegor eller andra vårdgivare för sin roll i att påverka patientens vård (Adams & Osborne-McKenzie, 2012).

Det professionella ansvaret för sjuksköterskan styrs mestadels av principer och riktlinjer (Sjögren, 2012). En sådan är Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] som stadgar hur hälso- och sjukvård ska bedrivas i Sverige, bland annat finns ett krav på säkerhet och kontinuitet i vårdkedjan (SFS, 1982:763, kap. 2a, § 5). Ett annat exempel är PSL, där det fastslås att en person inom hälso- och sjukvården är ansvarig för att fullgöra sina uppgifter (SFS 2010:659, kap. 6, 1 §). Sjuksköterskan styrs också av International Council of Nurses [ICN] etiska kod för sjuksköterskor (2014) som nämner fyra områden av sjuksköterskans ansvar: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Vidare beskrivs de professionella värden sjuksköterskan ska uppvisa, som är lyhördhet, respektfullhet, medkänsla, trovärdighet och integritet. Sjuksköterskan har ansvar för att utveckla och tillämpa riktlinjer inom omvårdnad.

Även SKL (2015) betonar det professionella ansvaret i sitt nationella ramverk för förbättringsarbete gällande patientsäkerhet att hälso- och sjukvården ska tillämpa rutiner som förebygger och minskar risker för vårdskador. Det ska även införas rutiner för god dialog för övergångar och kommunikation mellan olika delar i verksamheten. Det professionella ansvaret innebär enligt Sjögren (2012) att på ett kompetent sätt utföra sina uppgifter för att slippa känna skuld för de beslut som görs i arbetet. Ansvarstagande ska inte missbrukas genom att subjektivt bedöma patientens behov.



## **Problemformulering**

Patientsäkerhet och patientöverlämning är starkt relaterade till varandra och en svag punkt för informationsöverföring (Birmingham et al., 2015). På många avdelningar saknas en exakt rutin för hur överrapporteringen ska genomföras vilket kan göra att den ser olika ut från gång till gång (Sodhi et al., 2015). Hur sjuksköterskorna väljer att strukturera upp rapporten de ger eller får är olika från person till person (Birmingham et al., 2015). Det gör att kvaliteten kan variera mellan vilken sjuksköterska som ger den och vad just den personen väljer att framhäva (Johnson et al., 2015). Oavsett vilken vårdinstans det gäller bör en överlämning vara ett sätt att ge patienten en säker vård och inte ses som något som bara måste göras eller som tar onödig tid från det som en person hellre vill göra (Jorm et al., 2009). Att informationen meddelas korrekt är viktigt för att upprätthålla en säker vård och minskar risken för vårdskador (Jorm et al., 2009; Smeulers et al., 2014). Med bakgrund av detta väcktes ett intresse att beskriva informationsöverföring mellan sjuksköterskor som genomför en överrapportering.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva muntlig informationsöverföring vid överrapportering mellan sjuksköterskor på sjukhus.

## **METOD**

### **Val av Metod**

Metoden som valdes var en litteraturöversikt. Friberg (2012) förklarar att en litteraturöversikt syftar till att på ett strukturerat sätt skapa en översikt och en beskrivande sammanställning av kunskapsläget inom ett visst område, i det här fallet inom omvårdnad. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) beskriver ett systematiskt granskande och kvalitetsbedömande arbetssätt är den metodansats som är vanligast inom evidensbaserad hälso- och sjukvård inklusive omvårdnad. Den innehåller en uttalad systematik och alla led i arbetet redovisas för läsaren (Willman et al., 2011).

### **Urval**

Urvalskriterierna valdes utifrån studiens syfte i enighet med Danielson (2012) och syftar till att avgränsa forskningsområdet och fastställa huvuddragen i sökningen (Willman et al., 2011). Vid en litteraturöversikt ska sökningen ske efter fasta kriterier för inkludering och exkludering som författarna satt upp (Rosén, 2012). Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska och vara publicerade från år 2005 till 2016. Publiceringsår och språk är två kriterier som Forsberg och Wengström (2008) föreslår som begränsningar. Artiklarna skulle vara granskade av en oberoende part (så kallat peer-reviewed) vilket är en kvalitetssäkring (Karlsson, 2012). Vidare var kravet att artiklarna skulle handla om muntlig överrapportering (patientöverlämning; patient hand off) mellan sjuksköterskor på sjukhus. Artiklar som jämförde muntlig och skriftlig överlämning eller artiklar där den muntlig information kompletterades med skriftlig inkluderades också. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades, eftersom det bidrar till ett varierat urval vilket, enligt Kristensson (2014), ökar studiens tillförlitlighet. Exklusionskriterier var vetenskapliga artiklar som handlade enbart om skriftlig överrapportering och de som fokuserade på patienternas syn på överrapportering. Det fanns inga exklusionskriterier gällande vilket land studierna kom från. Vidare exklusionskriterier var andra sjukvårdsgrupper, exempelvis läkare och sjukgymnaster samt psykiatrisk vård.

### **Datinsamling**

Datinsamlingen genomfördes under januari och februari månad år 2016 i databaserna Public Medline [PubMed] och The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] (se tabell 1). Sökning i databaser är det vanligaste sättet att hitta relevanta studier och för att göra en systematisk litteratursökning i tillräcklig omfattning bör fler än en databas användas (Willman et al., 2011). CINAHL är en databas som innehåller artiklar från alla engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter som godkänts av de som ansvarar för CINAHL. PubMed är en gratisversion av National Library of Medicines databas Medline som innehåller referenser till tidskrifter inom bland annat medicin och omvårdnad men också andra medicinska områden. Det är den äldsta och mest kända databasen och kan användas för att söka vetenskaplig litteratur. CINAHL är en databas som fokuserar mer på omvårdnadsvetenskapligt innehåll än Medline/PubMed gör. Även manuella sökningar

genomfördes eftersom att det enligt Willman et al. (2011) är ett bra sätt att komplettera en databassökning.

### Databassökning

Till en början användes fritextsökning med orden patient handover och nursing i CINAHL och PubMed. Patient handover övergick senare till patient handoff eftersom det var både en Medical Subject Headings [MeSH-term] och en CINAHL heading som täcker de svenska begreppen patientöverlämning och överrapportering. I PubMed användes MeSH-termerna patient handoff och patient safety. CINAHL headings som användes var staff nurse, shift reports, patient hand off (patient safety). I båda databaserna användes också sökningar med fritext, vilka var nurse, handover, communication, information, nursing, SBAR, bedside. Alla sökord kombinerades med AND (se tabell 1). Bestämda söktermer eller nyckelbegrepp är viktigt för att göra en strukturerad sökning (Kristenson, 2014).

När träffar uppnått lästes först studiernas titlar, om de motsvarade studiens syfte lästes studiens abstrakt. För artiklar som bedömdes ha relevanta abstrakt lästes hela artikeln. Artiklarna lästes först av en författare och om de ansågs vara relevanta skrevs de ut och lästes av den andra författaren för att kunna ta ett gemensamt beslut gällande inkludering. Sökningarna som syns i tabell ett genomfördes individuellt av författarna.

Tabell I valda sökordskombinationer vid databassökning i PubMed och CINAHL.

Databas Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Abstract	Lästa	Inkluderade
Cinahl 160126	Nurse AND Handoff	2005-2016 peer reviewed engelska	99	29	7	1
Pubmed 160201	Handover AND communication	10 år engelska	297	12	5	1
Cinahl 160304	cinahl heading: staff nurse AND cinahl heading: shift reports	2005-2016 engelska	37	8	1	1
Cinahl 160201	cinahl heading: patient handoff (patient safety) AND information AND nursing	2005 - 2016 peer reviewed, research article, engelska	70	20	6	4
Cinahl 160201	cinahl heading: patient handoff(patient safety) AND cinahl heading: shift reports	2005 - 2016 peer reviewed, research article, svenska, engelska	98	8	5	3
Pubmed 160126	cinahl heading: Patient handoff AND cinahl heading: patient safety	Engelska, 10 år	95	5	3	2
Cinahl 160226	SBAR AND nurse	2005 - 2016 peer reviewed, research article, engelska	21	3	3	1
160226 Cinahl	Bedside AND cinahl heading: patient handoff (patient safety)	2005 - 2016 peer reviewed, research article engelska	40	3	2	1
Manuell sökning						1
<b>Summa</b>			<b>757</b>	<b>88</b>	<b>32</b>	<b>15</b>

### Manuell sökning

Manuella sökningar genomfördes för att hitta relevanta artiklar som kompletterade databassökningen. Dessa påträffades i vetenskapliga artiklars referenslistor. En artikel identifierades och inkluderades med hjälp av detta söksätt.

## **Databearbetning**

Bearbetningen av de vetenskapliga artiklarna gjordes med Sophiahemmet högskolas eget bedömningsunderlag som är modifierat utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) samt Willman et al. (2011) (Bilaga B). Valda artiklar sammanfattades utifrån studiens syfte, metod och resultat och sammanställdes i en matris (Bilaga C).

## **Dataanalys**

Databassökningen resulterade i 15 inkluderade vetenskapliga artiklar. För att kunna presentera resultatet på ett tydligt sätt genomfördes en integrerad analys av de vetenskapliga artiklarna. En sådan analysmetod gör det möjligt att ställa artiklarna i relation till varandra och få en överblick (Kristensson, 2014). Först lästes artiklarna igenom artiklarna individuellt och egna anteckningar fördes för att finna likheter och skillnader. Anteckningarna jämfördes sedan för att urskilja kategorier eller teman. Artiklarnas titlar skrevs ner och under varje titel skrevs likheter och skillnader ner. På så sätt kunde det sammanfattas till de teman som presenteras i resultatet. I de fall där författarna antecknat olika delar fördes en diskussion och en argumentation för att kunna bedöma om det var relevant för resultatet eller inte. Ingenting exkluderades enbart av anledningen att endast en författare noterat det. Vidare granskades artiklarnas kvalitet enligt bilaga B, vilket presenteras i bilaga C.

## **Forskningsetiska överväganden**

Helgesson (2015) definierar forskningsetik som “systematisk analys och reflektion kring etiska problem som uppstår i samband med forskning” (s. 21). I arbetet med en uppsats är det av vikt att ha ett etiskt förhållningssätt till det som studeras. I den här litteraturöversikten har de inkluderade artiklarna lästs flera gånger för att undvika feltolkningar. Författarna har eftersträvat att hålla sig öppna och neutrala i förhållande till resultaten som lästs samt undvika att egna värderingar skulle prägla den egna studiens resultat. Författarna har försökt avstå från att värdera informationen i resultaten utan bedömt studierna utifrån om de besvarat syftet. Anledningen till det är att försöka minska risken att bara artiklar som upplevs innehålla rätt svar inkluderas. Alltså artiklar som bekräftar eventuella förutfattade meningar om vad resultatet skulle bli.

Vid studier som inkluderar människor ska etiskt tillstånd införskaffas innan studien genomförs (Kristensson, 2014). Den här uppsatsen avsåg ingen direktkontakt med människor eftersom det var en litteraturöversikt varför inget sådant behövdes. Däremot var författarna noga med att granska studiernas metod och genomförandedel samt att göra en helhetsbedömning för att avgöra om de var etiskt försvarbara (Kristensson, 2014). Det säkerställdes också att alla studier hade etiskt godkännande.

Författarna har inte haft någon som helst avsikt att plagiera någon annans material och översikten kommer genomgå kontroll i Urkund, ett verktyg som används för plagiatkontroll. Plagiat är en vetenskaplig oredlighet som innebär att använda en annan persons text och sedan framställa den som sin egen, vilket är en form av lögn (Gustafsson, Hermerén & Petterson, 2011). Eftersom att referenshantering och citathantering också ingår i det forskningsetiska övervägandet (Forsberg & Wengström 2008) var det viktigt att hantera källorna noggrant vilket gjordes med hjälp av Sophiahemmet högskolas mall för referenshantering enligt APA.

## RESULTAT

Vid analys av de inkluderade artiklarna framkom tre teman: rapportens innehåll, rapportens genomförande och rapportens stöd av modeller. Dessa presenteras i en integrerad analys.

### Rapportens innehåll

Flera studier fastslog att patientens nuvarande tillstånd och vårdplan är den mest användbara informationen att erhålla vid överrapportering (Drach-Zahavy, Goldblatt & Maizel, 2014; Jefferies, Johnson och Nicholls, 2012; Staggers, Clark, Blaz & Kapsandoy, 2012). Även bakgrundsinformation (Staggers et al., 2012) och medicinska diagnoser framhölls betydelsefull (Drach-Zahavy et al., 2014). I andra studier redogjordes för fem kategorier av information som ansågs användbar: presentation av patienten, presentation av patientens problem, vårdplanen, information om vilken behandling som givits och observationer som sjuksköterskan gjort (Klim, Kelly, Kerr, Wood & McCann, 2013; Johnson, Jefferies & Nicholls, 2012). Det framhölls att personerna som gav informationen tyckte att det var viktigt att den var prioriterad, koncis och gavs i en kronologisk ordning (McFetridge, Gillespie, Goode & Melby 2007)

Sjuksköterskorna uttryckte i flera studier att de kände sig bra informerade om patienterna de ansvarade för och var av åsikten att informationen var aktuell (Kerr, Lu McKinlay & Fuller., 2011; Klim et al., 2013; O'Connel, Macdonald & Kelly, 2008; Street et al., 2011). I Kerr et al. (2011) var upplevelsen att tillräcklig information erhöles om avdelningens övriga patienter medan bara vissa i Klim et al. (2013) upplevde det. En fördel beskrevs vara att veta basal information om andra patienter på avdelningen eftersom sjuksköterskan ibland hjälpte andra patienter än de hade ansvar för (Chaboyer, McMurray & Wallis., 2010). Det förekom att information upplevdes som subjektiv, exempelvis att egna uppfattningar angående patient eller anhöriga förmedlades under rapporten (Kerr et al., 2011; Sarvestani, Moattari, Nasrabadi, Momennasab & Yektatalab, 2015; Street et al., 2011). Vissa ansåg att information de upplevde adekvat utelämnades (Kerr et al., 2011; O'Connel et al., 2008). Hälften av sjuksköterskorna upplevde att vitala parametrar utelämnades samt några ansåg att information om läkemedel utelämnades (Klim et al., 2013).

Upplevelsen bland sjuksköterskorna var att de kunde hålla sig fokuserade under rapporten (Klim et al., 2013; Kerr et al., 2011; O'Connel et al., 2008). Kerr et al. (2011) beskrev även att nästan alla förstod informationen som förmedlades. Information som framkom under alla patientöverlämningar var patientens namn (Sarvestani et al., 2015). I Sarvestani et al. (2015) var det övrigt mest frekvent förekommande information om läkemedel, vilket motsägs av Jefferies et al. (2012) som konstaterade att det förekom sällan. Bakgrundsinformation framkom nästan uteslutande (Johnson et al., 2012). I Jefferies et al. (2012) och i Sarvestani et al. (2015) nämns den bara i vissa fall. I hälften av rapporterna förekom information om tester, diagnos och vårdplan (Sarvestani et al., 2015).

Studierna berörde även hur den erhållna informationen antecknades. Sjuksköterskorna hade ett förifyllt papper utskrivet från datorn som innehöll information om patienten (Chaboyer et al., 2010); Kerr et al., 2011; Staggers et al., 2012). Enligt Chaboyer et al. (2010) kunde det exempelvis innehålla information om bland annat ålder, inskrivningsorsak och förändringar i patientens tillstånd. Staggers et al. (2012) beskrev att vissa valde att använda ett sådant utskrivet papper som en bas av information. De ansåg dock att den tillhandahållna

informationen inte var tillfredställande och adderade egna anteckningar. Andra upplevde att det var enklare att sammanställa sina egna anteckningar helt från grunden.

## **Rapportens genomförande**

Ett problem som framkom var att överrapporteringen avbröts (Drach-Zahavy et al., 2014; Meißner et al., 2007; O'Connell et al., 2008). Avbrotten kom från patienter och anhöriga (Kerr et al., 2011; Klim et al., 2013; Sarvestani et al., 2015; Street et al., 2011). Otillräckligt med tid och plats var andra störningar som togs upp (Meißner et al., 2007). En förutsättning för en överrapportering är att den inte avbryts (Bigham et al., 2014). Klim et al. (2013) poängterar att platsen är viktig för informationsöverföringen. Den utfördes sjuksköterskorna emellan inne på sjuksköterskeexpeditionen (Johnson, Sanchez & Zheng, 2016; Kerr et al., 2011; Sarvestani et al., 2015; Staggers et al., 2012) men den kunde också ske i separat rum vilket inträffade (Johnson et al., 2015; Kerr et al., 2011; O'Connell et al., 2008). Vidare förekom rapportering vid patientens säng (Chaboyer et al., 2010; Kerr et al., 2011; Johnson, et al. 2016). Ibland fanns ingen avsatt plats för överlämningen (Sarvestani et al., 2015; Kerr et al., 2011). Det gjorde att den genomfördes i korridorer, förråd, personalrum, skölj eller på kontor (Kerr et al., 2011). Enligt Klim et al. (2013) önskades patientöverlämning vid patientens säng, medan Kerr et al. (2011) redovisade att personalrummet föredrogs.

I några av rapporterna kompletterades muntlig rapportering med skriftlig (Johnson et al., 2016; Kerr et al., 2011; O'Connell et al., 2008; Street et al., 2011). Personen som mottar rapporten muntligt har möjlighet att ställa frågor vilket leder till en förståelse för patientens vård (Drach-Zahavy, 2014; Jefferies et al., 2012; Kerr et al., 2011; Klim et al., 2013). Skriftlig överlämning tenderade istället att fokusera på vilka uppgifter som utförts av sjuksköterskan (Jefferies et al., 2012). Street et al. (2011) konstaterade att kombinationen av muntlig och skriftlig var mest fördelaktig.

Personen som genomförde patientöverlämningen varierade mellan sjuksköterskan som hade det övergripande ansvaret under skiftet och patientansvarig sjuksköterska. Den utfördes antingen till all personal på avdelningen eller bara mellan personalen som var ansvariga för respektive patienter (O'Connell et al., 2008; Street et al., 2011). Mest uppskattat var när patientansvarig sjuksköterska genomförde patientöverlämningen eftersom det ansågs tillfredsställa informationsbehovet (O'Connell et al., 2008). Patientöverlämningen var i några fall uppdelad i två stadier. Först höll sjuksköterskan som var ansvarig under skiftet ett möte för all personal där övergripande information om samtliga på avdelningen förmedlades (Johnson et al. 2016; Kerr et al., 2011; Street et al., 2011). Sedan skedde en överrapportering av patientansvarig sjuksköterska bredvid patientens säng (Johnson et al., 2016; Street et al., 2011), på expeditionen (Street et al., 2011) eller på andra platser exempelvis korridor, förråd eller personalrum (Kerr et al., 2011). Ett gemensamt möte om alla patienter framhövs positivt eftersom det ger en överblick av avdelningens patienter (Johnson et al., 2016).

Kerr et al. (2011) och Sarvestani (2015) konstaterade att rådande rapporteringsstrategi var tidskrävande och ineffektiv. En del av sjuksköterskorna ansåg att informationsöverföringen tog för lång tid (Kerr et al., 2011; O'Connell et al., 2008). Faktumet att patientöverlämningarna skulle vara för tidskrävande motsades av Street et al. (2011) och (Klim et al., (2013) där upplevelsen var att tiden var tillräcklig. Meißner et al. (2007) och Drach-Zahavy et al. (2014) konstaterade att en orsak till missnöje var för lite tid. Street et al. (2011) presenterade att överrapporteringen tog längst tid på eftermiddagen och kortast från nattskeft till dagskeft.

## Rapportens stöd av modeller

Det konstaterades att en väl genomförd patientöverlämning bland annat utförs genom att kommunicera effektivt och att följa en tydlig struktur (Klim et al., 2013). Avsaknaden av en modell att genomföra överrapporteringen enligt resulterade i en ostrukturerad informationsöverföring (McFetridge et al., 2007). Det framkom även hos Street et al. (2011) där majoriteten svarade att det kunde vara svårt att följa informationsinnehållet även om det var relevant men motsades av Kerr et al. (2011) och Klim et al. (2013) som beskrev att informationen var lätt att följa även utan struktur. Det förekom en motsträvighet avseende förändring av strukturen för överrapportering (Kerr et al., 2011). O'Connell et al. (2008) Staggers et al. (2013) konstaterade att en förutbestämd modell inte skulle vara fördelaktigt. McFetridge et al. (2007) och Drach- Zahavy et al. (2014) ansåg att en struktur skulle vara positiv.

Bland sjuksköterskorna som saknade struktur i rapporteringen förekom att den viktigaste informationen uteblev (McFetridge et al., 2007). En modell skulle inte fungera för samtliga, istället bör övergripande riktlinjer angående vilken information som ska förmedlas finnas (O'Connell et al., 2008), andra var av åsikten att alla är olika och bör därför få använda individuella system (Staggers et al., 2013). Sarvestani et al. (2015) förmedlade att bra strategier ökar sjuksköterskans tillfredsställelse och leder till bättre vårdkvalité vilket delvis styrks av Bigham et al. (2014) slutsats att införandet av en standardiserad överrapportering minskade andelen vårdskador relaterade till rapporten. Trots att struktur eller modell saknades för överrapporteringen syntes ett mönster i hur informationen förmedlades. Ett mönster där informationen distribuerades uppdelat i presentation av patienten, aktuellt tillstånd och bakgrund (Jefferies et al., 2012). Informationsflödet var svårt att följa innan införandet av SBAR (Street et al., 2011). En del av studierna är utförda i en miljö som helt eller delvis har en strukturerad modell för informationsöverföring. Modellerna var SBAR (Chaboyer et al., 2010; Cornell, Gervis, Yates & Vardaman, 2014; Street et al., 2011) och ICCCO (Jefferies, et al. 2012; Johnson et al. 2016) och även mer övergripande ramar för informationsöverföringens innehåll men inte nödvändigtvis i vilken ordning (Bigham et al., 2014).

Införandet av SBAR resulterade i att nyanställda sjuksköterskor i jämförelse med sjuksköterskor som arbetat länge genomförde patientöverlämningar med större överensstämmelse än tidigare (Cornell et al., 2014). Det är en likhet med Street et al., 2011 som konstaterar att det före SBAR förekom skillnader i hur sjuksköterskorna förmedlade sin information. I patientöverlämningar utan modellförankring svävade sjuksköterskorna ut och diskuterade privata angelägenheter istället för patienten (Cornell et al., 2014; Drach- Zahavy, 2014; Sarvestani et al. 2015). Sådant minskade med införandet av SBAR. SBAR medförde att informationen som överfördes var mer prioriterad och relevant (Cornell et al., 2014). En sjuksköterska förmodade att införandet av en tydlig struktur skulle öka tidsåtgången för informationsöverlämningen, vilket det inte gjorde (Johnson et al., 2016). Inte heller i Cornell et al. (2014) ökade tidsåtgången. Tvärtom, efter införandet av SBAR minskade rapporteringstiden. Implementeringen av strukturerade överrapporteringar resulterade i att sjuksköterskorna upplevde ökad tillfredsställelse (Johnson et al., 2016).



## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Sodhi et al. (2015) och Johnson et al. (2015) beskrev att överrapporteringarna som genomfördes utan stöd av modeller ser olika ut från tillfälle till tillfälle och att kvaliteten på informationsöverföringen kan skilja sig mellan vilken sjuksköterska som ger rapporten. Olika personer väljer att framhäva olika typer av information vilket visar sig tydligt i en överrapportering. Detta stöds av resultatet där det framkom att överrapporteringarna skiljde sig mellan individer och avdelningar. Inte alla överrapporteringar hade stöd av modeller. I vissa fall fanns övergripande riktlinjer för hur överrapporteringen skulle ske, i andra saknades beskrivning helt. Dessutom skiljde platsen för överrapporteringen, tidsåtgången, vem som förmedlade informationen och även vilken information som betonades. Så stora skillnader kan anses anmärkningsvärt. Precis som Sodhi et al. (2015) beskrev konstaterades också i resultatartiklarna att informationsöverföring som inte genomfördes enligt en modell var ostrukturerad och att genomförandet skiljde sig mellan gångerna. Det beskrevs även att informationsflödet var svårt att följa. Utan modell svävade sjuksköterskorna ut och diskuterade privata angelägenheter istället för patienten. Alla personer har olika erfarenheter och tolkningar som gör att ett budskap som är självklart för sändaren kan ha missuppfattats av mottagaren (SSF, 2013). En strukturerad modell kan antas gynna kommunikationen i och med att det finns en förutbestämd ordning som informationen ska komma i. Efter införandet av en standardiserad modell, SBAR, blev överrapporteringarna mer lika varandra. Informationen som förmedlades var mer prioriterad, relevant och tiden för rapporten minskade.

Weick och Sutcliffe (2007) beskrev att HRO:s har en struktur som minskar risken för att en enda människa begår ett misstag som får stora konsekvenser. Ett sådant exempel relaterat till denna litteraturöversikt kan vara att en sjuksköterska av någon anledning inte förmedlar nödvändig information som sedan leder till vårdskada. Det beskrevs även att hälso- och sjukvården kan lära av dessa organisationer (Weick & Sutcliffe, 2007). Det poängterades också av Sharp (2012) och Kohn et al. (2000) som menade att patientsäkerhetsarbete har fördel av ett synsätt med systemperspektiv snarare än ett individperspektiv. Detta återfanns även i resultatet där sjuksköterskorna i en studie där det saknades strukturerad informationsöverföring inte gav varandra skulden för begångna fel utan ansåg att det berodde på avsaknaden av struktur i informationsöverföringen. Sharp (2012) betonar att det även finns en risk att bara fokusera på systemperspektiv eftersom det kan leda till att personalen inte tar sitt professionella ansvar. Sharp (2012) menade att risken för mänskliga misstag kan reduceras om bland annat rutiner förbättras, till exempel kan avsaknad av en strukturerad kommunikationsmodell leda till vårdskador (Socialstyrelsen, 2009). SSF (2013) rekommenderar införande av exempelvis SBAR för att säkerställa patientsäkerheten. En studie konstaterade att vårdskador i relation till informationsöverföringen minskade i antal vid användandet av en modell likt Standard Key Principles. En annan vetenskaplig artikel poängterade att bra strategier leder till bättre vårdkvalité.

Trots att en strukturerad modell leder till ökad patientsäkerhet och färre vårdskador råder en ambivalens gällande dess införande. Även om meningsskiljaktigheter rådde gällande en strukturerad modells nödvändighet kan ett behov tydligt ses relaterat till patientsäkerhet och vårdskada. Dålig kommunikation kan leda till nedsatt patientsäkerhet (Siemsen et al., 2012) exempelvis utebliven behandling eller undersökning (Birmingham et al., 2015) eller att patienter förts till fel avdelning (Siemsen et al., 2012). De standardiserade modellerna (se Bilaga A) har utvecklats efter att ett behov av tydlig kommunikation uppstått. Exempelvis P-

VITAL som uppkom efter att felaktiga diagnoser förmedlats, läkemedelsadministrering uteblivit och att försämring av patientens tillstånd inte rapporterats vidare (Wilson et al., 2011). Eftersom att tydlig kommunikation har en så klar koppling till patientsäkerhet och vårdskada är det av vikt att skapa de bästa förutsättningarna för att det ska lyckas. Införandet av en standardiserad modell är ett verktyg för det. I Sverige rekommenderar SKL (2010) användandet av SBAR, men det behöver inte innebära att det är den mest gynnsamma modellen. Författarna till den här litteraturöversikten är av uppfattningen att det finns nackdelar med SBAR, att det finns information om patientens omvårdnad som behövs förmedlas men som inte har någon tydlig koppling till ett specifikt steg i SBAR. SBAR är mer anpassad för att rapportera om diagnoser, medan andra modeller exempelvis ICCCO fokuserar mer på omvårdnad (Johnson et al., 2012). En modell som HAND ME AN ISOBAR (se Bilaga A) skulle kanske vara att föredra då den tar upp olika förberedelser exempelvis att det ska säkerställas att det finns personal som har ansvar för patienterna under överrapporteringen.

Vid informationsöverföring har sjuksköterskan möjlighet att främja patientens hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande i enighet med ICNs etiska kod (2014) eftersom informationen används till att planera kommande vård. Överföring av ansvar till en kollega, eller mottagandet av det (Siemsen et al., 2012) kan hindras av olika faktorer, exempelvis ringande telefoner och anhöriga eller patienter vill ställa frågor. En förutsättning för en god informationsöverföring vid överrapportering är att störningar eller distraktioner inte förekommer, även stress kan vara en förhindrande faktor eftersom att den, enligt Sharp (2012) kan påverka informationsöverföringen. Många sjuksköterkor upplever stress i sitt arbete (Sharma et al., 2014) vilket kan orsakas av hög arbetsbelastning (Gholamzadeh et al., 2011; Poulsen et al., 2014) och i mötet med anhöriga (Gholamzadeh et al., 2011). Det framkom av resultatet att för lite tid för patientöverlämningen, och känslan att de var tidskrävande var orsaker till missnöje. Överrapporteringen behöver vara en uppgift som anses vara av samma vikt som andra uppgifter under arbetsdagen, inte någonting som bara genomförs innan skiftet är slut (Jorm et al., 2009). Eftersom hög arbetsbelastning är en orsak till stress och stress påverkar kommunikationen riskerar överrapporteringen att negligeras. Tydliga riktlinjer skulle kunna bidra till att undvika att situationen sker sporadiskt, genom att tydlig meddela tid, plats, vilka som ska delta och vilken information som ska förmedlas.

Ett sätt att säkerställa god informationsöverföring är att alla deltagare vet vilken information de ska förvänta sig. Alla som deltar vet vad som ska beröras vilket gör att de också kan fånga upp om något förbises, det kan uppnås med en modell för informationsöverföring (Marshall et al., 2008). Det skulle kunna vara HAND ME AN ISOBAR (se Bilaga A) (Yee et al., 2009) och Standard Key Principles (NSW Health, 2009) som bland annat innehåller riktlinjer för förberedelser som ska genomförts innan överrapporteringen. Tid och plats ska vara avsatt (NSW Health, 2009) och det ska finnas personal som har ansvar för patienterna medan överrapporteringen pågår för att säkerställa patientsäkerheten och minska störningar (Yee et al., 2009). Att sjuksköterskorna som deltar i patientöverlämningen vet att det finns någon som tar hand om patienter, anhöriga eller ringande telefoner kan bidra till ett lugn som gör att sjuksköterskan i större utsträckning kan fokusera på informationen. I studierna användes flera typer av miljöer vilket är avgörande för antalet distraktioner som kan uppstå. Överrapporteringen skedde i avskilda rum och kontor, men även personalrum och korridorer. Specifika rum eller kontor där dörrarna går att stänga skulle kunna vara exempel på miljöer där störningar går att undvika. Öppnare förhållanden, såsom personalrum eller i korridoren, är platser som inte går att avskilja på samma sätt för att minska risken att andra personer deltar eller avbryter rapporten.

Antagandet kan göras att den mest viktiga informationen att få vid en patientöverlämning är information om patientens nuvarande tillstånd och vårdplan eftersom att flera av studierna efterfrågade dessa kategorier. Trots att flera av studierna uppger de kategorierna som viktiga var det i en studie endast en tredjedel av överrapporteringarna som rapporterade vårdplanen. Siemsen et al. (2012) menade att professionellt ansvar är att utföra sin plikt och de åtgärder som krävs. Det framkom individuella upplevelser av att ju mer information som ges tillgång till desto bättre vård kan erbjudas vilket innebär att information krävs för att kunna utföra sitt professionella ansvar. Information som upplevdes vara viktig försumrades ibland, vilket resulterar i en patientsäkerhetsrisk (Siemsen et al., 2012) som i värsta fall kan leda till vårdskada vilket sjuksköterskan enligt svensk lag har ett professionellt ansvar att undvika (SFS 2010:659 kap. 3, 1 §). Information som ansågs vara viktig men ibland utelämnades var exempelvis vitala parametrar och läkemedel. Det kan leda till att fel begås vid läkemedelsadministrering, att den blir försenad eller uteblir (Drach-Zahavy & Hadid, 2015; Smeulers et al, 2014), eller att diagnoser inte ställs eller att patientsäkerheten på andra sätt äventyras (Smeulers et al., 2014). Enligt svensk lag ska patientens säkerhet och kontinuitet i vårdkedjan tillgodoses (SFS 2015:311, kap. 2a, 5 §). Det sker till exempel vid överrapporteringar eftersom det är en situation som är starkt kopplad till patientsäkerhet (Birmingham et al., 2015, Matney et al., 2014). Sveriges Kommuner och Landsting (2015) betonar att det ska föreligga rutiner för hur kommunikation ska genomföras. Sjuksköterskans professionella ansvar innefattar att förhålla sig till bland annat de lagar och riktlinjer som finns (Sjögren, 2012). Med stöd av Sjögren (2012), HSL (1982:763) och SKL (2010) kan det urskiljas att det professionella ansvaret även inkluderar att tillhandahålla så goda överrapporteringsmöjligheter som möjligt för att tillgodose patientens säkerhet.

Litteraturoversiktens syfte var att beskriva muntlig informationsöverföring mellan sjuksköterskor som genomför en överrapportering på sjukhus, och ett av inklusionskriterierna var att artiklarna skulle beröra muntlig överrapportering. I några av artiklarna kompletterades den muntliga rapporteringen med skriftlig information och i en studie jämfördes muntlig och skriftlig patientöverlämning. Kombinationen av de båda konstaterades som mest fördelaktig. Under muntlig överlämning tenderade sjuksköterskorna att plocka in information från andra professioner vilket gav en mer helhetsbild av patientens vård. Det förekom också att de talade om annat än patienten, till exempel diskuterade andra patienter eller talade om varandra. Det fanns möjlighet att ställa frågor för att tydliggöra informationen, vilket beskrevs vara anledningen till att många föredrog muntlig rapportering. Detta kunde vara en fördel då otydlig kommunikation resulterar i nedsatt patientsäkerhet (Siemsen et al., 2012). Dessutom har alla människor olika erfarenheter som påverkar tolkningen av det som framförs. Information som är självklar för personen som yttrar den, kan uppfattas helt annorlunda av personen som mottar den (SSF, 2013). Därför kan skriftlig information vara av fördel att komplettera med, för att informationen ska tolkas korrekt.

## **Metoddiskussion**

Syftet att beskriva muntlig informationsöverföring vid överrapportering mellan sjuksköterskor på sjukhus har för avsikt att skapa en översikt inom ett ämne och litteraturoversikt är därför ett lämpligt metodval (Friberg 2012). Metodvalet var litteraturoversikt eftersom tidigare publicerade studier inom ämnet ansågs vara tillräckligt många för att ligga till grund för resultatet. Artiklarna som valdes var av både kvalitativ och kvantitativ karaktär. Från början fanns ingen tanke om hur författarna skulle förhålla sig till vilket land studien kom från men allt eftersom datainsamlingen pågick väcktes diskussionen. Eftersom att studierna ansågs

besvara syftet togs beslutet att inte ha land som inklusionskriterier. En litteraturöversikt kan innehålla viss systematik (Kristensson, 2014) vilket författarna ansåg fördelaktigt eftersom att ett systematiskt arbetssätt var någonting som skulle vara en stöttepelare i arbetet. Författarna ansåg att litteraturöversikt var en bra metod eftersom syftet, att beskriva muntlig informationsöverföring vid överrapportering mellan sjuksköterskor på sjukhus, uppnåddes.

Observationsstudie hade varit en alternativ metod för att i sjukhusmiljö studera informationsöverföring mellan sjuksköterskor. En sådan kräver dock stora förberedelser och tar tid vilket inte ansågs lämpligt inom tidsramen för arbetet. Forskaren vara medveten om risken för bias och att flera forskare kan tolka en situation på olika vis. Dessutom kräver metoden erfarenhet av forskarna som genomför en observation för att den ska bli korrekt (Bell, 2014). Ingen av författarna till den här studien hade erfarenhet av tidigare självständigt arbete eller observationer vilket också gjorde det olämpligt. Vid observationer skulle sjuksköterskor delta och informationsöverföringen skulle vara i centrum. Indirekt skulle också patienterna delta i studien i och med att patientdata som namn, ålder och diagnoser skulle framföras. Det skulle kräva etiskt övervägande eftersom patientdatalagen (SFS, 2008:355) reglerar vem som får ta del av uppgifterna.

Om observationsstudie genomförts och givit samma resultat går inte att veta, men författarna skulle valt att observera vilken information som överförs, tidsåtgång för rapporten, plats och antal närvarande personer. En sådan studie hade enbart grundat sig i svensk hälso- och sjukvårds informationsöverföring. Det hade varit fördelaktigt för att få ett uteslutande svenskt resultat men hade också varit begränsat till det sjukhus eller avdelning observationen genomförts på. I litteraturöversikten som genomfördes inkluderades studier från hela världen. Det gav en bild av generell informationsöverföring men går inte att binda till ett specifikt land.

Artiklarna som inkluderades skulle inte vara publicerade innan 2005, anledningen till detta var det ansågs vara ett lagom stort urval för att få en tydlig men aktuell bild. Språket som valdes var engelska och svenska eftersom det är språken som författarna känner sig bekväma med. Några studier på svenska kunde inte finnas när sökningen genomfördes. Att artiklarna var på ett språk som inte är författarnas modersmål kan leda till att fel begåtts i tolkning eller översättning. För att hålla dessa till ett minimum har författarna använt sig av lexikon och diskuterat formuleringar med varandra. Vidare skulle artiklarna vara peer-reviewed vilket enligt Karlsson (2012) är en kvalitetssäkring. Ett exklusionskriterie var enbart skriftlig överrapportering, däremot inkluderades artiklar som innehöll jämförelse mellan skriftlig och muntlig informationsöverföring samt artiklar där den muntliga informationen kompletterades med skriftlig. Vidare var ett exklusionskriterie artiklar som handlade om andra sjukvårdsgrupper.

Datansamlingen gjordes via databaserna PubMed och CINAHL som innehåller artiklar inom hälso-och sjukvårdsområdet och omvårdnad (Willman et al., 2011). Två databaser valdes eftersom det rekommenderades av Willman et al. (2011) att utföra sökningen i fler än en databas för att få en tillräckligt omfattande sökning. Dessutom kompletterades dessa med manuella sökningar vilket också är ett sätt att fastställa noggrann sökning (Willman et al., 2011). Sökningar gjordes även på prov i SweMed+ men resulterade inte i något varför den databasen uteslöts från den slutgiltiga insamlingsprocessen. En blandning av fastställda termer, MeSH och CINAHL headings, och termer som inte ingick i dessa ordlistor, fritextsökord, användes för sökningarna. Alla kombinerades med AND. Fritextsökorden användes eftersom inget tillräckligt bra ord uppfattades finnas i databasernas fastställda

ordlista. Vid testsökningar kunde ändå relevanta träffar finnas, därför togs beslutet att använda dessa.

Kristensson (2014) beskriver att en studies trovärdighet kan diskuteras ur flera aspekter, bland annat tillförlitlighet och överförbarhet. Tillförlitlighet handlar om resultat, vilken sanningshalt de har och om tolkningarna av det insamlade materialet är grundade i förutfattade meningar. Författarna har varit noga med att individuellt läsa artiklarna för att inte påverka varandra i tolkningsprocessen. Därtill har en diskussion förts för att det återgivna resultatet ska vara korrekt och inte vara påverkat av författarnas förkunskap eller värderingar. Vidare skriver Kristensson (2014) att tillförlitligheten kan öka genom ett varierat urval, vilket införskaffades genom att både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades. Även en tydlig tolknings- och dataanalys kan bidra till att höja tillförlitligheten, därför har analysprocessen noggrant beskrivits med målet att litteraturöversikten ska kunna upprepas. För att materialet ska vara tillgängligt och läsaren själv ska kunna avgöra litteraturöversiktens trovärdighet presenteras alla vetenskapliga artiklar med hjälp av Sophiahemmet högskolas bedömningsunderlag (se Bilaga B & C).

Ingen av de vetenskapliga artiklar som inkluderades i litteraturöversikten hade utförts i Sverige. Trots det upplevs att en viss överbarhet kan göras till svensk sjukvård i och med att litteraturöversikten presenterar resultat som bidrar till en reflektion över hur en optimal överrapportering går till och hur bäst förutsättningar för informationsöverföring skapas. Även om det är fakta tagen från andra länder än Sverige upplevs ändå att informationen kan användas för att förbättra informationsöverföring på svenska sjukhus. Något som stöds av de svenska lagar och riktlinjer som finns och som förespråkar exempelvis utarbetandet av riktlinjer för dialog (SKL, 2015) och användandet av SBAR som kommunikationsverktyg (SKL, 2010).

Det kan även diskuteras om studien är överförbar till andra grupper än sjuksköterskor. Troligtvis finns faktorer som gör att det finns skillnader i andra professioners överrapporteringar vad gäller exempelvis vilken information som förmedlas. Däremot kan det finnas likheter i överrapporteringarna till exempel kan både läkare och sjuksköterskor använda modellen SBAR för informationsöverföring (SKL, 2010), vilket kan tyda på en viss överförbarhet. Ett konstaterande borde ändå kunna göras att oavsett profession, gynnas kommunikation av att vara tydligt strukturerad.

## **Slutsats**

Det kan konstateras att professionellt ansvar, patientsäkerhet, vårdskada och informationsöverföring har en tydlig koppling. Någon övergripande överensstämmelse mellan överrapporteringar kunde inte urskiljas. Hur överrapporteringar utfördes varierade: vilket innehåll som förmedlades, vilken plats den genomfördes på, tidsåtgång, vem som utförde den och möjliga störningar. God kommunikation är en nödvändighet för en patientsäker vård och därför är det av vikt att skapa förutsättningar för att informationsöverföringen lyckas. Sådana kan vara att minska risken för störningar och att information glöms bort eller försummas. Ett sätt att göra det verkar vara genom en standardiserad modell eftersom att det ger möjligheten att i en tydlig ordning förmedla sin info, samt för mottagaren att veta om något förbisets.

### Fortsatta studier

Litteraturöversikten konstaterar inte vilken modell som ska användas vilket är en anledning till att jämföra flera standardiserade modeller med avsikt att konstatera vilken modell som är mest gynnsam för informationsöverföringen. Vidare finns intresse att studera informationsöverföring mellan sjuksköterskor inom andra vårdinstanser, till exempel primärvård eller mellan instanser som mellan en vårdavdelning och primärvård.

### Klinisk tillämpbarhet

Det är av vikt att sjuksköterskan behärskar färdigheten att kunna genomföra en rapport för att undvika att bidra till vårdskador genom misstag i informationsöverföringen.

Litteraturöversikten belyser att situationen vid en patientöverlämning är ett område som är tydligt sammankopplat med patientsäkerhet och vårdskador. Den kan bidra till att avdelningar såväl som den enskilda sjuksköterskan blir medvetna om det vilket kan leda till en reflektion kring den egna överrapporteringssituationen. Medvetenheten och reflektionen är nödvändig för att skapa de förutsättningar som krävs för bra informationsöverföring på arbetsplatsen. Den kan även leda till en förståelse för betydelsen av att ha rutiner och struktur för överrapporteringar och bidra till att modeller för överrapporteringar implementeras på avdelningar.

## REFERENSER

Artiklar som finns med i resultatet är markerade med asterisk (\*)

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), sidor 261-266. doi:10.3928/00220124-20120215-88

Bell, J., & Walters, S. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. (5. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

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

\*Bigham, M. T., Logsdon, T. R., Manicone, P. E., Landrigan, C. P., Hayes, L. W., Randall, K. H.,... Sharek, P.J. (2014). Decreasing handoff-related care failures in children's hospitals. *Pediatrics*, 134(2), sidor e572-e579. doi:10.1542/peds.2013-1844

Birmingham, P., Buffum, M. D., Blegen, M. A., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety. *Western Journal of Nursing Research*, 37(11), sidor 1458-1478. doi:10.1177/0193945914539052

\*Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: a case study. *International journal of nursing practice*, 16(1), sidor 27-34. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01809.x

\*Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2014). Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. *MedSurg Nursing*, 23(5), sidor 334-343. hämtad från <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=db6e1b9a-72f0-4d2e-9dd6-5c647111f0fc%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4109>

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys . I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 329-344). Stockholm: Studentlitteratur

\*Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., & Maizel, A. (2014). Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), sidor 592-601. doi: 10.1111/jocn.12725

Drach-Zahavy, A., & Hadid, N. (2015). Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(5), sidor 1135-1145. doi:10.1111/jan.12615

Edvinsson, A. (2016). *Processorienterat ledningssystem för patientsäker vård*. Stockholm: Liber.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (Uppl 2). Stockholm: Natur och kultur.

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (ss. 25-49). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Uppl. 2, ss. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Griffths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Raffery, A.,... Aiken, L. (2014). Nurses' Shift Length and Overtime Working in 12 European Countries: The Association With Perceived Quality of Care and Patient Safety. *Medical Care*, 52(11), sidor 975-981. doi: [10.1097/MLR.0000000000000233](https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000233)

Gholamzadeh, S., Sharif, F., & Rad, F. D. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(1), sidor 41-46. Hämtad från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203298/>

Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petterson, B. (2011). God forskningssed (Vetenskapsrådets rapportserie, nr. 1:2011). Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från [http://konst.gu.se/digitalAssets/1372/1372748\\_god-forskningssed-2011.1.pdf](http://konst.gu.se/digitalAssets/1372/1372748_god-forskningssed-2011.1.pdf)

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Wallengren, C. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 481-499). Stockholm: Studentlitteratur.

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

\*Jefferies, D., Johnson, M., & Nicholls, D. (2012). Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemporary nurse*, 42(1), sidor 129-138.

Johnson, C., Carta, T., & Thronson, K. (2015). Communicate with Me: Information Exchanges between Nurses. *Canadian Nurse*, 111(2), sidor 24-27. Hämtad från <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103800229&site=ehost-live>

\*Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International journal of nursing practice*, 18(5). sidor 462-470. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02059.x

Johnson, M., Sanchez, P., Suominen, H., Basilakis, J., Dawson, L., Kelly, B., & Hanlen, L. (2014). Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *International nursing review*, 61(1), sidor 73-81. doi:10.1111/inr.12072

\*Johnson, M., Sanchez, P., & Zheng, C. (2016). The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *Journal of clinical nursing*, 25(1-2). sidor 257-268. doi: 10.1111/jocn.13080



- Jorm, M.C., Withe, S., & Kaneen, T. (2009). Clinical handover: critical communications. *Medical Journal of Australia*, 190(11), sidor 108-109. Hämtad 2 februari 2016 från [https://www.mja.com.au/system/files/issues/190\\_11\\_010609/jor11299\\_fm.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/190_11_010609/jor11299_fm.pdf)
- Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 96-111). Stockholm: Studentlitteratur.
- \*Kerr, D., Lu, S., McKinlay, L., & Fuller, C. (2011). Examination of current handover practice: Evidence to support changing the ritual. *International of nursing practice*, 17(4), sidor 342-450. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01947.x.
- Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A.M., & McCann, T. (2014). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of clinical nursing* 23(11-12), sidor 1685-93. doi: 10.1111/jocn.12308.
- \*Klim, S., Kelly, A. M., Kerr, D., Wood, S., McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *Journal of clinical nursing*, 22(15-16), sidor 2233-2243. doi:10.1111/jocn.12274
- Kohn, L.T., Corrigan J.M., & Donaldson, M.S.(Eds.). (2000). *To err is human:building a safer health system*. Whashington D.C: National Academy Press.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur
- Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della, P. (2016). Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1/2), sidor 80-91. doi:10.1111/jocn.12986
- Marshall, S., Harrison, J., & Flanagan, B. (2008). The Evaluation of Structured Communication Tools in Healthcare. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* 52(12), sidor 860-864. doi: 10.1177/154193120805201221
- Matney, S. A., Maddox, L. J., & Staggars, N. (2014). Nurses As Knowledge Workers Is There Evidence of Knowledge in Patient Handoffs?. *Western journal of nursing research*. 36(2), sidor 171-190. doi: 10.1177/0193945913497111
- \*McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in critical care*, 12(6), sidor 261-269. doi: 10.1111/j.1478-5153.2007.00244.x
- McKechnie, A. (2015). Clinical handover: the importance, problems and educational interventions to improve its practice. *British Journal Of Hospital Medicine* 76(6), sidor 353-357. doi:10.12968/hmed.2015.76.6.353
- \*Meißner, A., Hasselhorn, H. M., Estryng-Behar, M., Nézet, O., Pokorski, J., & Gould, D. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe—results from the European Nurses'

Early Exit Study. *Journal of advanced nursing*, 57(5), sidor 535-542. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04144.x

Mukhopadhyay, A., Leong, B. S., Lua, A., Aroos, R., Wong, J. J., Koh, N.,... Kowitlawakul, Y. (2015). Differences in the handover process and perception between nurses and residents in a critical care setting. *Journal of clinical nursing*. 24(5-6), sidor 778-785. doi:10.1111/jocn.12707

NSW Health. (2009). *Clinical Handover - Standard Key Principles*. Implementetion Toolkit: Standard Key Principles for Clinical Handover. Sydney: NSW Department of Health. Hämtad 8 februari 2016 från [http://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/acute-care/safe\\_clinical\\_handover/implementation-toolkit.pdf](http://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/acute-care/safe_clinical_handover/implementation-toolkit.pdf)

\*O'Connell, B., Macdonald, K., & Kelly, C. (2008). Nursing handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse: a journal for the australian nursing profession*. 30(1), sidor 2-11, Doi: 10.5172/conu.673.30.1.2

Poulsen, M. G., Poulsen, A. A., Baumann, K. C., & McQuitty, S., Sharpley, C.F. (2014). A cross-sectional study of stressors and coping mechanisms used by radiation therapists and oncology nurses: Resilience in Cancer Care Study. *Journal of Medical Radiation Sciences*. 61(4), sidor 225–232. doi: [10.1002/jmrs.87](https://doi.org/10.1002/jmrs.87)

Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. *Health affairs*, 23(4), sidor 202-212. doi: 10.1377/hlthaff.23.4.202

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 429-446). Lund: Studentlitteratur.

\*Sarvestani, R. S., Moattari, M., Nasrabadi, A. N., Momennasab, M., & Yektatalab, S. (2015). Challenges of Nursing Handover A Qualitative Study. *Clinical nursing research*, 24(3), sidor 234-252. doi: 10.1177/1054773813508134

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 8 mars, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/#K5](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/#K5)

SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 23 november, 2015, från [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 26 februari, 2016, från [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Sharma, P., Davey, A., Davey, S., Shukla, A., Shrivastava, K., & Bansal, R. (2014). Occupational stress among staff nurses: Controlling the risk to health. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine* 18(2), sidor 52–56. doi: [10.4103/0019-5278.146890](https://doi.org/10.4103/0019-5278.146890)

- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur
- Siemsen, I. M. D., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, A. V., Andersen, H. B., & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. *Scandinavian journal of public health*, 40(5) sidor 439-448. doi:10.1177/1403494812453889.
- Sjögren, R. (2012). Ansvar. I L. Wiklund Gustin och I. Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (ss. 349-362)
- Smeulders, M., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 24(6). sidor doi: 10.1002/14651858.CD009979
- Sodhi, J. K., Sharma, K., & Kaur, J. (2015). Development of Patient Handover Documentation Tool for Staff Nurses using Modified Delphi Technique. *International Journal Of Nursing Education*, 7(2), sidor 165-169. doi:10.5958/0974-9357.2015.00096.3
- SOSFS 2005:28. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 3 mars, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28>
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72-rev2.pdf.pdf>.
- \*Staggers, N., Clark, L., Blaz, J. W., & Kapsandoy, S. (2012). Nurses' information management and use of electronic tools during acute care handoffs. *Western journal of nursing research*, 34(2), sidor 153-173. doi: 10.1177/0193945911407089
- \*Street, M., Eustace, P., Livingston, P. M., Craike, M. J., Kent, B., & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 133-140. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01918.x
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2013). *Kommunikation mellan vårdpersonal* Stockholm: SFF Hämtad 15 december 2015 från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation\\_webb.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf)
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Nationellt ramverk för patientsäkerhet*. Stockholm: SKL. Hämtad från <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/nationellt-ramverk-for-patientsakerhet.html>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2010). *SBAR för strukturerad kommunikation* Stockholm: SKL. Hämtad från <http://skl.se/download/18.535f453b144f9c99a83841ca/1398411918107/skl-sbar-bruksanvisning.pdf>
- The National Patient Safety Agency (u.å). *Safe handover: safe patients*. London. Hämtat 15 december 2015 från <http://bma.org.uk/>

[/media/Files/PDFs/Practical%20advice%20at%20work/Contracts/safe%20handover%20safe%20patients.pdf](#)

Thompson, J., Collett, L., Langbart, M., Purcell, N., Boyd, S., Yuminaga, Y.,... McCormack, A. (2011). Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1027), sidor 340-344. doi: 10.1136/pgmj.2010.105569

Weick K. E. & Sutcliffe K. M. (2007). *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. Jossey Bass, San Francisco, CA.

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

Wilson, R. (2011). Improving clinical handover in emergency departments. *Emergency nurse*, 19(1), sidor 22-26. doi: [10.7748/en2011.04.19.1.22.c8446](#)

World Medical Association. (2013). WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 15 december 2015 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Yee, K. C., Wong, M. C., & Turner, P. (2009). HAND ME AN ISOBAR: a pilot study of an evidence-based approach to improving shift-to-shift clinical handover. *Med J Aust*, 190(11), sidor 121-124. Hämtad från [https://www.mja.com.au/system/files/issues/190\\_11\\_010609/yee11187\\_fm.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/190_11_010609/yee11187_fm.pdf)

## Sammanfattning av några modeller för informationsöverföring.

<p><u>SBAR</u></p> <p>Situation: vad föranleder kontakten  Bakgrund: kort relevant sjukdomshistorik  Aktuellt: nuvarande tillstånd presenteras med till exempel vitalparametrar  Rekomendation: vilka åtgärder önskas</p> <p>(SKL, 2010)</p>	<p><u>ISBAR</u></p> <p>Identification: namn, sal, ålder  Situation: problem, symtom, allvarlighetsgrad  Background: sjukdomshistoria, ankomstdatum, diagnos  Assessment: vilka åtgärder har vidtagits, hypotes om diagnos  Rekomendation: vilka åtgärder önskas, vem ska göra vad när, vad händer sedan?</p> <p>(Thompson et al., 2011)</p>	<p><u>HAND ME AN ISOBAR</u></p> <p>Hey it is handover time: syftar till att alla ska prioritera rapporten  Allocate staff for continuity of patient care: utse personal som ser till patienterna under rapporten för att minimera avbrott  Attendance of key staff: Alla med nyckelroller för patienterna rapporten gäller ska ha möjlighet att delta. Rapporten ska ha en tydlig avsatt tidsram  Document: Dokumentera ordentligt</p> <p>Make sure all participants have arrived: Börja inte rapportera innan alla är på plats  Elect a leader: Välj någon som håller i rapporten som ser till att tiden hålls och att all information är relevant</p> <p>Alerts, attention and safety: eventuell personal brist, vilka patienter som är extra akuta eller aggressiva samt annan information som påverkar arbetsmiljön ska nämnas  Notes: eventuella ändringar i patientflödet tas upp</p> <p>Identification: namn, sal, ålder  Situation and status: problem, symtom, allvarlighetsgrad  Observation and MET (medical emergency team) call: vilka observationer har du gjort och behöver MET tillkallas?  Background and history: sjukdomshistoria, ankomstdatum, diagnos  Action, agreed plan and accountability: vilka åtgärder har vidtagits, hypotes om diagnos, och åtgärder på eventuella undersökningssvar  Responsibility and risk management: vem gör vad och vilka risker som finns</p> <p>Yee, Wong och Turner (2009)</p>
--	---	--

<p><u>ICCCO</u></p> <p>Identification: presentation av patienten  Care plan: plan för patientens vård  Clinical history: bakgrundsinformation kring patientn  Clinical status: patientens nuvarande tillstånd  Outcomes/goals of care: dagens att göra och slutmål med vården.</p> <p>(Johnson, 2014)</p>	<p><u>P-VITAL</u></p> <p>Present: namn, problem, ålder  Vitals: redovisa vitalparametrar och andra pågående kontroller  Input/output: redogör för intag och miktion under dagen, gå igenom eventuell vätske- urinmätning  Treatment: nuvarande plan, diagnos och vilka kontroller som utförs och hur ofta.  Admission and discharge: om patienten ska skrivas ut eller flyttas ska det tas upp här  Legal and dokumentation: kontrollera att allt är dokumenterat som det ska</p> <p>(NSW health 2009)</p>	<p><u>I DO VITALS</u></p> <p>The 3 I:s: Introduce (self, patient), infection control presentera vem du är, vem patienten är och om det är någraa särskilda smittor eller hygienåtgärder.</p> <p>Diagnosis or history: patientens bakgrund och sjukdomshistoria</p> <p>Vital signs: redogör för senaste omgången vitalparametrar och eventuella andra pågående observationer  Input(output: redogör för vätskeintag och vätskeförlust samt eventuell vätske- urinmätning  Treatment/diagnosis: vilken behandling får patienten, är den relevant? Finns det andra relevanta behandlingar  Ambulation and patient safety: redogör för patientens mobiliseringsförmåga, eventuell trycksårskrisk oh hjälpmedel  Legal and patient learning: Se över dokumentation och egenvård. behöver patienten lära sig någonting, behöver anhöriga lära sig något</p> <p>(NSW health 2009)</p>
---	--	--

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

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

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

**Arbetsmaterial, får ej kopieras**

Författare år land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ, kvalitet
Bigham, M.T., Logsdon, T.R., Manicone, P.E., Landrigan, CP., Hayes, L.W., Randall K.H., Grover P., Collins S.B., Ramirez D.E., O'Guin C.D., Williams, C.I., Warnick R.J., Sharek, P.J.,  2014 USA	Decreasing handoff- related care failures in childrens hospitals	Att utvärdera effekten av ett verktyg utvecklat för att minska vårdskador kopplade till överrapportering.	23 sjukhus fick samma riktlinjer för överrapportering, vilka inkluderade bland annat rapportens innehåll, som de själva fick anpassa efter sin verksamhet. Utvärderingen gjordes med hjälp av strukturerade intervjuer, observationer av patientöverlämningar.	Patientöverlämningar: 7864 (0)	Införandet av riktlinjerna resulterade i en minskning av avvikelser i samband med överrapportering.	P I
Chaboyer, W., McMurray, A., Wallis, M.  2010 Australien	Bedside nursing handover: A case study	Att beskriva vilka strukturer, processer och uppfattningar som finns gällande bedside handovers.	Deskriptiv fallstudie. Både observationer och djupintervjuer genomfördes på sex avdelningar på två sjukhus.	Observerat: 532 Intervju: 34 (0)	Sjuksköterskorna upplevde att noggrannheten i överrapporteringen förbättrades med bedside handover och att den främjade patientcentrerad vård.	K II P II
Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L., Vardaman, J M.  2014 USA	Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding	Att studera resultatet före och efter införande av SBAR.	Observationsstudie som genomfördes i omgångar.	36 (0)	SBAR-modellen möjliggjorde mer fokuserade och konsekventa överrapporteringar	P III

## IV

Kvalitativ studie (K), Icke-kontrollerad studie (P)  
I=Hög kvalitet, II= Medel kvalitet, III=låg kvalitet



Författare år land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ, kvalitet
Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., Maizel, A.  2014 Israel	Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers	Att förstå hur sjuksköterskor hanterar överrapporteringar vid skiftbyte och identifiera vilka strategier de använder för att upprätthålla patientsäkerheten.	Semistrukturerade djupintervjuer. Deltagarna fyllde både i en demografisk enkät och deltog i intervjuer.	18 (0)	Tre teman identifierades: anpassning av rådande mål till praktiska förhållanden, faktorer som begränsar möjligheterna för en effektiv patientöverlämning samt strategier för patientöverlämning.	K II
Jefferies, D., Johnson, M., Nicholls, D.  2012 Australien	Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing	Att undersöka hur patientens vård är beskriven i muntlig överrapportering respektive skriftlig dokumentation	Sekundär dataanalys där data sammanstälts och jämförts från journaldokumentation och transkiberade patientöverlämningar.	Dokumentation: 67 Överrapporteringar: 195 (0)	Muntlig kommunikation ger en bredare bild av patienten och tar in fler aspekter än den skriftliga dokumentationen gör.	K II
Johnson, M., Jefferies, D., Nicholls, D.  2012 Australien	Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers	Att undersöka innehåll och organisation i en överrapportering.	Kvalitativ metod som genomfördes genom analys av ljudinspelningar av överrapporteringar	Ljudinspelningar: 81 (0)	Strukturen för överrapportering innehöll fem huvudteman: identifiering av patienten, anamnes och status, vårdplan och mål för vård.	K II
Johnson, M., Sanchez, S., Zheng, C.  2016 Australien	The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices	Att undersöka vilken påverkan ett standardiserat rapporteringsverktyg hade på sjuksköterskans åsikt om rapporteringen.	Före och efterstudie. Både kvalitativ och kvantitativ data samlades in genom enkäter som besvarades före och efter införandet av ett nytt verktyg.	120 (138)	Den nya metoden var det stora hela mer effektivt än föregående system och gjorde att sjuksköterskorna kunde kommunicera mer effektivt	K II P II

Författare år land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ, kvalitet
Kerr, D., Lu, S., McKinlay, L., Fuller, C.  2011 Australien	Examination of current handover practice: Evidence to support changing the ritual	Beskriva överrapporteringar mellan sjuksköterskor och undersöka deras åsikter om överrapportering.	Enkäter undersökte demografisk fakta, nuvarande metoder för patientöverlämning och åsikter om kvaliteten.	153 (0)	Nuvarande överrapporteringar ä var tidskrävande, hade varierande strukturer, saknar patientmedverkan och kan ha en negativ inverkan på omvårdnaden och dokumentationen. Motvillighet mot att ändra modell konstaterades.	P II
Klim, S., Kelly., A-M., Kerr, D., Wood, S., McCann, T.  2013 Australien	Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised an systematic approach	Att undersöka hur sjuksköterskor på akuten upplever nuvarande rapporteringsrutiner samt vilka komponenter som är viktiga för att en rapport ska bli lyckad.	Enkäter och gruppintervjuer utfördes parallellt. Enkäterna var uppdelade i tre sektioner och svarsalternativen var mellan ett och sju, håller med till fullo eller håller inte med alls.	Enkäter: 63 Intervjuer: 41 (0)	Sjuksköterskorna tyckte att rapporten skulle vara specifik för patienten, utföras bedside, strukturerad och tydlig. Det blev tydligt att viktig information ofta utelämnas.	K II P II
McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., Melby V.  2007 Storbritannien	An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit.	Att undersöka informationsöverföringen mellan sjuksköterskor när patienter flyttades mellan akutmottagningen och intensivvårdsavdelningen.	En beskrivande, utforskande studie. Journalutdrag, semistrukturerade intervjuer, både individuellt och ifokusgrupper.	Individuella intervjuer: 12 (0) Fokusgruppsintervjuer: 2 x 4 (0)	Överrapporteringen kunde delas upp i sex teman: 'The process of patient handover', 'The pre- transfer period', arrival of the patient to the intensive care unit', 'experience and attitude of nurses', 'patient handover: a critical event'.	K I

Författare år land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ, kvalitet
Meißner, A., Hasselhorn, H.-M., Estryn-Behar, M., Nézet, O., Pokorski, J., Gould, D.  2007 Belgien, Finland, Frankrike, Tyskland, England, Italien, Nederländerna, Norge, Polen och Slovakien.	Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study	Undersöka sjuksköterskors uppfattningar om överrapporteringar och möjliga orsaker till missnöje.	En tvärsnittsstudie med enkäter. En sekundäranalys.	77681 (37783)	Sjuksköterskornas missnöje över rapporteringen varierade mellan länderna. Vanligaste orsaken till missnöje var störningar under rapporten följt av tidsbrist.	P II
O'Connell, B., Macdonald, K., Kelly, C.  2008 Australien	Nursing handover: It's time for a change	Att undersöka sjuksköterskors syn på överrapporteringar samt att fastställa styrkor och svagheter	Enkätstudie. 500 enkäter delades ut på 22 avdelningar med olika inriktning på ett Australienskt sjukhus. Svaren var anonyma.	176 (324)	Avslöjade motstridiga åsikter om effektiviteten i överrapporteringsprocessen. Sjuksköterskorna var både nöjda med hur det gick till och kom med förbättringsförslag.	P II
Sarvestani, R.S., Moattari M., Nikbakht Nasrabadi, A.N., Momennasab, M., Yektatalab, S.  2015 Iran	Challenges of nursing handover: A qualitative Study.	Att undersöka utmaningar i överrapporteringar som genomförs i skiftbyten.	Deskriptiv och explorativ design med innehållsanalys, av observationer, ljudinspelningar och djupintervjuer.	Djupintervju: 9 Observationer: 14 (0)	Överrapportering kräver utbildning och övning. Bra strategier ökar sjuksköterskornas tillfredsställelse och leder till bättre vårdkvalitet.	K I

## VII

Kvalitativ studie (K), Icke-kontrollerad studie (P)  
I=Hög kvalitet, II= Medel kvalitet, III=låg kvalitet

Författare år land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ, kvalitet
Staggers, N., Clark, L., Blaz., J W., Kapsandoy, S.  2012 USA	Nurses' information management and use of electronic tools during acute care handoffs	Att undersöka informationsöverföring och användning av elektroniska verktyg vid överrapportering.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor och observationer av överrapporteringar.	Överrapporteringstillfällen: 25 (0) Intervju: 23 (0)	De flesta sjuksköterskorna använde personliga överrapporteringssystem istället för de tillgängliga standardiserade system. De elektroniska verktyg användes för att dubbelkolla information.	K I
Street, M., Eustance, P., Livingston, PM., Craike M.J., Kent, B., Patterson, D.,  2011 Australien	Communication at the bedside enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover	Syftet med studien var att identifiera styrkor och svagheter i nuvarande överrapporteringsteknik samt att införa en ny modell för rapporten.	Före och efterstudie som genomfördes med enkäter som besvarades före och efter implementeringen av SBAR. I efterstudien utvärderades resultatet också genom att specifikt se över dokumentation på utvalda patienter.	259 (91)	Det fanns stora skillnader i hur rapporten utfördes innan det standardiserade verktyget infördes och efter införandet av SBAR blev skillnaderna mindre. Resultaten tyder bland annat på förbättring av patientens involvering i överrapporteringen.	P III

## VIII

Kvalitativ studie (K), Icke-kontrollerad studie (P)  
I=Hög kvalitet, II= Medel kvalitet, III=låg kvalitet