

**PATIENTERS UPPLEVELSER AV BEDSIDE-RAPPORTERING**

**En icke-systematisk litteraturöversikt**

**Patients' experiences of bedside-handover**

**A non-systematic literature review**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Examensarbete i omvårdnadsvetenskap, 15 högskolepoäng  
Examinationsdatum: 2024-10-25  
Kurs: 5KEX1  
Författare: Sara Källbäck  
Författare: Mathilda Törnlöf

Handledare: Jenny Rossen  
Examinator: Bodil Holmberg

# SAMMANFATTNING

## Bakgrund

Överrapporteringar av ineliggande patienter vid skiftbyte förekommer flera gånger varje dygn på vårdavdelningar. Detta sker antingen utan patientens närvaro på en expedition, eller tillsammans med patienten på dennes rum, vilket kallas bedside-rapportering. I lagtext fastställs att sjuksköterskan ska arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt som främjar delaktighet där patienten ses som en jämlike med expertkunskaper om sin egen upplevelse. Studier inom området har framhävt sjuksköterskors upplevelser av arbetssättet där patientdelaktighet och relationsbyggande ses som positivt, men där oron för integritetsintrång ses som en nackdel. Därmed finns ett behov av att sammanställa den aktuella forskningen gällande patienters upplevelser av bedside-rapportering.

## Syfte

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av bedside-rapportering.

## Metod

Studien är en icke-systematisk litteraturöversikt. Genom sökningar i PubMed och CINAHL samt manuella sökningar, inkluderades 11 kvalitativa studier som besvarade syftet. Samtliga artiklar kvalitetsgranskades enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärderings [SBU] granskningsmall för kvalitativa studier. Integrerad, kvalitativ innehållsanalys användes för att sammanställa resultatet.

## Resultat

Tre huvudteman framkom i resultatet: *Att vara i ett partnerskap, Att känna trygghet och Att erfara sjuksköterskans kompetens och bemötande*. Vidare identifierades nio subteman. Patienterna föredrog bedside-rapportering framför rapportering utanför rummet. De ansåg det betydelsefullt att bli erkända som kompetenta individer vilket återspeglades i deras upplevelser av att vara delaktiga och informerade, samt möjligheten att bygga en personlig vårdrelation till sjuksköterskan. Vidare var den enskilda sjuksköterskans bemötande och förmåga att bjuda in till delaktighet avgörande för patienternas upplevelser. Patienterna lyfte inte upplevelsen av att deras integritet äventyrades, men de framhöll vikten av att känslig information delades på ett diskret sätt.

## Slutsats

För patienterna innebar bedside-rapportering en positiv, personlig och trygg upplevelse av personcentrerad omvårdnad där de sågs som medskapare snarare än passiva mottagare av sin egen vård.

**Nyckelord:** Bedside-rapportering, patientdelaktighet, patientupplevelser, personcentrerad omvårdnad, vårdrelation

## **ABSTRACT**

### **Background**

Handover of inpatients during shift changes occurs multiple times daily on hospital wards. This process can take place without the patient in an office or with the patient in their room, known as bedside handover. Legislation mandates that nurses adopt a person-centered approach and promote participation where the patients are recognized as equals with expert knowledge of their experiences. Previous research has focused on nurses' perspectives, emphasizing the benefits of patient involvement and relationship-building, while concerns regarding breaches of integrity are noted as drawbacks. Therefore, synthesizing current research on patients' experiences of bedside handover is essential.

### **Aim**

The aim was to describe patients' experiences of bedside handover.

### **Method**

The study is a non-systematic literature review. Through searches in PubMed, CINAHL, and manual methods, 11 qualitative studies that fulfilled the aim were included. All articles were quality-assessed using the Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services' [SBU] quality review template for qualitative studies. An integrated, qualitative content analysis was used to synthesize the results.

### **Results**

Three main themes emerged: *Being in a partnership*, *Feeling reassured*, and *Experiencing the nurse's competence and approach*. Additionally, nine sub-themes were identified. Patients preferred bedside reporting rather than reporting conducted outside the room. They emphasized the importance of being acknowledged as competent individuals, which was reflected in their experiences of being involved and informed, as well as being able to build a personal nurse-patient relationship. Furthermore, the nurse's individual approach and ability to promote participation were crucial to the patients' experiences. While patients did not express concerns about their integrity being compromised, they stressed the importance of sharing sensitive information discreetly.

### **Conclusions**

For patients, bedside handover provided a positive, personal, and reassuring experience of person-centered care, where they were seen as partners rather than passive recipients of their own care.

**Keywords:** Bedside handover, nurse-patient relationship, patient participation, patients' experiences, person-centered care

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Omvårdnad .....	1
Personcentrering och delaktighet .....	2
Överrapportering inom hälso- och sjukvård.....	3
Bedside-rapportering .....	3
Sjuksköterskors upplevelser av bedside-rapportering .....	4
Förutsättningar för bedside-rapportering.....	5
Att vara patient .....	5
Teoretiskt perspektiv .....	6
Problemformulering .....	7
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Design.....	7
Urval.....	8
Datainsamling.....	8
Kvalitetsgranskning.....	10
Dataanalys .....	10
Forskningsetiska överväganden .....	11
<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
Att vara i ett partnerskap .....	12
Att känna trygghet.....	14
Att erfara sjuksköterskans kompetens och bemötande.....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
Resultatdiskussion .....	17
Metoddiskussion.....	20
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>23</b>
Fortsatta studier .....	23
Klinisk tillämpbarhet.....	23
<b>FÖRFATTARNAS BIDRAG</b> .....	<b>24</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>25</b>

## BILAGA A-B

## INLEDNING

I en artikel publicerad i *Vårdfokus* år 2021, intervjuades specialistsjuksköterskan Thérèse Garthman som nominerades till Vårdförbundspriset samma år efter att ha implementerat bedside-rapportering på en kirurgavdelning i Göteborg. Arbets sättet innebar att omvårdnadspersonalen träffade patienterna vid skiftbyte för att det nya arbetslaget skulle kunna presentera sig, medan den avgående personalen tillsammans med patienten gav en uppdaterad rapport till sina kollegor som tog över. Garthman berättade i intervjun att arbets sättet både bidrog till ett personcentrerat arbets sätt och en effektivare kommunikation. Samtidigt lyfte hon utmaningar i att det finns få enkelrum på Sveriges sjukhus och att en bedside-rapportering då riskerade att leda till sekretessbrott (Bengtsson, 2021).

Överrapportering vid skiftbyten mellan sjuksköterskor är en återkommande och viktig del av omvårdnadsarbetet. I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska beskrivs personcentrerad vård som en av kärnkompetenserna (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 6), något som patientdelaktighet vid bedside-rapportering i teorin kan bidra till (Groves et al., 2016).

Intresset för detta ämne väcktes efter att ha arbetat på avdelningar där bedside-rapportering praktiseras. I praktiken finns lika många sätt att genomföra en bedside-rapportering som det finns sjuksköterskor. Många studier som belyser effektiviseringsresultat och hälso- och sjukvårdspersonalens uppfattning kring metoden har studerats. I slutändan är det dock patienternas preferenser och upplevelser som avgör om, och hur, personcentrering vid överrapportering uppnås. Således identifierades en personlig vilja, och ett generellt behov, av att sammanställa litteratur som belyser just patienters upplevelser av bedside-rapportering.

## BAKGRUND

### Omvårdnad

Omvårdnaden är sjuksköterskans ansvarsområde och syftar till att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa, lindra lidande och främja en värdig död (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024b). Begreppet omvårdnad syftar både till ett praktiskt arbets sätt och ett etiskt förhållningssätt som bygger på att ge personcentrerad vård med respekt för varje individs unika behov. Sjuksköterskan ska också visa ett empatiskt förhållningssätt och skapa ett partnerskap med patienten, vilket stärker patientens delaktighet och autonomi. Detta innebär att sjuksköterskan tar hänsyn till patientens känslor och upplevelser av hälsa och ohälsa, samt arbetar för att ge patienten de verktyg som behövs för att hantera sin situation på bästa sätt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024b).

Interaktionen mellan patient och vårdpersonal är grundläggande för att bilda en *vårdrelation* (Björck & Sandman, 2007). Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2024b) utgör vårdrelationen definitionen och kärnan av omvårdnad, som grundas i respekt för mänskliga rättigheter. I en studie av Molina-Mula och Gallo-Estrada (2020) kännetecknades en god vårdrelation mellan sjuksköterska och patient av ömsesidig tillit, empati och god kommunikation, medan en dålig vårdrelation präglades av distans,

bristande kommunikation och fokus på tekniska aspekter av vården. Denna dynamik hade en direkt inverkan på vårdkvaliteten och patientens upplevelse.

I Svensk Sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2024a, s. 4-6) beskrivs *säker vård* som den kärnkompetens som “utgör en grund för all omvårdnad”. Vidare är en av kärnkompetenserna som ämnar säkerställa en säker vård förmågan att *samverka i team*. Det innebär att sjuksköterskan förväntas kunna kommunicera med övriga i teamet för att leda, diskutera samt planera omvårdnadsarbetet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 6).

## **Personcentrering och delaktighet**

### Personcentrerad vård

Enligt Centrum för personcentrerad vård [GPCC] (2022, s. 2) är *personcentrerad vård* ett förhållningssätt där patienten ses som en person med både förmågor och resurser. I en litteraturstudie av Kitson et al. (2012), definierades tre grundläggande element i personcentrerad vård: Vårdkontexten, relationen mellan patienten och sjuksköterskan, samt patientdelaktighet och engagemang i sin egen vård. GPCC (2022, s. 2) framhåller alla människors lika värde som grunden till den personcentrerade vården. I praktiken utformas detta genom personcentrerade samtal präglade av aktivt lyssnande på patientens berättelse, där de unika resurserna hos varje individ tas tillvara. Vidare praktiseras personcentrerad vård enligt GPCC genom en ömsesidig respekt för varandras kunskaper som sjuksköterska och patient, på så sätt skapas ett partnerskap. Patienten ses som en jämlike genom att vara expert på sin egen upplevelse samtidigt som sjuksköterskan bidrar med evidens och klinisk kunskap (GPCC, 2022, s. 5).

### Patientdelaktighet

Socialstyrelsen (2015) definierar *delaktighet* inom hälso- och sjukvård som ett övergripande begrepp vilket innebär att patienten ska ha möjlighet att påverka sin egen vård och omsorg, exempelvis genom delat beslutsfattande. Patientdelaktighet är en viktig komponent i patientsäkerhet. En litteraturöversikt som sammanställde evidensen gällande effekterna av delaktighet inom vården visade att patientdelaktighet ledde till en omvårdnad av högre kvalitet som även var säkrare för patienterna (Hibbard & Greene, 2013). Detta eftersom de var införstådda i patientsäkerhetsåtgärder, delaktiga i beslutsfattande och samarbetade med vårdpersonalen. I en kvalitativ artikel av Burrows Walter och Duthie (2017) framkom det dessutom att patienterna önskade vara aktiva i sin vård eftersom de då insåg det egna ansvaret för säkerheten under ineliggande vårdtid. Detta innebar exempelvis att ta ansvar för säkerheten vid utövandet av vardagliga beteenden såsom att vara försiktig vid förflyttningar. Patienterna uppgav dessutom att de hade en rättighet att involveras i sin vård till den grad att de kunde säkerställa sin egen säkerhet (Burrows Walter & Duthie, 2017).

### Riktlinjer inom hälso- och sjukvård

I lagtext återfinns stöd för en hälso- och sjukvård som arbetar med personcentrering i allmänhet och delaktighet i synnerhet. I Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30), stadgas i 5 kap. 1 § att sjukvården ska “bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”. I Patientlagen (SFS 2014:821) 5 kap. 1 § fastställs dessutom att “Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”. I 4 kap., 1 § i Patientlagen (SFS 2014:821) anges även att “Patientens självbestämmande och

integritet ska respekteras". Vidare har patienten i enlighet med Patientlagen (SFS 2014:821) 3 kap. rätt till information om sin situation, hälsotillstånd, möjliga behandlingar samt förväntat vård- och behandlingsförlopp. I Patientlagen förtydligas att denna information ska kommuniceras utifrån individens förutsättningar till förståelse baserat på exempelvis mognad och språkkunskaper (SFS 2014:821, 3 kap. 6 §).

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 6) fastställs *personcentrerad vård* som en av de kärnkompetenser en sjuksköterska ska besitta. Därmed har sjuksköterskan ett ansvar för att tillgodose en vård som utgår från den unika individens behov, förväntningar och förutsättningar. Kliniskt innebär detta att uppnå ett partnerskap med patienten där man planerar, genomför och utvärderar vården tillsammans. Vidare är det av stor vikt att patienten ges möjlighet att vara delaktig i beslutsfattande för att på så sätt bli en medskapare av sin egen vård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2024a, s. 6).

### **Överrapportering inom hälso- och sjukvård**

På en vårdavdelning med ineliggande patienter förekommer överrapportering vid skiftbyte oftast tre gånger varje dygn. Överrapporteringen innebär att sjuksköterskan som snart fullföljt sitt arbetspass, överlämnande sjuksköterska, lämnar över ansvaret för patienten till sjuksköterskan som precis påbörjat sitt arbetspass, övertagande sjuksköterska. Målet med en överrapportering är att den överlämnande sjuksköterskan ska dela kort och uppdaterad information om patientens bakgrund såsom namn, ålder, kön och relevant livshistoria samt klinisk information om personens situation på avdelningen (Demiray et al., 2018). Rutinen för överrapportering varierar beroende på arbetsplats. Sätten som används är verbal, skriftlig, inspelad samt bedside-rapportering. Bortsett från bedside-rapportering, som sker inne på patientens rum, utförs samtliga överrapporteringar på en expedition utan patientens närvaro (Smeulers et al., 2014).

Välfungerande informationsöverföring mellan vårdpersonal vid överrapportering är en förutsättning för ett patientsäkert teamarbete samt grundläggande för att minska risken att information går förlorad. En metod som ofta används för att säkerställa god kommunikation inom sjukvården idag är SBAR. Akronymen står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd samt rekommendation och används som en modell för att minska riskerna för brister i informationsöverföringen i samband med överrapportering (Socialstyrelsen, 2020).

### **Bedside-rapportering**

Överrapportering mellan överlämnande och övertagande sjuksköterska kan ske inne på patientens rum tillsammans med patienten, och kallas då bedside-rapportering (Dorvil, 2018). I Dorvils (2018) litteraturöversikt över implementering av arbetssättet, definierades bedside-rapportering som en process där vital patientinformation samt ansvar överlämnas till den övertagande sjuksköterskan. Detta sker genom ett samtal mellan överlämnande sjuksköterska, övertagande sjuksköterska samt patienten, inne på dennes rum (Dorvil, 2018).

Arbetssättets ursprung framkommer inte i befintlig forskning, men i en av de tidigare studierna som finns publicerade framställdes bedside-rapporteringen som ett sätt att främja

personcentrerad vård (MacMahon, 1990). Majoriteten av den tidigt implementerade bedside-rapporteringen fokuserade dock på medicinska uppgifter relaterade till personens kliniska tillstånd snarare än omvårdnaden av den unika individen (Ross, 1974). Det fanns också en uppfattning om att bedside-rapporteringen ibland var en mer symbolisk akt för personcentrering som istället resulterade i att sjuksköterskorna stod vid sängkanten eller i dörröppningen och pratade om patienten som om hen inte var där (MacMahon, 1990).

### Bedside-rapportering i teori och praktik

Bedside-rapportering som en del av personcentrering har setts som en förutsättning för patientsäkerhet där sjuksköterskorna ges möjlighet att identifiera samt agera på möjliga säkerhetsrisker (Groves et al., 2016). Genom att patienten är närvarande när rapporten förmedlas vid skiftbyten, säkerställs kommunikationen genom att patienten kan korrigera möjliga fel samt bidra med information som annars skulle missats (Chien et al., 2021; Groves et al., 2016; Paredes-Garza et al., 2022).

Samtidigt finns evidens som visar att bedside-rapportering inte automatiskt garanterar personcentrering och patientdelaktighet. I en case-studie av Chaboyer et al. (2010) där över 500 bedside-rapporteringar observerades, var patienterna endast delaktiga i färre än hälften. Studien fann resultat som visade på att närhet till patienten under rapporteringen inte räckte för att göra patienten delaktig. Det krävdes också att sjuksköterskorna arbetade aktivt med att bjuda in patienten till delaktighet under rapporten (Chaboyer et al., 2010).

### **Sjuksköterskors upplevelser av bedside-rapportering**

I studier som beskriver sjuksköterskors erfarenheter av bedside-rapporteringar framkom det i resultatet att de uppgav fördelar med arbetssättet eftersom det möjliggjorde patientdelaktighet och personcentrering (Chien et al., 2021; Kullberg et al., 2018). Det uppfattades som positivt att patienterna i samband med rapporten fick veta vem som skulle ha ansvar för dem samt att sjuksköterskorna snabbare kunde visualisera patientens behov när de samlades runt sängen för att överrapportera (Chien et al., 2021). Vidare uppgav sjuksköterskorna att den välfungerande bedside-rapporteringen utvecklade vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient (Chien et al., 2021).

Även om sjuksköterskor ser fördelar med arbetssättet finns det evidens som visar på motsatsen. Tobiano et al. (2017) har samlat in enkäter från 200 sjuksköterskor där det framkom att de i vissa fall upplevde att överrapporteringen drog ut på tiden på grund av yttre störningsmoment samt patienter och familjemedlemmars aktiva deltagande. Vidare framförde sjuksköterskor i samma studie en oro gällande patienters integritet i samband med bedside-rapporteringen, något som även framkommer i studier av Kullberg et al. (2018) samt Jimmerson et al. (2020). Den personliga integriteten innebär både fysisk och psykisk okränkbarhet, vilket omfattar individens kropp, värderingar, önskningar och mentala liv (Statens Medicinsk-Etiska Råd [SMER], u.å.) I en kvalitativ intervjustudie av Jimmerson et al. (2020) framhöll samtliga sjuksköterskor som deltog att en modifierad variant av bedside-rapportering var nödvändig. På så sätt skulle en del av rapporten ske utanför patientens rum för att sjuksköterskorna skulle kunna prata mer öppet om ämnen som upplevdes olämpliga för patienten att höra (Jimmerson et al., 2020).



## **Förutsättningar för bedside-rapportering**

Bedside-rapportering förutsätter patientdelaktighet för att det ska fungera väl. Då krävs både att patienterna har de fysiska och kognitiva förutsättningarna för att delta, att de bjuds in till deltagande av sjuksköterskan samt att de själva är aktiva (Oxelmark et al., 2020). I en studie där man observerat och analyserat 30 bedside-rapporteringar framkom resultat som visade att den överlämnande sjuksköterskans bemötande och förmåga att involvera patienterna, tydligt påverkade patienternas grad av delaktighet under rapporten (Forde et al., 2020).

För att genomföra bedside-rapportering krävs kompetens hos sjuksköterskorna eftersom informationen behöver individualiseras samt framföras korrekt inför patienten (Jimmerson et al., 2020; Tobiano et al., 2017). Kontinuerlig utbildning av sjuksköterskor gällande kommunikation och utförande av bedside-rapportering har visat sig vara en förutsättning för ett välfungerande utfall (Slade et al., 2018; Usher et al., 2018). Högre kompetens bland sjuksköterskor har resulterat i ökad interaktion med patienterna (Slade et al., 2018) samt bättre och effektivare kommunikation mellan sjuksköterskor under överrapporteringen (Usher et al., 2018). Vidare visade ett kvalitetsutvecklingsprojekt av Goff och Gates (2024) att standardisering av bedside-rapportering bidrog med en effektivisering av arbets sättet. Tiden för överrapportering minskade med 30 procent, arbetsflödet förbättrades och personalen fick större självförtroende i att rapportera bedside (Goff & Gates, 2024).

Inom svensk hälso- och sjukvård skyddas patientens integritet genom sekretess enligt Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400, 25 kap.) när det gäller offentligt bedriven hälso- och sjukvård samt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, 6 kap. 12–16 §) vid privata vårdgivare. I Offentlighets- och sekretesslagen uppges att sjukvårdspersonalen har en skyldighet att bevara patientens sekretess gällande den enskildes hälsotillstånd och personliga förhållanden “om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon till denne lider men” (SFS 2009:400, 25 kap. 1 §). Bedside-rapportering förutsätter därmed att informationen som delas inte når medpatienter eller andra utomstående, alternativt att patienterna lämnat samtycke till att informationen delas. På så sätt ställs krav på den fysiska miljön där enkelsalar ger bättre förutsättningar än flersalar för att hålla en bedside-rapport som bevarar den lagstadgade sekretessen. Detta har konstaterats av sjuksköterskor som har upplevt att flersalar utgör ett vanligt hinder för en säker bedside-rapportering (Tobiano et al., 2018).

### **Att vara patient**

Enligt Socialstyrelsen (2003) innebär begreppet *patient* en “person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård”. Upplevelsen av att vara patient har i en kvalitativ studie av Nepal et al. (2020) beskrivits som en sårbar situation av hjälplöshet och en känsla av att tappa kontrollen. I samma studie förklarades det som frustrerande att vara beroende av personalen, vilket hade stor inverkan på upplevelsen. När personalen var empatisk och snabb på att möta patientens behov, upplevdes den övergripande sjukhusvistelsen betydligt bättre än om så inte var fallet (Nepal et al., 2020).

En vårdrelation mellan sjuksköterska och patient präglas av ett asymmetriskt maktförhållande, där patienten befinner sig i en beroendeställning och det råder en obalans i kunskap och resurser inom den specifika vårdssituationen (Svensk Sjuksköterskeförening,

2017, s. 26). Sjuksköterskan har därför ett ansvar att vara medveten om maktförskjutningen samt värdera människors ömsesidiga beroende av varandra för att främja en jämlik vårdrelation och bättre upplevelse för patienterna (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017, s. 26).

## **Teoretiskt perspektiv**

Myra Levines omvårdnadsteori kallas för konversationsmodellen och betonar hur sjuksköterskan kan hjälpa patienter att bevara sina resurser och anpassa sig till förändringar, med målet att bibehålla sin helhet (Levine, 1991a, s. 3). Adaption är ett centralt begrepp i teorin som berör patientens förmåga att anpassa sig till förändringar i hälsa och miljö. Alla människor reagerar olika på sjukdom, och omvårdnadsåtgärder måste således anpassas efter den enskilda individens behov. Patienter står inför olika fysiska, emotionella och sociala utmaningar under sjukdom, och sjuksköterskans roll är att stödja dem i deras anpassning till dessa. På så sätt kan sjuksköterskan hjälpa dem att återta kontrollen över sitt liv och sin självbild (Levine, 1991b, s. 241).

Konversationsmodellen bygger på fyra huvudprinciper. Först är *bevarandet av energi*, som handlar om att hjälpa patienten att hushålla med sin energi. Denna princip är central eftersom kroppens energi används både för att bekämpa sjukdom och för att hantera de fysiska och psykiska kraven som följer med en vårdssituation. Målet är att förhindra onödig energiförbrukning och därmed bevara tillräckligt med resurser för kroppen att kunna läka och återhämta sig. Utöver att säkerställa en balans mellan aktivitet och vila betonar Levine (1991b, s. 244) även vikten av stöd för att minska känslomässig stress, vilket också är avgörande för att bibehålla energi.

Den andra principen, *bevarandet av strukturell integritet*, fokuserar på att skydda och stödja kroppens fysiska helhet, vilket innebär att omvårdnaden ska främja läkning och minimera skador. Praktiskt sett innebär det att omvårdnaden bör främja optimal fysisk funktion och stödja återhämtningen samtidigt som man undviker onödiga skador eller påfrestningar för kroppen (Levine, 1991b, s. 245).

Den tredje principen är *bevarandet av personlig integritet*, och den betonar respekten för patientens autonomi, värdighet och självbild (Levine, 1991b, s. 246). Levine (1991b, s. 247) menar att sjuksköterskan ska stötta patienten genom att upprätthålla en känsla av självkontroll, vilket är särskilt viktigt i sårbara situationer som sjukdom eller sjukhusvistelse. Det kan exempelvis innebära att säkerställa att patienten är involverad i vårdbeslut och att deras preferenser och värderingar tas på allvar. Det handlar också om att respektera patientens fysiska och emotionella gränser. Vidare kan förlust av personlig integritet leda till psykologiskt lidande och försämrad hälsa (Levine, 1991b, s. 247).

Sista principen, *bevarandet av social integritet*, innebär att stödja patientens relationer och sociala sammanhang så att de kan behålla en känsla av identitet och tillhörighet även under sjukdom. För sjuksköterskan kan det handla om att aktivt stödja patientens möjligheter att upprätthålla kontakt med sina anhöriga och nära vänner, vilket kan bidra till att skapa en känsla av sammanhang och trygghet under vårdtiden (Levine, 1991b, s. 247).

För denna litteraturoversikt anses Levines omvårdnadsteori vara givande och relevant som omvårdnadsförankrad teoretisk utgångspunkt. Sammanfattningsvis betonar Levine (1991b,

s. 249) i sin omvårdnadsteori vikten av personcentrerad vård, där respekt för individens personliga integritet framhålls som en central del för att främja både fysisk och psykisk hälsa.

## **Problemformulering**

Överrapporteringar av ineliggande patienter från överlämnande sjuksköterska till övertagande sjuksköterska förekommer flera gånger varje dygn på vårdavdelningar. Detta sker antingen utan patientens närvaro på en expedition, eller tillsammans med patienten på dennes rum, vilket kallas bedside-rapportering. Att vara patient innebär att befinna sig i en beroendeställning och är ofta förknippat med känslor av hjälplöshet. I lagtext fastställs att sjuksköterskan ska arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt som främjar delaktighet och där patienten ses som en jämlike med expertkunskaper om sin egen upplevelse.

Studier visar att sjuksköterskor upplever att en välfungerande bedside-rapportering är till fördel för patienten då arbetsättet främjar en personcentrerad vård. Samtidigt uttrycker de en oro över att äventyra patientens integritet, särskilt när de vårdas på flersalar, och föredrar därför en modifierad variant av arbetsättet där viss information delas utanför rummet. Bedside-rapportering förutsätter ett samarbete mellan sjuksköterskor och patient där samtliga ges möjlighet att bidra. För att möjliggöra en välfungerande bedside-rapportering krävs utbildning och kompetens i arbetsättet hos sjuksköterskorna, samt en förståelse för patienternas situation och upplevelse. Denna litteraturoversikt ämnar utgå från patientens perspektiv, och därmed beskriva patienters upplevelser av bedside-rapportering.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturoversikt var att beskriva patienters upplevelser av bedside-rapportering.

## **METOD**

### **Design**

Studiedesignen för denna studie var en icke-systematisk litteraturoversikt. Denna design valdes då tidsramen för ett kandidatexamensarbete är för begränsad för att genomföra en systematisk litteraturoversikt. Även en icke-systematisk litteraturoversikt kräver dock ett metodiskt tillvägagångssätt, vilket innebär att alla steg i processen redovisas noggrant (Kristensson, 2014, s. 153).

Studier med kvalitativ ansats analyserades och sammanställdes för att svara på syftet. Rosén (2023, s. 435) beskriver att syftet med en litteraturoversikt i stort är att få en sammanvägd bild av forskningsläget på området samt underlag för att kunna arbeta evidensbaserat.

## Urval

Rosén (2023, s. 441) belyser att en strukturerat ställd frågeställning är avgörande för att kunna säkerställa tydliga inklusions- och exklusionskriterier. I kvalitativa studier används PEO (population, exposure och outcome) för att identifiera och specificera de olika komponenterna i studiens frågeställning, och därmed fastställa inklusions- och exklusionskriterier (Rosén, 2023, s. 440-441). I detta fall var studiens population vuxna patienter, exposure var bedside-rapportering och outcome var patienternas upplevelser.

### Avgränsningar

Tydliga avgränsningar är av stor vikt för att litteraturöversikten ska hålla en god kvalitet och vara reproducerbar (Kristensson, 2014, s. 158). Avgränsningar som valts i denna studie är att utvalda studier är vetenskapliga originalartiklar som är peer-reviewed. En artikel som är peer-reviewed har granskats och bedömts av oberoende experter inom samma ämnesområde innan publicering (Kristensson, 2014, s. 157). En avgränsning har även gjorts till att endast inkludera artiklar skrivna på engelska. Detta då det är gängse språk inom forskning (Östlundh, 2022, s. 102) samt det språk som författarna behärskar. Det kommer ständigt ny forskning och för att upprätthålla aktualitet kan en tidsbegränsning användas (Östlundh, 2022, s. 102). Då det endast finns en begränsad mängd kvalitativ forskning på området utifrån denna studies syfte har det därför varit av vikt att belysa även äldre studier som bedömts ha starka och relevanta resultat. Därav har en tidsbegränsning på 15 år applicerats.

### Inklusionskriterier

Utifrån syftet med denna studie inkluderades kvalitativa studier som studerat ineliggande patienters upplevelse av bedside-rapportering. Studier av mixed-method har inkluderats, då har endast de kvalitativa resultaten tagits med. Det var av stor vikt att resultatet beskrevs utifrån patientens perspektiv. Ytterligare inklusionskriterier var patienter över 18 år, både män och kvinnor.

### Exklusionskriterier

Då syftet ämnar undersöka upplevelser har studier med enbart kvantitativ ansats exkluderats. Vidare har studier som studerat upplevelser hos barn och familjer i pediatrik kontext exkluderats, då litteraturöversikten ämnat belysa vuxna patienters erfarenheter. Även studier utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv har uteslutits. För att kunna beskriva upplevelser av bedside-rapportering som metod har studier där olika modifierade varianter av bedside-rapportering exkluderats. Även studier som studerat upplevelser av en klassisk ”rond”, multiprofessionell avstämning, bedside har exkluderats.

## Datainsamling

Sökning av litteratur till denna studie gjordes i databaserna Public Medline [PubMed] och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] med hjälp av termer från Svensk MeSH och Cinahl Subject Headings. Referenslistor från tidigare studier på området användes för att genomföra initiala sökningar i dessa databaser. Detta för att i ett tidigt skede säkerställa att det fanns tillräcklig mängd litteratur på området. Genom att utgå från PEO har tre olika block med sökord använts och kombinerats (tabell 1). Rosén (2023, s. 442) belyser vikten av att sökningen upprepas under projektets gång så att inte nya studier förbises. I ett senare skede genomfördes även manuella sökningar genom att

granska tidigare litteraturöversiktens referenslistor där två relevanta artiklar hittades, varav en inkluderades i studien.

När sökstrategierna förfinats och de slutliga sökningarna genomförts har ett urval av artiklar gjorts. Detta har utförts enligt Roséns (2023, s. 442) modell i tre steg. I det första steget väljs artiklar ut genom att granska relevansen utifrån dess titel. I nästa steg sker ännu ett urval utifrån artikelns abstract där en bedömning görs huruvida artikeln kan tänkas svara på studiens syfte. Slutligen görs ett urval av de artiklar som tagits fram och lästs i fulltext, då baserat på att de uppfyller de fördefinierade inklusions- och exklusionskriterierna. För att uppnå ett analyserbart material har 11 vetenskapliga artiklar inkluderats i denna litteraturöversikt.

De vetenskapliga artiklarnas abstract lästes av båda författarna var för sig och jämfördes sedan för att besluta vilka som skulle inkluderas (Kristensson, 2014, s. 164). Om författarna varit oense om huruvida en artikel ska inkluderas i litteraturöversikten har den initialt tagits med för vidare granskning och bedömning. Inkluderade artiklar har slutligen presenterats med en schematisk översikt i bilaga B.

**Tabell 1:** Redovisning av databassökning i PubMed och CINAHL

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar (inkl. dubletter)	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
2024-08-29 PubMed	(((((((((patient satisfaction[MeSH Terms]) OR (patient participation[MeSH Terms])) OR (patient preference[MeSH Terms])) OR (Nurse-Patient Relations[MeSH Terms])) OR (Professional-Patient Relations[MeSH Terms])) OR (Patient experienc*[Title/Abstract])) OR (Patient preferenc*[Title/Abstract])) OR (patient centered care[MeSH Terms])) OR (Patient Perspectiv*[Title/Abstract])) AND ((patient handoff[MeSH Terms]) OR (patient handover[Title/Abstract])) AND (((Bedside[Title/Abstract]) OR (Patient bedside[Title/Abstract])) OR (Patients' room*[Title/Abstract]))	Engelska 15 år	71	62	22	7
2024-08-29 CINAHL	SU Patient attitudes OR SU Consumer participation OR SU Decision Making, Patient OR SU Nurse-Patient Relations OR SU Professional-Patient Relations OR TI Patient Preferenc* OR AB Patient Preferenc* OR TI Patient Participation OR AB Patient Participation OR TI Patient Experienc* OR AB Patient Experienc* AND	Engelska 15 år Peer Reviewed	70	29	6	3

	SU Hand Off (Patient Safety) OR TI Patient Handoff OR AB Patient Handoff OR TI Patient Handover OR AB Patient Handover AND ( (MM "Patients' Rooms") OR (MM "Patient Bedside") ) OR TI Bedside OR AB Bedside					
Manuell sökning*			2	2	1	1
Totalt			143	93	29	11

\*Manuell sökning: Genom att granska tidigare litteraturöversiktens referenslistor hittades två artiklar varav en sedan valdes ut att ingå i studien: Baldwin och Spears (2019).

### Kvalitetsgranskning

Samtliga artiklar som valts ut efter en relevansbedömning kvalitetsgranskades. Rosén (2023, s. 443) beskriver att detta ska göras av två oberoende granskare, i detta fall de båda författarna till denna studie. Olika granskningsmallar och metoder syftar till att fungera som ett stöd för att säkerställa kvalitet av enskilda studier. Ofta består de av en checklista med kriterier som är av vikt att ta hänsyn till.

Till denna litteraturöversikt användes Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] granskningsmall för kvalitativa studier (bilaga A). De granskade artiklarnas kvalitet och relevans för studiens syfte återfinns i bilaga B. Kristensson (2014, s. 165) belyser vikten av att göra kvalitetsgranskningen på ett systematiskt och transparent sätt, samt att det är viktigt att i förväg definiera vilken kvalitetsnivå som kommer att accepteras. I föreliggande kvalitetsgranskning bestämdes att samtliga artiklar som ingår i resultatet behövde uppnå en kvalitetsnivå med endast "obetydliga eller mindre brister" enligt granskningsmallen.

### Dataanalys

Litteraturen i denna översikt analyserades genom en integrerad analys. Genom en integrerad analys kan de sammanvägda resultaten presenteras på ett överskådligt sätt, det handlar om att ställa resultaten från de olika studierna i relation till varandra (Kristensson, 2014, s. 174). Vidare beskriver Kristensson (2014, s. 176) analysdelen som ett flöde där man går från helheten i de olika artiklarna och bryter ner dem i delar, för att sedan bygga ihop dem och återgå till en ny helhet. Vidare belyses att det är studiernas resultatdelar som ska analyseras, och inte dess diskussioner.

För att genomföra en integrerad analys av de inkluderade studierna har en kvalitativ innehållsanalys tillämpats. Kristensson (2014, s. 142–145) beskriver analysmetoden som ett sätt att hitta likheter, skillnader och mönster i texterna. Detta görs i olika steg genom att meningsbärande enheter identifieras och kodas, dessa koder ställs sedan mot varandra och sammanfattas i kategorier eller teman. Analysfasen inleddes således genom att samtliga 11 artiklar lästes igenom och meningsbärande enheter som kunde kopplas till litteraturöversiktens syfte identifierades och kopplades till en kod. I nästa steg jämfördes de extraherade resultaten och koderna från de olika studierna genom att de ställdes mot

varandra och likheter och skillnader kunde urskiljas. Syftet i denna fas var att finna nya teman och subteman. Friberg (2022a, s. 179) lyfter att det är viktigt att under hela arbetets gång reflektera kring om det finns alternativa sätt att sammanställa och beskriva materialet än det man kommit fram till.

I den sista delen presenterades resultatet av analysen på ett tydligt sätt (Kristensson, 2014, s. 142–145). En integrerad sammanställning formulerades genom att de nya teman och subteman som framkommit användes som rubriker och underrubriker i resultatbeskrivningen. Under analysfasen har studiernas resultat översatts från engelska till svenska. Det har delvis översatts fritt, men även hjälpmedel så som Google translate och OpenAI har använts.

## **Forskningsetiska överväganden**

God forskningssed handlar enligt Helgesson (2015 s. 61) om att följa forskningens “interna spelregler”. Detta innebär bland annat att forskningen ska uppfylla krav på öppenhet, prövbarhet och upprepbarhet samt att forskare ska ta sitt ansvar gentemot forskningspersonerna och forskningens konsekvenser. Vid forskning som utförs på människor måste forskningspersonernas autonomi och integritet alltid respekteras. Detta genom att de får tillräcklig information om studiens syfte, metod och möjliga risker innan de ger sitt informerade samtycke (2015, s. 91). Helgesson framhäver fabricering, förvanskning, plagiering och att ge en missvisande bild av forskningsläget som tydliga exempel på avvikelser från en god forskningssed (s. 70).

Litteraturöversikten ämnade endast inkludera etiskt granskade artiklar godkända av etisk nämnd. I artiklar där ett tydligt etiskt godkännande inte framgick, analyserades istället transparensen i urvalet och processen för samtycke. Detta innebar ett säkerställande och ansvarstagande för forskningspersonernas integritet samt forskningens konsekvenser. Artiklarna var även peer-reviewed vilket innebär att de blivit kritiskt granskade av externa forskare inom samma forskningsfält (Helgesson, 2015, s. 81). Detta innebär god forskningssed utifrån kriteriet för prövbarhet och öppenhet i form av ett transparent tillvägagångssätt.

Förförståelse avser den kunskap och de insikter som individer redan har om ett ämne. En individs tidigare kunskaper och perspektiv spelar en central roll i hur de bearbetar ny information och kan påverka deras förståelse av ämnet (Priebe & Landström, 2023, s. 39). Författarna till litteraturöversikten har under hela processen varit medvetna om och diskuterat sin förförståelse i ämnet för att möjliggöra ett objektiva förhållningssätt samt ett trovärdigt resultat. Detta är synnerligen relevant då båda författarna arbetar inom hälso- och sjukvården på avdelningar där bedside-rapportering praktiseras. Då samtliga inkluderade studier varit skrivna på engelska har en översättning till svenska varit nödvändig. Även huruvida det kan ha en subjektiv påverkan på resultatet har diskuterats under arbetets gång. För att undvika feltolkningar har två olika digitala översättningstjänster använts och författarna har även diskuterat mer komplexa översättningar tillsammans.

För att undvika risk för plagiering eller vilseledning är det av stor vikt att referering sker korrekt och konsekvent (Kristensson, 2014, s. 25). I denna litteraturöversikt har Sophiahemmets modifierade version av APA-systemet tillämpats.

## RESULTAT

Utifrån 11 studier sammanställdes resultatet genom tre huvudteman: *Att vara i ett partnerskap*, *Att känna trygghet* samt *Att erfara sjuksköterskans kompetens och bemötande*. Vidare identifierades 9 subteman vilka återfinns i tabell 2.

**Tabell 2:** Resultat redovisade i huvudteman och subteman

Huvudtema	Subtema
Att vara i ett partnerskap	Att känna sig delaktig
	Att vara en aktiv deltagare
	Att vara en passiv lyssnare
Att känna trygghet	Kontroll genom information
	Tilltro till sjuksköterskan
	Tydlighet vid skiftbyte
Att erfara sjuksköterskans kompetens och bemötande	Att bygga en personlig vårdrelation
	Individanpassad överrapportering
	Sjuksköterskors betydelse

Samtliga studier hade en kvalitativ ansats och bestod av intervjuer och/eller enkäter med öppna frågor. Totalt deltog 227 vuxna personer över 18 år, och i de studier där könsfördelningen framgick var majoriteten av deltagarna kvinnor. Flera olika sjukvårdskontexter inkluderas i studierna, bland annat akutvård, kirurgi, medicin, obstetrik, förlossning och hjärtmedicin. Fyra av studierna genomfördes i Australien, tre i USA, en i Storbritannien, en i Sverige, en i Italien samt en i Kanada.

Patienter beskrev en gemensam upplevelse av att föredra bedside-rapportering framför rapportering utanför rummet (Baldwin & Spears, 2019; Friesen et al., 2013; Jeffs et al., 2014; Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). Däremot kunde daglig bedside-rapportering kännas överflödigt när man varit inlagd under en längre tid (Jeffs et al., 2014).

### Att vara i ett partnerskap

I första temat beskrivs upplevelser av ett partnerskap mellan patient och sjuksköterska vid bedside-rapportering. Partnerskapet beskrivs i tre subteman: *Att känna sig delaktig*, *Att vara en aktiv deltagare*, samt *Att vara en passiv lyssnare*.

#### Att känna sig delaktig

Det framkom upplevelser av att bedside-rapportering ledde till en känsla av delaktighet och att bli sedd som en person snarare än ett objekt (Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). Att istället behandlas som ett objekt eller nummer, upplevdes utgöra hinder för patientdelaktigheten under rapporteringen (Benham-Hutchins et al., 2017). Patienter upplevde att överrapporteringen inne på rummet bidrog till känslan av att deras egen kunskap och vilja var av betydelse (Baldwin & Spears, 2019; Bradley & Mott, 2014; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). I studien av McMurray et al. (2011) uppgav patienterna en upplevelse av att sjuksköterskorna i samband med bedside-rapporteringen erkände dem som kompetenta individer som hade en legitim rätt till information om sin egen vård.



Att bli sedd som en individ genom att involveras i bedside-rapporteringen vid skiftbyte upplevdes stärkande och fick patienterna att känna sig betydelsefulla (Baldwin & Spears, 2019; Jeffs et al., 2014; Kerr et al., 2014). Patienterna upplevde att de fick en bättre förståelse för sitt medicinska tillstånd vilket gjorde att de kände sig delaktiga i sin vård (Kerr et al., 2014; Jeffs et al., 2014). Vidare upplevdes att patientens delaktighet i rapporten utgjorde en essentiell grund för teamarbetet mellan sjuksköterska och patient eftersom patienten blev sedd som en jämlike (Baldwin & Spears, 2019). För att främja delaktighet var det viktigt för patienter att samtliga deltagare och dess roller presenterades i inledningen av bedside-rapporteringen (Benham-Hutchins et al., 2017).

Fördelarna med att vara delaktig och ta del av information gällande sitt kliniska tillstånd upplevdes för flera patienter som viktigare än att bevara integriteten till fullo (Friesen et al., 2013; Lupieri et al., 2016). Vidare framkom patienters upplevelser av acceptans över att personlig information delades vid bedside-rapporteringen. Det fanns en känsla av att integriteten upphörde när sjukdomen gjorde sitt inträde eftersom alla behövde veta vad som pågick (Jeffs et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Lu et al., 2014). De flesta patienterna upplevde inte att bedside-rapporteringen hade varit integritetskränkande, även om det förekom känslor av att inte vara helt bekväm med att andra kunde höra privat information (Friesen et al., 2013; Jeffs et al., 2014; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011). Vissa patienter konstaterade att integriteten inte bevarades, men att det spelade mindre roll eftersom alla patienter på avdelningen var i samma situation (Lupieri et al., 2016).

#### Att vara en aktiv deltagare

Det framkom positiva upplevelser, samt en önskan, av att involveras som en aktiv deltagare i bedside-rapporteringen (Baldwin & Spears, 2019; Benham-Hutchins et al., 2017; Bradley & Mott, 2014; Bruton et al., 2016; Friesen et al., 2013; Jeffs et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). Att vara en aktiv deltagare gav patienterna möjligheten att bekräfta och rätta felaktig information, vilket de uppskattade (Baldwin & Spears, 2019; Bruton et al., 2016; Friesen et al., 2013; Jeffs et al., 2014; Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). Det framkom dessutom upplevelser av att interaktionen under rapporten ledde till att rädslor och ångest gällande patientens hälsotillstånd och vårdplan lindrades (Jeffs et al., 2014).

Dock framkom vissa hinder för att delta aktivt i bedside-rapporteringen. Det handlade om att inte kunna delta i bedside-rapporteringen på grund av sitt kliniska tillstånd (Benham-Hutchins et al., 2017; Bruton et al., 2016; Wiklund et al., 2020), och att exkluderas genom att inte bjudas in till deltagande av sjuksköterskan (Benham-Hutchins et al., 2017; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011). Patienter lyfte en känsla av trygghet att kunna bjuda in anhöriga till att delta i överrapporteringen när de själva inte mätte tillräckligt bra för att kunna vara aktiva (Kerr et al., 2014).

#### Att vara en passiv lyssnare

I vissa studier framkom patienters önskan av att delta i bedside-rapporteringen som passiva lyssnare (Bruton et al., 2016; Jeffs et al., 2014; Kerr et al., 2014; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). Detta kunde dels handla om en vilja att ta del av informationen men en ovilja att interagera med sjuksköterskorna under rapporten (Bruton et al., 2016; Jeffs et al., 2014; McMurray et al., 2011). Det kunde också handla om att patienten inte var

förmögen att delta aktivt, men ändå upplevde en trygghet av att lyssna (Wiklund et al., 2020). Andra upplevde att de inte hade ett behov av att delta aktivt (Kerr et al., 2014).

Vissa patienter ville hellre vara passiva lyssnare då de upplevde att delaktigheten vid överrapporteringen var onödig och att den störde sjuksköterskans arbete (Baldwin & Spears, 2019; Bruton et al., 2016; McMurray et al., 2011). Patienter menade att delaktigheten kunde utgöra ett distraktionsmoment för sjuksköterskorna och att det upplevdes oförskämt att lägga sig i (Bruton et al., 2016; McMurray et al., 2011).

### **Att känna trygghet**

Detta tema beskriver hur patienter, genom bedside-rapportering, upplevde en känsla av trygghet av att få information. Detta presenteras i tre subteman; *Kontroll genom information*, *Tilltro till sjuksköterskan* och *Tydlighet vid skiftbyte*.

#### Kontroll genom information

Patienterna belyste en vilja av att få ta del av all information som rörde deras vård, inklusive överrapporteringen mellan skift (Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Wiklund et al., 2020). Vidare upplevdes bedside-rapporten som en möjlighet att få den senaste informationen om sitt medicinska tillstånd och behandlingsplan framåt (Baldwin & Spears, 2019; Friesen et al., 2013; Jeffs et al., 2014; Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011). Att få höra vad sjuksköterskorna sa under överlämningen gav patienterna en känsla av trygghet och att vara i kontroll, vilket möjliggjorde för dem att ta bättre informerade beslut om sin vård framgent (Jeffs et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Wiklund et al., 2020). Att få ta del av all information gjorde också att patienter fick en bättre förståelse och acceptans för exempelvis sin smärta (Lupieri et al., 2016).

Bedside-rapporteringen utgjorde även en möjlighet för patienter att ställa frågor gällande sin vård (Baldwin & Spears, 2019; Bradley & Mott, 2014; Jeffs et al., 2014; Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011). Vetskapen om att det fanns en avsatt tid på dagen för att ställa frågor upplevdes betryggande (Jeffs et al., 2014; Lu et al., 2014).

Hinder för att ta del av information om sin vård uppstod när patienterna inte förstod allt som sades under överrapporteringen, vilket ledde till känslor av osäkerhet och ångest (Benham-Hutchins et al., 2017; Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Wiklund et al., 2020). Det kunde handla om att personalen använde medicinska termer eller förkortningar (Benham-Hutchins et al., 2017; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016) eller att patienterna hade ett annat modersmål än sjuksköterskorna (Kerr et al., 2014).

Vidare framkom önskemål om att ny information eller besked inte ska delges under bedside-rapporteringen utan bör diskuteras på annan avsatt tid. Patienter menade att presentation av helt ny information under bedside-rapporteringen kunde leda till att de blev oroliga och ångestfyllda (Kerr et al., 2014; Lupieri et al., 2016).

#### Tilltro till sjuksköterskan

Att höra överlämningen, och hur mycket den överlämnande sjuksköterskan visste om dem, medförde ett lugn hos patienterna och en känsla av tilltro till sjuksköterskan (Baldwin &

Spears, 2019; Bruton et al., 2016; Friesen et al., 2013; Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Wiklund et al., 2020). Patienter beskrev att de genom bedside-rapporteringen fick ett ökat förtroende för sjuksköterskorna som vårdade dem. När patienter upplevde bedside-rapporteringen blev de mer medvetna om sjuksköterskornas arbete, kompetens och professionalism vilket upplevdes betryggande (Kerr et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Wiklund et al., 2020). Att introduceras till den nya sjuksköterskan vid bedside-rapportering upplevdes positivt av patienter eftersom det skapade en mer personlig kontakt (Jeffs et al., 2014).

Utöver att tillgodogöra sig information för sin egen del, ville patienterna säkerställa att övertagande sjuksköterskor fick tillräckligt med kunskap om dem och deras situation (Bruton et al., 2016; Kerr et al., 2014). Patienter beskrev att bedside-rapporteringen bidrog till en försäkring av att övertagande sjuksköterska hade tillräcklig kunskap och förståelse för att kunna planera och genomföra vården framåt (Jeffs et al., 2014; Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016). Upplevelsen av att sjuksköterskorna inte visste tillräckligt mycket om dem under rapporteringen ledde istället till en känsla av rädsla, osäkerhet och minskad tilltro till personalen (Bruton et al., 2016).

#### Tydlighet vid skiftbyte

Patienter såg bedside-rapporteringen som en trygg övergång mellan överlämnande och övertagande sjuksköterska (Kerr et al., 2014; Lupieri et al., 2016; Wiklund et al., 2020). De beskrev att bedside-rapporteringen skapade en uppskattad tydlighet kring att ett skiftbyte ägt rum (Jeffs et al., 2014; Wiklund et al., 2020). Även betydelsen av kontinuitet i vården lyftes fram, och hur denna typ av rapportering ledde till att patienten själv inte behövde upprepa eller ta ansvar för att information fördes vidare (Kerr et al., 2014). Vidare sågs bedside-rapporteringen som en möjlighet för hela teamet att få en gemensam samsyn på situationen. Patienterna tyckte att överlämningen innebar god kommunikation och ett välfungerande samarbete inom teamet vilket upplevdes tryggt eftersom det innebar en hög beredskap att kunna svara på patientens behov (Friesen et al., 2013; Lupieri et al., 2016; Wiklund et al., 2020).

Det beskrevs som en trygghet att veta vilken sjuksköterska som skulle ta ansvar för omvårdnaden under det kommande skiftet (Bradley & Mott, 2014; Friesen et al., 2013; Jeffs et al., 2014; Lu et al., 2014; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). Patienter upplevde att det kändes bra att tidigt få ett namn och ansikte på sjuksköterskan som arbetade (Bradley & Mott, 2014; Lu et al., 2014). Vikten av att alla inblandade fick en tydlig presentation lyftes också som något betryggande (Friesen et al., 2013; Jeffs et al., 2014).

#### **Att erfara sjuksköterskans kompetens och bemötande**

Detta tema beskriver hur patienternas upplevelse av bedside-rapportering påverkades av sjuksköterskans kompetens och bemötande i överlämningen. Det presenteras i följande subteman: *Att bygga en personlig vårdrelation, Individanpassad överrapportering och Sjuksköterskors betydelse.*

#### Att bygga en personlig vårdrelation

Flera patienter upplevde bedside-rapporteringen som en möjlighet till relationsbyggande mellan dem själva och sjuksköterskorna (Bradley & Mott, 2014; Jeffs et al., 2014; Lu et

al., 2014; Lupieri et al., 2016). Bedside-rapporteringen som moment upplevdes även som mer personlig. Patienter menade att metoden tvingade sjuksköterskor att i sitt bemötande bli mer personliga och skapa en kontakt med patienterna, och vice versa (Jeffs et al., 2014; Lu et al., 2014; Bradley & Mott, 2014). Vissa patienter upplevde även överlämningen som en social och trevlig stund på dagen som de såg fram emot. De uppskattade att sjuksköterskorna tog sig tid att prata med dem (Bradley & Mott, 2014).

#### Individanpassad överrapportering

Patienter belyste vikten av sjuksköterskans kompetens att anpassa bedside-rapporteringens innehåll och presentation efter den specifika individen (Lupieri et al., 2016; Wiklund et al., 2020). All information upplevdes inte alltid lämplig att dela. Om en patient exempelvis var mycket orolig kunde det finnas risk för att det skapades mer onödig oro av att dela för mycket medicinsk information (Wiklund et al., 2020).

Patienterna uttryckte önskemål om att sjuksköterskor skulle vara diskreta med känslig information under bedside-rapporteringen och leverera den med empati utifrån den unika individens sinnesstämning (Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016). Exempel på känsliga ämnen som patienterna nämnde var sexuell hälsa, droger, alkohol, sexualitet, religion och psykisk ohälsa (Kerr et al., 2014; Lu et al., 2014). Patienter menade att sjuksköterskorna kunde vara diskreta genom att prata lågmält eller rapportera den känsliga informationen utanför patientens rum (Kerr et al., 2014).

Patienter beskrev att individanpassningen även innebar att anpassa det språk som användes vid överlämningen, och de upplevde även att sjuksköterskorna anpassade språkbruket så att det blev förståeligt för dem (Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). Det framkom att vissa patienter föredrog bedside-rapportering utan eventuella besökare närvarande eftersom de inte ville att de skulle höra informationen som delgavs vid rapporten (Kerr et al., 2014). Vidare uttryckte patienter även en ovilja att höra medpatienters överrapporteringar (Lu et al. 2014).

#### Sjuksköterskors betydelse

Patienterna framhövde upplevelser av att överrapporteringens utfall påverkades av de enskilda sjuksköterskorna som personer (Benham-Hutchins et al., 2017; Lu et al., 2014; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). Patienterna upplevde att kvalitén och innehållet på rapporten varierade beroende på vilken sjuksköterska som framförde den (Lu et al., 2014; McMurray et al., 2011). Detta återspeglades i att vissa sjuksköterskor pratade om patienterna i tredje person eller med tydligt ointresse, vilket uppfattades som exkluderande (Benham-Hutchins et al., 2017; McMurray et al., 2011). Patienterna framhövde dock att sjuksköterskorna ofta förde vidare information på ett professionellt och diskret sätt (McMurray et al., 2011; Lupieri et al., 2016).

Patienter beskrev att sjuksköterskornas kroppsspråk hade stor betydelse för upplevelsen av bedside-rapportering (Benham-Hutchins et al., 2017; Lupieri et al., 2016; McMurray et al., 2011; Wiklund et al., 2020). Att vidröra patienten under överrapporteringen upplevdes betryggande, inbjudande och gjorde att patienterna kände sig bekväma med sjuksköterskan (Lupieri et al., 2016; Wiklund et al., 2020). Om sjuksköterskorna istället skulle stå bortvända, utan ögonkontakt, berättade patienter att det kunde leda till stress och irritation samt utgöra hinder för delaktighet (Benham-Hutchins et al., 2017; Wiklund et al., 2020).

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande litteraturöversikt var att beskriva patienters upplevelser av bedside-rapportering. Efter en integrerad dataanalys av 11 kvalitativa studier besvarades syftet genom att sammanställa resultaten i tre huvudteman. Det första huvudtemat var *Att vara i ett partnerskap*, det andra var *Att känna trygghet* och det sista huvudtemat var *Att erfara sjuksköterskans kompetens och bemötande*. I resultatet framkom att patienterna föredrog bedside-rapportering framför överlämning utanför rummet. Resultaten diskuteras med stöd av den teoretiska utgångspunkten, Myra Levines konversationsmodell, samt bakgrunden för arbetet. Vidare diskuteras resultatet i relation till ny forskning som är relevant för resultatet.

I litteraturöversiktens resultat framkom patienters upplevelser av att bedside-rapporteringen främjade ett partnerskap mellan patient och sjuksköterska. Patienterna kände sig bekräftade som kompetenta individer med rätt att göra sin röst hörd, vilket enligt Levine (1991b, s. 247) är en viktig del av att bevara den personliga integriteten. Även sjuksköterskor upplever att denna arbetsmetod möjliggör ett partnerskap genom att främja patientdelaktighet och personcentrering (Chien et al., 2021; Kullberg et al., 2018). Patientdelaktighet är inte bara eftersträvansvärt för patienterna (Burrows Walter & Duthie, 2017), utan också en viktig förutsättning för patientsäkerhet (Hibbard & Greene, 2013). Resultaten från litteraturöversikten visade att patienter uppskattade möjligheten att bekräfta eller rätta felaktig information, vilket exemplifierar hur delaktighet kan främja patientsäkerhet genom att minimera kommunikationsmissar som kan leda till missförstånd och vårdskador. Detta går i linje med Levines princip om bevarande av strukturell integritet som betonar vikten av att främja läkning och att minimera skada (Levine, 1991b, s. 245). Genom att hålla patienten informerad och delaktig i omvårdnaden uppmuntras också en större förståelse för den egna kroppens behov och behandlingens effekter, vilket ytterligare kan främja fysisk återhämtning och läkning. Vidare beskrev vissa patienter att de uppskattade möjligheten att involvera anhöriga i bedside-rapporteringen, medan andra menade att de inte önskade ha anhöriga närvarande. Levine (1991b, s. 247) betonar i principen om social integritet vikten av att hjälpa patienten att behålla en känsla av identitet och tillhörighet även under sjukdom. När patienter får inkludera sina anhöriga, kan banden och stödet från deras sociala omgivning stärkas, vilket kan förbättra deras välbefinnande och känsla av tillhörighet. För de som föredrar att inte ha anhöriga närvarande, främjas autonomin och respekten för patientens personliga gränser istället genom möjligheten att själv få välja om anhöriga ska involveras eller inte. Båda alternativen bevarar en känsla av identitet och integritet, så länge det är patientens egna önskemål som beaktas.

Vid bedside-rapportering hade den enskilda sjuksköterskan stor betydelse vad gäller kompetens, bemötande och kroppsspråk enligt patienterna. Upplevelsen hos patienterna berodde till stor del på sjuksköterskans agerande där tydlig, inkluderande kommunikation och professionalism skapade en känsla av trygghet och delaktighet. Detta överensstämmer med resultatet i en studie av Mako et al. (2016) där kompetent och professionell personal gjorde att patienterna upplevde ökad trygghet och minskad ångest. Levine (1991b, s. 244) betonar vikten av bevarandet av energi, eftersom patientens energi används både för att bekämpa sjukdom och för att hantera de fysiska och psykiska kraven som följer med en

vårdsituation. Resultatet visade att bedside-rapportering ökade känslan av delaktighet och förståelse för sin situation, och kunde således minska oro och stress. Detta kan i sin tur bidra till att spara energi som annars skulle gå åt till att hantera osäkerhet och rädsla.

I resultatet framhävde patienterna att de uppskattade möjligheten att bygga en personlig vårdrelation till sjuksköterskorna. Detta underlättades eftersom sjuksköterskorna blev mer personliga i samband med bedside-rapporteringen. En god vårdrelation präglas av ömsesidig tillit, empati och god kommunikation (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020), och dessa aspekter främjades enligt resultatet genom bedside-rapportering. När patienterna fick möjlighet att delta aktivt och sjuksköterskans kompetens blev synlig, ökade deras tillit till sjuksköterskorna. I studien av Mako et al. (2016) framkom patienters upplevelser av att relationsbyggandet och partnerskapet utgjorde viktiga komponenter i en god omvårdnad. När vårdrelationen blev mer personlig och sjuksköterskorna visade respekt för patienterna, exempelvis genom samtal om vardagliga ämnen, kände sig patienterna som jämlikar, vilket skapade en upplevelse av delaktighet och trygghet (Mako et al., 2016). Den enskilda sjuksköterskans kompetens att ge en personcentrerad vård anpassad till varje unik individ ansågs vara avgörande för patientens positiva upplevelse av sin vård, både i litteraturöversiktens resultat och i artikeln av Mako et al. (2016). Enligt Levine (1991, s. 249) innebär respekt för den personliga integriteten en viktig komponent i den personcentrerade vården, där sjuksköterskor behöver anpassa sig till varje individs emotionella gränser. Grunden till den personcentrerade vården utgörs av människors lika värde (Centrum för personcentrerad vård, [GPCC] 2022, s. 2) vilket manifesteras både genom att patient och sjuksköterska betraktas som jämlikar, men också att samtliga patienter har rätt till en vård på lika villkor. Detta bekräftar i Hälso- och sjukvårdslag [HSL] (2017:30, 3 kap. 1 §). Den individuella sjuksköterskan har i sin profession därför ett betydande ansvar att arbeta för en jämlik vård i mötet med varje patient för att främja en rättvis vårdkultur.

Resultaten visar vidare att patienternas upplevelser kretsade kring möjligheten av att vara delaktiga i sin egen vård samt att uppleva trygghet genom information, snarare än att fokusera på frågor om integritet. Ibland upplevdes det obekvämt för patienter att andra kunde höra privat information, men de hade också gemensamma upplevelser av acceptans över att personlig information delades. Det fanns en känsla av att fördelarna med att få vara delaktig övervägde nackdelarna med att informationen delades, samt att alla behövde veta vad som pågick när sjukdomen gjorde sitt inträde. Utifrån definitionen av integritet som individens värderingar, önsknings och mentala liv (SMER, u.å.) tolkas resultaten således inte som upplevelser av kränkningar av integriteten. Levine (1991b, s. 246) beskriver bevarandet av personlig integritet som respekt för patientens autonomi, värdighet och självbild exempelvis genom att patienten involveras i sin egen vård. Autonomi utövas enligt Sahlberg-Blom (2001) antingen genom *självbestämmande* där patienten tar egna beslut; *medbestämmande*, där beslut tas i samråd med vårdgivare; eller *överbåtande*, där ansvaret för beslut överlämnas till vårdgivaren. I resultaten bekräftar därmed upplevelsen av att patienten får möjlighet att utöva sin autonomi vid bedside-rapportering, antingen genom aktivt deltagande eller genom att överlåta bedside-rapporteringen i olika grad till sjuksköterskorna eller anhöriga. Detta bör vara något patienterna ges möjlighet att ta ställning till innan bedside-rapportering genomförs. På så sätt stärks patientens integritet genom känslan av delaktighet, värdighet och kontroll (Levine 1991b, s. 246).

I kontrast till resultaten om patienters upplevelser av integritet, har tidigare studier visat att sjuksköterskor uttryckt oro för att bedside-rapportering kan inkräkta på patientens integritet, vilket framhållits som en nackdel med arbetssättet (Jimmerson et al., 2020; Kullberg et al., 2018; Tobiano et al., 2017). Vid en jämförelse med patienternas upplevelse, framstår sjuksköterskornas oro därmed till viss del som obefogad. Detta återkommer även i en kvalitativ artikel av Persson och Määttä (2012) där patienter inte upplevde det som något stort integritetsproblem att vårdas i flersal eftersom de generellt inte lyssnade på information om andra patienter. Sjuksköterskorna i samma studie betonade dock den bristande integriteten som en nackdel med arbetssättet (Persson & Määttä, 2012). För att ytterligare värna om patienternas integritet vore det fördelaktigt att patienterna vid inskrivning på en vårdavdelning lämnade ett skriftligt eller muntligt samtycke till bedside-rapportering.

Resultaten visade att patienter önskade att sjuksköterskor skulle vara diskreta när det gällde känslig information. Detta ligger i linje med en studie av Whitty et al. (2016), där patienterna oftast föredrog att få känslig information rapporterad diskret bedside snarare än att den delades utanför rummet (Whitty et al., 2016). Sjuksköterskors oro för integritetsintrång kan därför vara berättigad när det gäller känslig information. I en tidigare studie (Jimmerson et al., 2020) uttryckte många sjuksköterskor en önskan om att införa en modifierad variant av bedside-rapportering där känslig information delgavs utanför rummet, vilket också framkom i Whitty et al. (2016). Införandet av en modifierad bedside-rapportering skiljer sig dock från resultatet i denna litteraturöversikt som belyser patienternas vilja att få all information. Utifrån förståelsen av bevarandet av patientens helhet och integritet, som respekten för patientens autonomi och värdighet (Levine, 1991b, s. 246), går det att argumentera för att en modifierad variant av bedside-rapporteringen skulle kunna uppfattas som integritetskränkande genom undanhållande av information. Detta styrks även av resultatet där patienter upplevde det negativt när de inte kunde tillgodogjorde sig informationen vid bedside-rapporteringen eftersom de inte alltid förstod vad som sas, exempelvis på grund av språkbarriärer eller ett alltför tekniskt språkbruk från sjuksköterskorna. Att säkerställa att informationen ges på ett individanpassat sätt, utifrån patientens nivå av förståelse, enligt patientens lagstadgade rättighet (Patientlagen SFS 2014:821 3 kap. 6 §) är därför en avgörande del av vårdprocessen.

I resultatet speglas upplevelser av främjad delaktighet, vilket i annan forskning visat sig vara både kostnadseffektivt samt betydelsefullt för att främja patienters välmående. Greene et al. (2015) undersökte hur patientdelaktighet, mätt genom *Patient activation measure*, korrelerade med hälsoutfall och kostnader över tid. Resultatet visade att högre nivåer av patientdelaktighet associerades med förbättrade hälsoutfall, såsom vissa kliniska indikatorer och mer hälsosamma beteenden, samt lägre kostnader. Således skulle bedside-rapportering, som ett arbetssätt vilket främjar patientdelaktighet, på sikt kunna bidra till både förbättrad hälsa och kostnadseffektivisering inom vården. Detta stöds av föreskrifter både nationellt och globalt. En god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, fastställs i Hälso- och sjukvårdslag [HSL] (2017:30, 3 kap. 1 §) som målet för hälso- och sjukvården. Detta ligger i linje med Förenta nationernas utvecklingsprogram [UNDP] tredje globala mål för hållbar utveckling i Agenda 2030, som handlar om att säkerställa hälsa samt främja välbefinnande för alla i alla åldrar (UNDP, 2015). Vidare uppges i HSL (2017:30, 4 kap. 1 §) att hälso- och sjukvården ska organiseras för att främja kostnadseffektivitet. Även detta återfinns i Agenda 2030 i det globala målet nummer åtta

genom en strävan efter att uppnå global resurseffektivitet för att främja hållbarhet (UNDP, 2015).

Huvudfynden ligger i linje med författarnas kliniska erfarenheter av bedside-rapportering. Erfarenheterna av arbetssättet har lett till uppfattningen om den enskilda sjuksköterskans betydelse som mest framstående. Tidiga studier om bedside-rapportering beskrev arbetssättet som mer av en symbolisk handling snarare än en genuin strävan efter att involvera patienten (Ross, 1974). Detta är något som författarna till litteraturöversikten har observerat i praktiken, framförallt genom exkluderande kroppsspråk eller att överrapporteringen genomförts på ett, för patienten, främmande språk. Uppfattningen är vidare att det inte funnits ett standardiserat arbetssätt vid bedside-rapportering, vilket bidragit till varierande kvalitet och längd på rapporterna.

## **Metoddiskussion**

Design för denna studie var en icke-systematisk litteraturöversikt. Enligt Kristensson (2014, s. 153) räknas en icke-systematisk litteraturöversikt ofta som en sekundärkälla, men kan mycket väl bidra med värdefull kunskap till ett forskningsområde.

I denna icke-systematiska litteraturöversikt inkluderades inte alla tillgängliga artiklar inom området och det finns en medvetenhet om att det kan ha medfört en viss osäkerhet i resultatet. Det finns en risk för bias då författarna, medvetet eller omedvetet, kan välja ut artiklar som de redan känner till eller som ligger i linje med egna uppfattningar i ämnet. Vidare påverkar det studiens grad av reproducerbarhet. Även om tydliga urvalskriterier upprättas så finns risk att urvalet färgas av författarnas egna ståndpunkter (Friberg 2022b, s. 187). En systematisk litteraturöversikt bygger istället på att all tillgänglig litteratur inom en specificerad frågeställning inkluderas, och medför således högre grad av reproducerbarhet och tillförlitlighet än en icke-systematisk översikt (Rosén, 2023, s. 437).

En diskussion huruvida både kvalitativa och kvantitativa studier skulle ingå i översikten eller inte har förts under arbetets gång. Segesten (2022, s. 142) menar att inkluderandet av både kvalitativa och kvantitativa studier kan komplettera varandra och således stärka och öka trovärdigheten av resultat som påvisas. Kvalitativa studier förutsattes dock svara bättre på litteraturöversiktens syfte då de ämnar skapa förståelse för personers upplevelser (Segesten, 2022, s. 142). För att inte omotiverat utesluta det ena eller andra så lästes samtliga artiklar, såväl kvalitativa som kvantitativa, i fulltext innan ett beslut fattades. Många av de kvantitativa studierna som lästes kunde fastställa om patienterna exempelvis föredrog bedside-rapportering eller inte, men saknade subjektiv beskrivande information om själva upplevelsen. Således inkluderades slutligen endast kvalitativa studier i litteraturöversikten då de ansågs svara bättre på syftet.

Sökningar av artiklar till litteraturöversikten har gjorts i databaserna PubMed och CINAHL. Dessa två databaser kan komplettera varandra då PubMed är inriktad på både medicinsk vetenskap och vårdvetenskap, och CINAHL främst på vårdvetenskap (Kristensson, 2017, s. 159). Det kan dock vara fördelaktigt att använda fler än två databaser då det finns en risk att betydande artiklar missas, något som kan betraktas som en svaghet i denna studie. Vidare är det av stor vikt att relevanta sökord formuleras och kombineras på korrekt sätt. En styrka i studien är att författarna använde sig av PEO för att tydligt strukturera sökord och möjliggöra block-sökningar. För att möjliggöra reproducerbarhet



har samtliga sökningar tydligt redovisats i arbetet (Kristensson, 2017, s. 163). Vid sökningar i de båda databaserna återfanns ett stort antal dubletter, något som kan betyda att sökorden är relevanta. Två av de inkluderade artiklarna har hittats med hjälp av manuella sökningar, detta genom att granska tidigare litteraturöversiktens referenslistor. Det finns både för- och nackdelar med att inkludera artiklar från manuella sökningar. Enligt Östlundh (2022, s. 104) är litteraturöversikter beroende av manuella sökningar då all relevant litteratur inte alltid indexerats på rätt sätt i databaser. Författarna har dock reflekterat kring risken med att valet av manuellt sökta artiklar färgas av den egna förförståelsen.

För att uppnå en stark reproducerbarhet har tydliga avgränsningar, inklusions- och exklusionskriterier tillämpats i litteraturöversikten. Avgränsningar till att endast inkludera vetenskapliga originalartiklar som är peer-reviewed har gjorts. Originalartiklar har större tillförlitlighet än sekundärkällor och peer-reviewed innebär att forskningen har genomgått en kvalitetsgranskning av experter inom samma område (Kristensson, 2017, s. 157). Detta säkerställer att studierna håller hög vetenskaplig standard och är tillförlitliga, vilket ökar trovärdigheten i litteraturöversikten. I databasen PubMed finns inget filter för ”peer-reviewed”, istället har författarna undersökt huruvida detta framkommer i artikeln alternativt hos den publicerande tidskriften. Vidare planerades initialt att endast studier från de senaste 10 åren skulle inkluderas då vetenskapligt material snabbt kan bli inaktuellt (Östlundh, 2022, s. 102). Under arbetets gång identifierades dock äldre studier med starka resultat relevanta för litteraturöversiktens syfte. Då det endast finns en begränsad mängd studier inom ämnet ansågs dessa studier fortsatt aktuella och viktiga. En diskussion och reflektion har även förts kring huruvida vårdvetenskaplig forskning kan vara mindre känslig för snabba vetenskapliga och tekniska framsteg jämfört med medicinsk forskning. Således avgränsades sökningarna till att inkludera artiklar från de senaste 15 åren.

Sökningar avgränsades också till att endast inkludera artiklar på engelska. Detta då det är gängse språk inom forskning (Östlundh, 2022, s. 102) samt det språk som författarna behärskar. Att studierna är skrivna på engelska har således inneburit att författarna till litteraturöversikten behövt göra egna översättningar. För att undvika feltolkningar under arbetets gång har två olika digitala översättningstjänster använts och författarna har även diskuterat mer komplexa översättningar tillsammans. Forskarna i nio av de 11 inkluderade artiklarna har engelska som modersmål, medan två av dem har italienska respektive svenska som modersmål. I de senare finns således en risk för dubbelt tolkningsfel då artiklarna även i ett första skede översatts från sitt originalspråk till engelska.

Generaliserbarhet och överförbarhet av litteraturstudiens resultat påverkas bland annat av sammansättningen av populationen samt kontexten i de inkluderade studierna (Kristensson, 2017, s. 125-126). Totalt har 227 vuxna personer, över 18 år, deltagit i studierna och majoriteten av deltagarna har varit kvinnor. Kön fördelningen kan ge en viss demografisk obalans, något som bör tas hänsyn till när generaliserbarhet diskuteras. I några av studierna framgår inte exakt åldersfördelning hos deltagarna. Detta kan påverka såväl trovärdigheten hos de enskilda studierna som generaliserbarheten av litteraturöversiktens resultat. Vidare har flera studier uttryckligen exkluderat patienter som inte talar samma språk som forskarna. Det är något som i hög grad kan påverka generaliserbarhet och trovärdighet av resultatet eftersom dessa patienter skulle kunna bidra med ytterligare en aspekt av bedside-rapporteringen.

Ingen särskild vårdkontext har exkluderats vid urval av studier. Det har resulterat i studier gjorda på flera olika vårdavdelningar inom bland annat kirurgi, medicin, akutvård och förlossning. Ett sådant brett urval innebär att resultaten skulle kunna tillämpas på ett större antal vårdsammanhang, vilket ökar möjligheten att generalisera resultaten över olika vårdkontexter. Det gör att resultaten kan vara relevanta för vårdpersonal inom flera specialiteter och sammanhang. Samtidigt finns det en risk att dessa olika kontexter kan komplicera tolkningen av resultaten, eftersom specifika faktorer som är relevanta för en vårdkontext kanske inte är tillämpbara i en annan. Resultatet av litteraturöversikten visar dock på att det är samma faktorer som verkar påverka patienters upplevelser av bedside-rapportering oavsett vårdkontext, vilket tolkas som positivt för dess generaliserbarhet och applicerbarhet. Vidare lyfter även Kristensson (2017, s. 128-129) att syftet med kvalitativa studier inte är just generaliserbarhet, utan snarare möjligheten att belysa varierade upplevelser eller uppfattningar om det som ska studeras.

Att alla inkluderade studier är genomförda i höginkomstländer som Australien, USA, Kanada, Sverige, Italien och Storbritannien påverkar också trovärdigheten och generaliserbarheten av resultaten. Eftersom dessa länder har välutvecklade hälso- och sjukvårdssystem med resurser som inte alltid finns tillgängliga i låg- och medelinkomstländer, kan resultaten vara mindre applicerbara i kontexter med begränsade resurser. Samtidigt kan det argumenteras för att mänskliga behov i vården ofta är gemensamma oavsett ekonomiska eller kulturella förutsättningar, särskilt när det gäller det som denna litteraturöversikts resultat belyser i form av delaktighet och trygghet.

För att säkerställa att de inkluderade studierna håller en viss standard vad gäller metodik, analys och resultat har en kvalitetsgranskning genomförts (Kristensson, 2017, s. 165). I detta fall har SBU:s mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa evidenssynteser använts. SBU utvärderar och sammanställer forskning inom just hälso- och sjukvård, därav anses deras mallar relevanta och tillförlitliga för detta ändamål. Författarna till litteraturöversikten har kvalitetsgranskat studierna var för sig för att sedan diskutera eventuell samstämmighet eller oenighet, något som bidragit till objektivitet i urvalet.

Litteraturen i denna översikt analyserades genom en integrerad analys, som möjliggör en överskådlig presentation av de sammanvägda resultaten genom att sätta dem i relation till varandra (Kristensson, 2014, s. 174). Då båda författarna till litteraturöversikten arbetar på vårdavdelningar där bedside-rapportering praktiseras har medvetenhet om den egna förförståelsen i ämnet varit avgörande för att minska bias i analysprocessen. Genom att aktivt diskutera och reflektera över egna erfarenheter och åsikter, samt genom grupphandledning där andra givit sina synpunkter, har potentiella fördomar som annars skulle kunna påverka tolkningen av resultaten identifierats.

## SLUTSATS

Litteraturöversikten visar att patienter föredrar bedside-rapportering framför rapportering utanför rummet. Detta återspeglas i deras positiva upplevelser av att vara delaktiga och informerade, samt möjligheten att bygga en personlig vårdrelation till sjuksköterskan. Trots att tidigare studier lyfter sjuksköterskors oro över att patienternas integritet äventyras upplevs detta inte som ett problem för patienterna, så länge känslig information förmedlas diskret. I enlighet med konservationsmodellen, är det istället avgörande för bibehållandet av individens energi samt strukturella, personliga och sociala integritet att sjuksköterskan stöttar patienternas känsla av kontroll genom att inkludera dem i deras omvårdnad. Den enskilda sjuksköterskans bemötande och förmåga att bjuda in till delaktighet är avgörande för patienternas upplevelser. När bedside-rapportering bidrar till att patienter känner sig sedda och lyssnade på ökar även förtroendet för sjuksköterskan. En inkluderande bedside-rapportering leder till en trygg upplevelse av personcentrerad omvårdnad där patienterna ses som medskapare snarare än passiva mottagare av sin egen vård.

### Fortsatta studier

Litteraturöversiktens resultat har beskrivit upplevelser hos verbala patienter som är tillräckligt vitala för att delta aktivt i en bedside-rapportering, och som talar samma språk som sjuksköterskorna. Därmed finns ett behov av vidare forskning som beskriver upplevelsen av bedside-rapportering hos de patienter som talar ett annat språk än sjuksköterskorna. Detta kan bidra med viktiga aspekter relaterade till upplevelsen av omvårdnad och delaktighet vid språkförbistringar. Vidare finns ett behov att undersöka hur patienter som inte har möjlighet att vara verbalt delaktiga i bedside-rapportering, upplever överlämningen. Även deras perspektiv riskerar att förbises i nuvarande forskning. Framtida studier bör fokusera på att belysa deras erfarenheter och känsla av delaktighet och integritet i samband med bedside-rapportering, även när de inte kan delta aktivt i överlämningen. Detta skulle ge en mer komplett bild av hur olika patientgrupper upplever bedside-rapportering och bidra till ett mer inkluderande arbetssätt.

Vid författandet av litteraturöversikten utökades tidsspannet till de senaste 15 åren för att hitta 11 kvalitativa artiklar som beskriver upplevelsen av bedside-rapportering ur patienters perspektiv. Det fanns dock betydligt fler artiklar med syfte att beskriva implementering av arbetssättet samt sjuksköterskors upplevelser. För att den kliniska omvårdnaden ska fortsätta bygga på aktuell evidens behöver nya studier författas som beskriver patienters upplevelser och preferenser gällande arbetssättet. Detta för att möjliggöra ett personcentrerat och evidensbaserat arbetssätt som utgår från patienten.

### Klinisk tillämpbarhet

Studierna i litteraturöversikten var utförda inom flera olika vårdkontexter i olika länder, med en variation i ålder och kön. Patienternas upplevelser var inom de allra flesta områden dessutom samstämmiga, något som tyder på att litteraturöversiktens resultat bör ha en bred klinisk implementerbarhet.

Resultatet av litteraturöversikten kan bidra till ökad kunskap inom vården på flera sätt. För det första stärks förståelsen för hur bedside-rapportering kan främja personcentrerad vård. Detta genom att lyfta fram dess positiva effekter på patientens delaktighet och trygghet, som även ligger i linje med de rättsliga krav som ställs på vården. Patientlagen (SFS 2014:821) fastställer att vården ska ges med respekt för patientens självbestämmande och

delaktighet, och att patienter ska ha möjlighet att vara delaktiga i vård- och behandlingsbeslut. Kliniskt kan dessa resultat fungera som en stark argumentation för att fler vårdavdelningar implementerar bedside-rapportering. När beslutsfattare och vårdpersonal ser hur detta arbetssätt inte bara påverkar patienternas upplevelse utan också uppfyller lagstiftade krav på delaktighet, blir det tydligare att bedside-rapportering är ett relevant och alternativt arbetssätt.

Genom att jämföra resultatet med tidigare studier gjorda från sjuksköterskors perspektiv blir det tydligt att det finns stora skillnader i upplevelsen av hur integriteten påverkas vid bedside-rapportering. Denna kunskap kan bidra till att minska onödig oro bland sjuksköterskor och vårdpersonal, som kan överdriva betydelsen av potentiella intrång i patienternas integritet. Genom bättre kommunikation och utbildning i hur man hanterar känslig information på ett respektfullt sätt kan denna oro mildras. Vidare har alla patienter olika preferenser, och för att ytterligare stärka integriteten kan det vara fördelaktigt att vid inskrivning på en vårdavdelning lämna ett samtycke till bedside-rapportering.

Den enskilda sjuksköterskans kompetens och bemötande var avgörande för patienternas upplevelser. Vidare uppgav patienter att kvaliteten på rapporten varierade beroende på vilken sjuksköterska som genomförde den. Denna information belyser vikten av att vårdavdelningar som tillämpar bedside-rapportering ger sin personal utbildning i arbetssättet. Att investera i sådan utbildning kan förbättra vårdpersonalens förmåga att genomföra rapportering på ett professionellt och personcentrerat sätt, vilket stärker relationen mellan patienter och vårdgivare. På sikt kan detta leda till ökad effektivitet, färre kommunikationsbrister och ökad patientnöjdhet. Detta resultat visar också på vikten av att använda ett strukturerat, och i vissa fall mer standardiserat, arbetssätt för att minska ojämnheter i utförandet.

## **FÖRFATTARNAS BIDRAG**

Sara Källbäck och Mathilda Törnlöf har i lika stor omfattning bidragit till denna litteraturöversikt.

## REFERENSER

Artiklar som är markerade med asterisk (\*) är inkluderade i studiens resultatdel.

\*Baldwin, K. M., & Spears, M. J. (2019). Improving the Patient Experience and Decreasing Patient Anxiety with Nursing Bedside Report. *Clinical Nurse Specialist, 33*(2), 82-89. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000428>

Bengtsson, P. (2021, September 30). Samling vid sängkanten bäddar för delaktighet. *Vårdfokus*. <https://www.vardfokus.se/nyheter/samling-vid-sangkanten-baddar-for-delaktighet/>

\*Benham-Hutchins, M., Stagers, N., Mackert, M., Johnson, A. H., & DeBronkart, D. (2017). "I Want to Know Everything": A Qualitative Study of Perspectives from Patients with Chronic Diseases on Sharing Health Information During Hospitalization. *BMC Health Services Research, 17*(529). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2487-6>

Björck, M., & Sandman, L. (2007). Vårdrelation: Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *Vård i Norden, 27*(4), 14-19. <https://doi.org/10.1177/010740830702700404>

\*Bradley, S., & Mott, S. (2014). Adopting a Patient-Centred Approach: An Investigation into the Introduction of Bedside Handover to Three Rural Hospitals. *Journal of Clinical Nursing, 23*(13-14), 1927-1936. <https://doi.org/10.1111/jocn.12403>

\*Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., & Ward, H. (2016). Nurse Handover: Patient and Staff Experiences. *British Journal of Nursing, 25*(7), 386-393. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.7.386>

Burrows Walters, C., & Duthie, E. A. (2017). Patients' Perspectives of Engagement as a Safety Strategy. *Oncology Nursing Forum, 44*(6), 712-718. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.712-718>

Centrum för personcentrerad vård [GPCC]. (2022) *Tillsammans för en bättre vård* [Broschyr]. [https://www.gu.se/sites/default/files/2022-04/PDF%20Korrektur\\_GPCC\\_broschyr\\_SV\\_220401.pdf](https://www.gu.se/sites/default/files/2022-04/PDF%20Korrektur_GPCC_broschyr_SV_220401.pdf)

Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside Nursing Handover: A Case Study. *International Journal of Nursing Practice, 16*(1), 27-34. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01809.x>

Chien, L. J., Slade, D., Dahlm, M. R., Brady, B., Roberts, E., Goncharov, L., Taylor, J., Eggins, S., & Thornton, A. (2021). Improving Patient-centered Care Through a Tailored Intervention Addressing Nursing Clinical Handover Communication in its Organizational and Cultural Context. *Journal of Advanced Nursing, 78*(5), 1413-1430. <https://doi.org/10.1111/jan.15110>

Demiray, A., Keçeci, A., Açıl, A., & İlaslan, N. (2018). A Tool for Evaluation of Nurses Handover: Validity and Reliability Study of the Handover Evaluation Scale. *International Journal of Nursing Science*, 8(5), 93-97. <https://doi.org/10.1111/jocn.12189>

Dorvil, B. (2018). The Secrets to Successful Nurse Bedside Shift Report: Implementation and Sustainability. *Nursing Management*, 49(6), 20-25. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000533770.12758.44>

Forde, M., Coffey, A., & Hegarty, J. (2020). Bedside Handover at the Change of Nursing Shift: A Mixed-Methods Study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19/20), 3731-3742. <https://doi.org/10.1111/jocn.15403>

Friberg, F. (2022a) Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning - inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 169-184). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2022b) Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 185-200). Studentlitteratur.

\*Friesen, M. A., Herbst, A., Turner, J. W., Speroni, K. G., & Robinson, J. (2013). Developing a Patient-Centered ISHAPED Handoff with Patient/Family and Parent Advisory Councils. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(3), 208-216. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31828b8c9c>

Goff, L., & Gates, C. (2024). The Quest for Excellence: A Quality Improvement Project on the Effects of a Standardized PACU/Phase II Bedside Report in a High Turnover Pediatric Ambulatory Surgery Center. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 39(1), 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.04.008>

Greene, J., Hibbard, J., Sacks, R., Overton, V., & Parrotta, C. D. (2015). When Patient Activation Levels Change, Health Outcomes and Costs Change too. *Health Affairs*, 34(3), 431-437. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452>

Groves, P., Manges, K. A., & Scott-Cawiezell, J. (2016). Handing off Safety at the Bedside. *Clinical Nursing Research*, 25(5), 473-493. <https://doi.org/10.1177/105477381666305>

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

Hibbard, J., & Greene, J. (2013). What the Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data on Costs. *Health Affairs*, 32(2), 207-214. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>

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

Jimmerson, J., Wright, P., Cowan, P. A., King-Jones, T., Beverly, C. J., & Curran, Q. (2020). Bedside Shift Report: Nurses Opinions Based on their Experiences. *Nursing Open*, 8(3), 1393-1405. <https://doi.org/10.1002/nop2.755>

\*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), 1685-1693. <https://doi.org/10.1111/jocn.12308>

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz K. (2012). What are the Core Elements of Patient-Centred Care? A Narrative Review and Synthesis of Literature from Health Policy, Medicine, and Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>

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

Kullberg, A., Sharp, L., Dahl, O., Brandberg, Y., & Bergenmar, M. (2018). Nurse Perceptions of Person-Centered Handovers in the Oncological Inpatient Setting: A Qualitative Study. *International Journal of Nursing Studies*, 86(10), 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.001>

Levine, M. E. (1991a). The Conservation Principles: A Model for Health. In K. M. Schaefer, J. B. Pond, M. E. Levine, & J. Fawcett. (1991). *Levine's conservation model : a framework for nursing practice* (pp. 1-7). F.A. Davis.

Levine, M. E. (1991b). Introduction to patient-centered nursing care. In K. M. Schaefer, J. B. Pond, M. E. Levine, & J. Fawcett. (1991). *Levine's conservation model : a framework for nursing practice* (pp. 237-260). F.A. Davis.

\*Lu, S., Kerr, D., & McKinlay, L. (2014). Bedside Nursing Handover: Patients' Opinions. *International Journal of Nursing Practice*, 20(5), 451-459. <https://doi.org/10.1111/ijn.12158>

\*Lupieri, G., Creatti, C., & Palese, A. (2016). Cardio-Thoracic Surgical Patients' Experience on Bedside Nursing Handovers: Findings from a Qualitative Study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 35, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.001>

MacMahon, R. (1990). Communication: What Are We Saying? *Nursing Times*, 86(30), 38-40. PMID: 2381825

Mako, T., Svanäng, P., & Bjerså, K. (2016). Patients' Perceptions of the Meaning of Good Care in Surgical Care: A Grounded Theory Study. *BMC Nursing*, 15(47). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0168-0>

\*McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., & Gehrke, T. (2011). Patients' Perspectives of Bedside Nursing Handover. *Collegian (Royal College of Nursing Australia)*, 18(1), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2010.04.004>

- Molina-Mula, J., Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3):835.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Nepal, S., Keniston, A., Indovina, K. A., Frank, M. G., Stella, S. A., Quinzanos-Alonso, I., McBeth, L., Moore, S. L., & Burden, M. What do Patients Want? A Qualitative Analysis of Patient, Provider, and Administrative Perceptions and Expectations About Patients' Hospital Stays. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1760-1770.  
<https://doi.org/10.1177/2374373520942403>
- Oxelmark, L., Whitty, J. A., Ulin, K., Chaboyer, W., Oliveira Gonçalves, A. S., & Ringdal, M. (2020). Patients Prefer Clinical Handover at the Bedside; Nurses do Not: Evidence from a discrete choice experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 105(103444).  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103444>
- Paredes-Garza, F., Lázaro, E., & Vázquez, N. (2022). Nursing Bedside Handover in an Intensive Care Unit with a Mixed Structure: Nursing Professionals' Perception. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4314-4321. <https://doi.org/10.1111/jonm.13834>
- Priebe, G., & Landström, C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (3 uppl., s. 27-44). Studentlitteratur.
- Rosén, M. (2023) Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 435-448). Studentlitteratur.
- Sahlberg-Blom, E. (2001). *Autonomi, Beroende, Livskvalitet: Livets Sista Månad för 56 Cancerpatienter* [Doktorsavhandling]. Uppsala Universitet.  
[https://www.researchgate.net/publication/277773291\\_Autonomi\\_beroende\\_livskvalitet\\_Livets\\_sista\\_manad\\_for\\_56\\_cancerpatienter](https://www.researchgate.net/publication/277773291_Autonomi_beroende_livskvalitet_Livets_sista_manad_for_56_cancerpatienter)
- Segesten, K. (2022) Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 139-144). Studentlitteratur.
- Smeulers, 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*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 23 maj, 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/#K5](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/#K5)
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Hämtad 11 september, 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets-och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400/#K25](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets-och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400/#K25)



SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 23 maj, 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/#K5](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K5)

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 11 september, 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)

Slade, D., Pun, J., Murray, K. A., & Eggins, S. (2018). Benefits of Health Care Communication Training for Nurses Conducting Bedside Handovers: An Australian Hospital Case Study. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(7), 329-336. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180613-09>

Socialstyrelsen. (2015). *Om vård- och omsorgstagares delaktighet*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-18.pdf>

Socialstyrelsen. (2003). *Socialstyrelsens termbank*. <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=626&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen. (2020). *Samlat stöd för patientsäkerhet: Kommunikation och informationsöverföring*. Hämtad 23 maj, 2024, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varadskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>

Statens Medicinsk-Etiska Råd [SMER]. (u.å.) *Några medicinsk-etiska begrepp*. Hämtad 27 maj, 2024, från <https://smer.se/etik/nagra-medicinsk-etiska-begrepp/>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Svensk Sjuksköterskeförenings Strategi: Jämlik Vård och Hälsa*. <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623147d/1584003989617/j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2024a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Rev. utg.). <https://beta.swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2024b). *Värdegrund för omvårdnad* (Rev utg.). <https://swenurse.se/download/18.2f2788b8191974f2f813ffbd/1725460671134/Va%CC%88rdegrund%20fo%CC%88r%20omva%CC%8Ardnad.pdf>

Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. A., & Chaboyer, W. (2018). Patient Participation in Nursing Bedside Handover: A Systematic Mixed-Methods Review. *International Journal of Nursin Studies*, 77, 243-258. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014>

Tobiano, G., Whitty, J. A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 343-349. <https://doi.org/10.1111/wvn.12241>

Förenta nationernas utvecklingsprogram [UNDP]. (2015). *Om Globala Målen*. Hämtad 19 september, 2024, från <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/>

Usher, R., Nones Cronin, S., & York, N. L. (2018). Evaluating the Influence of a Standardized Bedside Handoff Process in a Medical-Surgical Unit. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(4), 157-163. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180320-0>

Whitty, J. A., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2016). Patient and Nurse Preferences for Implementation of Bedside Handover: Do they Agree? Findings from a Discrete Choice Experiment. *Health Expectations*, 20(4), 742-750. <https://doi.org/10.1111/hex.12513>

\*Wiklund, I., Sahar, Z., Papadopolou, M., & Löfgren, M. (2020). Parental Experience of Bedside Handover During Childbirth: A Qualitative Interview Study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of The Swedish Association of Midwives*, 24(100496). <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100496>

# Bedömning av studier med kvalitativ metodik

UPPDATERAD 2022-05-11

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_  
Granskare: \_\_\_\_\_

## Sammanvägd bedömning av metodologiska brister:

- Obetydliga eller mindre
- Måttliga
- Stora brister, studien ingår inte i syntesen

Kommentarer:

## 1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien\*

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning? Ja  Nej  Okärt

Kommentarer:

## 2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

**Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:** Ja  Nej  Okärt   
 Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?     
 Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?     
 Finns det allvariga brister som kan påverka tillförligheten?

Kommentarer:

## 3. Datensamling

Vilka metoder användes för Datensamling?

Finns det allvariga brister i Datensamlingen som kan påverka tillförligheten? Ja  Nej  Okärt

Kommentarer:

## 4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

**Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:** Ja  Nej  Okärt   
 Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?     
 Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?     
 Validerades tolkningarna?

Finns det allvariga brister i analysen som kan påverka tillförligheten?

Kommentarer:

## 5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

**Stödfrågor för bedömning av brister:** Ja  Nej  Okärt   
 Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka Datensamlingen?     
 Har forskarna hanterat sin förståelse på ett acceptabelt sätt?     
 Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förhållningar som kunde påverka analysen?     
 Finns det allvariga brister som kan påverka tillförligheten?

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten. För in det på sidan 1.

## BILAGA B

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet (enligt SBU:s mall)
Baldwin, K.M., & Spears, M. J.  2019  USA	Improving the Patient Experience and Decreasing Patient Anxiety with Nursing Bedside Report	Syftet var att inom en interventionsgrupp utforska patienters upplevelse av bedside-rapportering i jämförelse med en kontrollgrupp som inte deltog i bedside-rapportering.	<u>Design</u> : Mixed-method <u>Urval</u> : Vuxna patienter på två medicinsk-kirurgiska avdelningar, mellan 20–80 år. <u>Datainsamling</u> : Kvalitativ data insamlades genom dagligt dagboksskrivande av patienterna gällande deras ångest-nivå och upplevelser <u>Analys</u> : Innehållsanalys	73  (18)	I studien visades en nedåtgående trend gällande ångestnivåer hos deltagarna som fick bedside-rapportering.  Bedside-rapportering upplevdes som positivt hos alla utom en inom interventionsgruppen. Delaktighet var en viktig faktor.	Obetydliga eller mindre brister.
Benham-Hutchins, M., Stagers, N., Mackert, M., Johnson, AH., & deBronkart, D.  2017  USA	“I Want to Know Everything”: A Qualitative Study of Perspectives from Patients with Chronic Diseases on Sharing Health Information During Hospitalization.	Syftet var att framhäva patienter med kroniska sjukdomars perspektiv gällande önskad medicinskt informations-innehåll samt informations-tillgänglighet under sin sjukhusvistelse.	<u>Design</u> : Mixed-method, explorativ <u>Urval</u> : Personer över 18 år, boende i USA som är diagnostiserade med en kronisk sjukdom och har haft en inläggande vårdperiod efter diagnostiseringen. Deltagarna kunde läsa, skriva och prata engelska, samt behövde ha tillgång till internet för att besvara frågeformuläret online. <u>Datainsamling</u> : Kvalitativ data samlades in genom online-enkäternas öppna frågor <u>Analys</u> : Innehållsanalys	34  (24 där rapportering inte skedde bedside)	Resultatet i denna studie bestod av sex teman varav ett är relevant för upplevelsen av bedside-rapportering.  Temat som är relevant för denna litteraturoversikt identifierade upplevelsen av hinder och förutsättningar för patienters deltagande vid bedside-rapportering. Patienterna upplevde att personalen behöver bjuda in patienterna till deltagande samt att patienternas medicinska tillstånd spelade stor roll för hur delaktiga de kunde vara. När patienterna inte bjöds in till deltagande kände de sig maktlösa och exkluderade.	Obetydliga eller mindre brister.
Bruton, J., Norton, C., Smyth, N.,	Nurse Handover: Patient and Staff Experiences	Syftet var att förstå syftet, påverkan och erfarenheter av	<u>Design</u> : Kvalitativ <u>Urval</u> : Patienter som mådde tillräckligt bra för att delta i en	8  (-)	Resultatet av studien visade på flera olika upplevelser av bedside-rapportering.	Obetydliga eller

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet (enligt SBU:s mall)
Ward, H., & Day, S.  2016  Storbritannien		överskrifter från patient- och sjuksköterskeperspektiv.	intervju i minst 30 minuter. Patienter som var kapabla att ge skriftligt medgivande samt kunde läsa och prata engelska. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer, inspelade och transkriberade <u>Analys:</u> Pragmatisk, tematisk analys		Några patienter kände sig lugnade när personalen visade att de visste mycket om dem. De kände sig å andra sidan oroade när sjuksköterskan inte dök upp för överskrifter. Vissa patienter kände sig tillräckligt involverade i överskrifter medan andra ville vara mer involverade än de var. Några patienter ville höra överskrifterna men inte vara involverade.	mindre brister.
Friesen, M. A., Herbst, A., Turner, J. W., Speroni, K. G., & Robinson, J.  2013  USA	Developing a Patient-Centered ISHAPED Handoff With Patient/Family and Parent Advisory Councils	Syftet var att utforska patienters upplevelser av ISHAPED-rapportering (personcentrerad överskrifter)	<u>Design:</u> Mixed-method <u>Urval:</u> Vuxna patienter, som hade upplevt bedside-rapport, var kapabla att kommunicera på engelska och kunde ge informerat samtycke. <u>Datainsamling:</u> Kvalitativa data samlades in genom semistrukturerade intervjuer, inspelade och transkriberade <u>Analys:</u> Komparativ innehållsanalys	16  (-)	I studiens kvalitativa intervjudel framkom fem teman gällande patienternas upplevelser av rapportering bedside.  Det första handlade om vikten av att få en gedigen presentation av den nya sjuksköterskan, patienter upplevde det lugnande.  Andra temat berörde den trygghet patienterna kände av att veta att samtlig vårdpersonal tog del av all viktig information om dem.  I tredje temat belyser patienter känslan av att de uppmannas vara delaktiga och bidra med sitt perspektiv. Det upplevs betryggande att kunna kommentera informationen som ges.  Fjärde temat handlar om att patienters insikter kan hjälpa att utbilda vårdpersonal i hur bedside-rapportering kan förbättras.  Femte temat belyser huruvida patienters integritet berörs av bedside-rapportering. De flesta patienter menar att rapporteringen inte upplevts integritetskränkande.	Obetydliga eller mindre brister.

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet (enligt SBU:s mall)
<p>Jeffs, L., Beswick, S., Acott, A., Simpson, E., Cardoso, R., Campbell, H., &amp; Irwin, T.</p> <p>2014</p> <p>Kanada</p>	<p>Patients' Views on Bedside Nursing Handover</p>	<p>Syftet var att undersöka patienters upplevelser och uppfattningar associerade med implementeringen av bedside-rapportering.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Patienter över 18 år, ineliggande på en avdelning som hade implementerat bedside-rapportering. Ytterligare kriterier var att förstå engelska samt att vara kapabel att ge informerat samtycke. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer, inspelade och transkriberade <u>Analys:</u> Direkt innehållsanalys</p>	<p>45</p> <p>(-)</p>	<p>Studiens resultat beskrivs i tre huvudteman.</p> <p>Första temat belyser hur patienter upplever att bedside-rapportering skapar en möjlighet för dom att skapa en personlig kontakt med sina sjuksköterskor. Även introduktion av den nya sjuksköterskan, möjlighet till att ställa frågor och rätta felaktigheter lyfts som positivt.</p> <p>Andra temat handlar om att hållas uppdaterad kring sin vård. Patienter beskriver det som stärkande, och en möjliggörare för att ta informerade beslut kring sin vård.</p> <p>Tredje temat belyser att patienter har mycket olika preferenser kring överrapporteringen bedside. Medan vissa är mycket positiva upplever andra att de är onödiga och överflödiga. De flesta uttryckte ingen oro kring konfidentialitet och integritet medan några få lyfte det som ett problem.</p>	<p>Obetydliga eller mindre brister.</p>
<p>Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A. M., &amp; McCann, T.</p> <p>2014</p> <p>Australien</p>	<p>Attitudes of Emergency Department Patients about Handover at the Bedside</p>	<p>Syftet var att undersöka patientperspektivet av bedside-rapportering på akutavdelning.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ, deskriptiv <u>Urval:</u> Patienter på akutavdelningen som hade erfarenhet av bedside-rapportering. Ytterligare kriterier var att deltagarna skulle vara mentalt alerta och kliniskt stabila samt 18 år eller äldre. <u>Datainsamling:</u> Individuella semi-strukturerade intervjuer, inspelade och transkriberade <u>Analys:</u> Tematisk innehållsanalys</p>	<p>30</p> <p>(-)</p>	<p>Patienterna är till stor del eniga om att bedside-rapportering är positivt. De uppger att det förbättrar den individuella vården. Patienter beskriver att de ges möjlighet att klargöra och bidra med information och att deras tillit till personalen ökat efter att ha hört överlämningen. Det råder viss oenighet kring huruvida patienten önskar vara aktiv eller passiv i överlämningen, även huruvida sjuksköterskor bör involvera eventuella anhöriga eller be dem lämna rummet.</p> <p>De allra flesta patienter uppgav att de inte upplevde att deras integritet komprometterades eller att deras konfidentialitet äventyrades, så länge överlämningen skedde vid deras avgränsade sängplats och inte i korridoren. Ingen patient uppgav att deras information diskuterades olämpligt</p>	<p>Obetydliga eller mindre brister.</p>

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet (enligt SBU:s mall)
					men det diskuterades dock generellt att sjuksköterskor bör utöva diskretion med känslig information.	
Lu, S., Kerr, D., & McKinlay, L.  2014  Australien	Bedside Nursing Handover: Patients' Opinions	Syftet var att undersöka patienters upplevelser av bedside-rapportering.	<u>Design:</u> Kvalitativ, deskriptiv <u>Urval:</u> Patienter på en av de tre avdelningarna där bedside-rapportering hade implementerats för minst 12 månader sen. Ytterligare kriterier var att deltagarna skulle vara engelsktalande, över 18 år, ineliggande minst en natt och ha erfårit minst två bedside-rapporteringar. De skulle även vara tillräckligt välmående för att klara av en 30–40 minuter intervju. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer, inspelade och transkriberade <u>Analys:</u> Innehållsanalys	30  (-)	Fyra teman framkom ur de kvalitativa intervjuerna.  Första temat beskriver att inkluderingen i överlämningen skapade en mer personlig känsla. Patienter upplevde också att sjuksköterskan genom denna metod fick en bättre förståelse för deras tillstånd.  I andra temat beskrivs hur patienter känt sig stärka, och mer i kontroll, av att ta del av överrapporteringen. Vidare upplevdes det tryggt att kunna bekräfta, dementera och lägga till information.  Tredje temat berör integritet och känsliga ämnen, och flesta patienter kände sig bekväma med att deras tillstånd diskuterades bedside. Några få uppgav dock att vissa känsliga ämnen inte borde diskuteras bedside, då det skulle kunna leda till diskriminering.  I fjärde temat lyfts att vissa patienter uttryckt att sjuksköterskor bör undvika teknisk jargon, och använda enklare ord. Även kunskapen hos individuella sjuksköterskor tycks spela roll för utfallet, och vikten av utbildning av personalen lyfts.	Obetydliga eller mindre brister
Lupieri, G., Creatti, C., & Palese, A.  2016  Italien	Cardio-Thoracic Surgical Patients' Experience on Bedside Nursing Handovers:	Syftet var att beskriva upplevelsorna av bedside-rapportering hos patienter som genomgått kardio-thorax-kirurgi.	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv <u>Urval:</u> Patienter som genomgått kardio-thorax-kirurgi och som erfårit minst två bedside-rapporteringar. Ytterligare kriterier var att deltagarna skulle	14  (-)	De kvalitativa intervjuerna resulterade i fyra teman.  I första temat beskriver patienter att de fick möjlighet att uppfatta omvårdnadsyrket i ett nytt ljus. De uppskattade personalens mänsklighet,	Obetydliga eller mindre brister.

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet (enligt SBU:s mall)
	Findings from a Qualitative Study		vara över 18 år, kapabla att kommunicera på italienska, kognitivt alerta och kliniskt stabila samt kunna ge informerat samtycke. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer, inspelade och transkriberade <u>Analys:</u> Tematisk innehållsanalys		kunskap och professionalism under överrapporteringen.  Andra temat lyfter problemet med att vara till synes engagerad, men inte fullt ut. Några patienter hade önskat mer delaktighet i överlämningen, ibland pratade sjuksköterskorna bara med varandra. Hos några äldre patienter lyftes även problem med att alltför teknisk och fackmässig jargong använts.  I tredje temat framkommer att integritetsfrågan inte utgjorde någon oro hos patienterna. Fördelen med rapporteringen övervägde riskerna för konfidentialitet.  Fjärde temat belyser att patienterna kände sig i kontroll över situationen, bland annat då de gavs möjlighet att verifiera informationen som överlämnades.	
McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., & Gehrke, T.  2011  Australien	Patients' Perspectives of Bedside Nursing Handover	Syftet var att utvärdera patienters perspektiv av delaktighet vid bedside-rapportering.	<u>Design:</u> Kvalitativ, deskriptiv case-studie <u>Urval:</u> Patienter som hade varit ineliggande minst en natt och som kunde tolerera en intervju på 30–60 minuter. Patienterna skulle inte vara kritiskt sjuka och de skulle vara kapabla att ge informerat samtycke. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. Inspelade och transkriberade <u>Analys:</u> Tematisk innehållsanalys	10  (-)	Fyra områden framkom från den kvalitativa analysen.  För det första uppskattade patienterna att bli erkända som partners i sin vård. De kände att deras kunskap räknades. De upplevde också att de i första hand sågs som en person och inte en patient.  För det andra såg de bedside-rapporteringen som en möjlighet att rätta till eventuella felaktigheter i den kommunicerade informationen.  För det tredje föredrog vissa patienter passivt engagemang snarare än att vara helt engagerade i överföringen.	Obetydliga eller mindre brister.



<b>Författare</b> År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b> (design, urval, datainsamling och analys)	<b>Deltagare</b> (bortfall)	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b> (enligt SBU:s mall)
					För det fjärde uppskattade de flesta patienter den inkluderande metoden för överföring som en interaktion mellan sjuksköterska och patient.	
Wiklund, I., Sahar, Z., Papadopolou, M., & Löfgren, M.  2020  Sverige	Parental Experience of Bedside Handover during Childbirth: A Qualitative Interview Study	Syftet var att utvärdera patienters erfarenheter av bedside-rapportering under förlossning.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Svensktalande föräldrar som hade fött ett friskt barn, fick postpartum-vård på enheten och som hade upplevt bedside- rapportering under förlossningen. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer. Inspelade och transkriberade <u>Analys:</u> Innehållsanalys	19  (7)	Bedsiderapportering uppfattades generellt som positivt; deltagarna kände att de blev bemötta professionellt och att de varit delaktiga under överlämningen.  Patienterna beskrev en ökad känsla av säkerhet att kunna bekräfta den information som delades vid rapporteringen.  Patienter sammanfattade barnmorskornas överlämning som positiv då de använde vanliga ord och undvek medicinsk terminologi, och att de höll ögonkontakt med kvinnan och hennes partner.	Obetydliga eller mindre brister.