

# ÖVERRAPPORTERINGENS PÅVERKAN PÅ PATIENTSÄKERHETEN

- En allmän litteraturöversikt

**SANDRA ABRAHAMSSON**

**JENNI SUNDBÄCK**

*Huvudområde:*

*Nivå:* Avancerad

*Högskolepoäng:* 15 Hp

*Program:* Specialistsjuksköterska inom  
Intensivvård och Anestesi

*Kursnamn:* Examensarbete inom  
intensivvård eller anestesi

*Kurskod:* VAE225

*Handledare:* Karin Skoglund

*Examinator:* Annica Lövenmark

*Seminariedatum:* [19-05-03]

*Betygsdatum:* [19-05-16]

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Överrapportering är en stor del av sjuksköterskans vardag. En bra och strukturerad överrapportering eftersträvas men många gånger saknas det strukturerade rapporteringsverktyg. Behovet av en strukturerad överrapportering uttrycks av allmänsjuksköterskan. **Problem:** Överrapportering som ej är strukturerad påverkar patientsäkerheten. Då alla sjuksköterskor inte har samma kunskapsnivå eller erfarenheter är viktigt att kommunikationen är tydlig och att rapportören säkerställer att mottagaren förstått innebörden. Om det finns brister i rapporteringen kan det leda till vårdskador, förlängda vårdtider men även till döden. **Syfte:** Syftet är att beskriva specialistsjuksköterskans erfarenheter av patientsäkerhet vid överrapportering. **Metod:** Allmän litteraturöversikt. **Resultat:** Resultatet visade att det finns faktorer som påverkar överrapporteringen, att det finns ett visst innehåll i en bra överrapportering. Teman som framkom i studien var Behovet av strukturell överrapportering; Organisationens betydelse för överrapportering; Betydelsen av individuella och teamets egenskaper för överrapportering. **Slutsats:** Strukturerat rapporteringsverktyg påvisades vara betydelsefullt för att förbättra strukturen samt innehållet i rapporten och på så vis säkra patientens vård. Organisatoriska faktorer så som tidsbrist och arbetsbelastning hade inverkan på patientsäkerheten.

Nyckelord: Anestesivård; intensivvård, kommunikation, litteraturöversikt, specialistsjuksköterska

## ABSTRACT

**Background:** Handover is a daily routine for every nurse. A good handover is well structured and the goal for every handover. A standardized tool is often lacking. Nurses express that they would like to use a standardized tool when handing over patients. **Problem:** Handover that is not structured affects patient safety. Because all nurses do not have the same knowledge or experience it is important that communication is clear and that the sender ensures that the receiver understands the given information. If the handover lacks in communication can it lead to suffering, long hospital visits and lack of patient safety. **Purpose:** The aim is to describe nurses' experiences of handover and how it affects patient safety. **Method:** A literature review according to Friberg (2012). **Results:** The results show factors that affect the handover. Themes that occurred were; The need for structural handover; the organization's importance for handover; The meaning of individual and team quality for handover. **Conclusion:** Standardized handover tools had an impact on patient safety as well as the structure and content of the handover. Organizational factors contributing to patient safety were lack of time and workload.

**Keywords:** Anaesthesia, communication, intensive care, literature review, nurse specialist

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND.....</b>	<b>1</b>
<b>2.1</b>	<b>Definitioner och centrala begrepp.....</b>	<b>1</b>
2.1.1	<i>Vårdskada.....</i>	1
2.1.2	<i>Patientsäkerhetslagen.....</i>	2
2.1.3	<i>Patientdatalagen .....</i>	2
2.1.4	<i>Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation SBAR.....</i>	2
2.1.5	<i>Crew Resource Management – CRM.....</i>	3
<b>2.2</b>	<b>Allmännsjuksköterskornas upplevelser av faktorer som kan påverka rapporteringen.....</b>	<b>3</b>
<b>2.3</b>	<b>Tidsaspekten vid rapportering .....</b>	<b>4</b>
<b>2.4</b>	<b>Patientens delaktighet i samband med rapportering .....</b>	<b>5</b>
<b>2.5</b>	<b>Teoretiskt perspektiv.....</b>	<b>6</b>
2.5.1	<i>Kommunikation .....</i>	6
2.5.2	<i>Uppkomst av vårdskada.....</i>	6
<b>3</b>	<b>PROBLEMFÖRMULERING.....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>SYFTE .....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>METOD.....</b>	<b>8</b>
<b>5.1</b>	<b>Urval &amp; Datainsamling .....</b>	<b>8</b>
<b>5.2</b>	<b>Dataanalys .....</b>	<b>9</b>
<b>5.3</b>	<b>Etiskt övervägande .....</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>RESULTAT .....</b>	<b>9</b>
<b>6.1</b>	<b>Likheter och skillnader av artiklarnas syften .....</b>	<b>9</b>
<b>6.2</b>	<b>Likheter och skillnader av artiklarnas metoder .....</b>	<b>10</b>
<b>6.3</b>	<b>Likheter och skillnader i artiklarnas resultat .....</b>	<b>11</b>
6.3.1	<i>Behovet av en strukturell överrapportering.....</i>	11
6.3.2	<i>Organisationens betydelse för överrapportering.....</i>	14

6.3.3	<i>Betydelsen av individuella och teamets egenskaper för överrapportering</i>	15
<b>7</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>16</b>
7.1	<b>Metoddiskussion</b>	<b>17</b>
7.2	<b>Etikdiskussion</b>	<b>19</b>
7.3	<b>Resultatdiskussion</b>	<b>19</b>
7.3.1	<i>Diskussion av jämförelse av artiklarnas syften och metoder</i>	19
7.3.2	<i>Kommunikation och innehåll</i>	20
7.3.3	<i>Strukturer och verktyg</i>	21
7.3.4	<i>Tidsaspekten och organisatorisk påverkan</i>	22
7.4	<b>Slutsats och Klinisk tillämpning</b>	<b>23</b>
7.5	<b>Förslag till fortsatt forskning</b>	<b>23</b>
	<b>REFERENSLISTA</b>	<b>24</b>
	<b>BILAGA A; SÖKMATRIS</b>	
	<b>BILAGA B; KVALITETSGRANSKNING</b>	
	<b>BILAGA C; ARTIKELMATRIS</b>	

# 1 INLEDNING

Under vår verksamhetsförlagda utbildning har vi uppmärksammat att rapportering är en stor del av specialistsjuksköterskornas vardag. Både anestesilogiskvård samt intensivvård innebär att vården bedrivs i högteknologiska miljöer samt att det är avancerad sjukvård. Patienter som vårdas i denna miljö kan snabbt försämrans. Det är ofta många moment som ska utföras under vårdandet av patienten och det är inte sällan mycket vårdpersonal som är involverade. Därför är rapportering en viktig faktor för patientens säkerhet och vård. Vi har upplevt att rapportering kan ske både skriftligt och muntligt samt mellan olika professioner och enheter. När väsentlig information ej framkommer har vi erfarenhet av att patienten blir lidande samt att sjuksköterskan behöver avsätta mera tid för att efterforska information. Det har lett till att vi vill fördjupa oss inom området patientsäkerhet i samband med rapportering. Större förståelse kring betydelsen av strukturerad rapportering kommer förhoppningsvis bidra till ökad patientsäkerhet och bättre kontinuitet i vården. Även en ökad trygghet för sjuksköterskorna genom att de vet vilken information du förväntas få.

## 2 BAKGRUND

I bakgrunden beskrivs definitioner och centrala begrepp såsom vårdskada, patientdatalagen samt patientsäkerhetslagen. Kommunikationsverktygen; Situation, Bedömning, Aktuellt, Rekommendation (SBAR) och Crew Resource Management (CRM). Vidare beskrivs allmänsjuksköterskans erfarenheter av överrapportering. Bakgrunden avslutas med teoretiskt perspektiv.

### 2.1 Definitioner och centrala begrepp

I stycket redogörs för vårdskada, patientdatalagen samt patientsäkerhetslagen.

#### 2.1.1 *Vårdskada*

Vårdskada innebär ett psykiskt eller kroppsligt lidande. Det kan även innebära en sjukdom eller dödsfall som genom adekvata åtgärder hade kunnat undvikas genom att hälso – och sjukvården hade vidtagit dessa åtgärder (Lindh & Sahlqvist, 2013). Socialdepartementet (2018) har en uttalad nollvision för vårdskador och patientsäkerhetsfrågor har därför börjat att uppmärksammas mer.

### **2.1.2 Patientsäkerhetslagen**

Enligt Patientsäkerhetslagen, § 4, kap. 6, i SFS: 2010:659 ska all hälso- och sjukvårdspersonal bidra till att patientsäkerheten upprätthålls. Vårdpersonalen ska rapportera risker för vårdskador samt om det har uppkommit händelser som hade kunnat medföra en vårdskada eller om det har medfört vårdskada. I § 1, kap. 6, i SFS 2010:659 ska vårdpersonalen utöva sitt arbete i enlighet med beprövad erfarenhet och vetenskap. Vården ska så långt det går utformas i samråd med patienten.

### **2.1.3 Patientdatalagen**

Enligt §2, Kap. 1, SFS 2008:355, Patientdatalagen ska informationen inom hälso- och sjukvården tillgodose patientsäkerheten. I kap. 3, § 6 i SFS 2008:355, ska patientens journal innehålla de uppgifter som behövs för att bedriva en säker vård. Den ska innehålla uppgifter om patientens identitet, varför patienten sökt vård, vilka åtgärder som är planerade, vilka diagnoser som är aktuella, vilken information patienten fått och om det är några begränsningar i vården.

### **2.1.4 Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation SBAR**

Bristande kommunikation mellan personer och verksamhet är en av de vanligaste bakomliggande orsaker till tillbud och händelser i vården. Med hjälp av en strukturerad kommunikation förutsätts en god och säker vård. En strukturerad kommunikation är särskilt viktig vid akuta situationer då kommunikationen sker under tidspress. Inom sjukvården är det mycket information som överförs mellan flera olika personer och yrkeskategorier. Om kommunikationen och informationsöverföringen är otydlig kan patientsäkerheten hotas. Om man har en struktur för hur kommunikationen ska gå till så minskas riskerna för att viktig information missas eller missuppfattas. Kommunikationsverktyget SBAR grundades inom den amerikanska marinen där man arbetar med mycket allvarliga moment och ofta under tidspress. Idag används SBAR inom sjukvården för att strukturera upp kommunikationen så att viktig information framkommer snabbt och effektivt. Att man fokuserar på att få fram viktig information och undviker onödig information. Genom att följa SBAR sker kommunikation efter en tydlig struktur, vilket kan bidra till att öka patientsäkerhet (Sveriges kommuner & landsting, 2018).

En korrekt rapportering av patienten krävs för ett säkert patientomhändertagande. Många av de misstag som sker i vården beror på kommunikationsproblem och brister i rapporteringen. Det är därför bra att det finns rutiner för hur en rapportering ska gå till, vad som ska rapporteras samt vem man ska rapportera vad till. Det underlättar också för sjuksköterskan som tar emot rapporten om det finns en struktur att gå efter, då vet sjuksköterskorna vad de

förväntas få rapport om samt om den som rapporterar har missat något (Haney, Eriksson, Jonsson & Fagerlund, 2016).

### **2.1.5 Crew Resource Management – CRM**

Crew resource management, CRM, används i komplexa högriskmiljöer så som vårdmiljöer. Metoden handlar om att ett team ska bygga upp sin förmåga att samarbeta. Fokus ligger på teamet och ej på individen. Teamet ska fokusera på vad som är rätt att göra och inte vem som har rätt i situationen, det vill säga ej fokusera på en enskild sjuksköterskas handlingar. Att använda CRM inom vården har påvisat att patientsäkerheten ökar samt att komplikationer minskar, till exempel vårdavvikelse inom akutsjukvård (Sharp, 2012).

Med CRM ska ett öppet och tillåtande klimat inom teamet skapas där alla, oavsett yrke och titel, känner sig välkomna att ställa frågor och påtala när det inte känns bra. Viktiga punkter att ta hänsyn till vid användandet av CRM är; Situationsmedvetenhet, beslutsfattande och prioritering, att kommunikationen är tydlig, ledarskap/followship och att be om hjälp tidigt. (Vårdhandboken, 2018).

## **2.2 Allmänsjuksköterskornas upplevelser av faktorer som kan påverka rapporteringen**

I detta avsnitt beskrivs allmänsjuksköterskans upplevelser av rapportering. Detta perspektiv har valts då innehåll i rapporteringen samt kompetens skiljer sig från specialistsjuksköterskornas.

Tydlig kommunikation och rapportering mellan sjuksköterskorna bidrog till ökad patientsäkerhet. Även att teamet kring patienten kommunicerade väl och hade ett gott samarbete bidrog till förbättrad patientsäkerhet. Genom att till exempel implementera strukturerade rapporteringsmodeller så som SBAR, reducerades risken att viktig information missades. Sjuksköterskorna blev då mer fokuserade på rapporteringen samt tiden för rapporten minskade. Informationen som utbyttes blev också mer aktuell och endast det som var av vikt togs upp vid rapporten. Rapporten ska vara fokuserad på omvårdnaden. (Cornell, Townsend, Gervis, Yates & Vardaman, 2014; Martin & Czurzynski, 2015; O'Rourke, Abraham, Riesenber, Matson & Lopez, 2018; Streeter & Harrington, 2017).

Kommunikation och rapportering är viktigt även mellan sjuksköterskan och andra professioner, inte bara mellan sjuksköterskor. Även vid byte av avdelning eller enhet är en strukturerad rapportering av vikt då det effektiviserar överlämnandet. Akuta tillstånd är krävande och då krävs det bra kommunikation och att rapportering av patientens status mellan läkare och sjuksköterskan är tydlig samt effektiv. Användningen av strukturerat rapporteringsverktyg gjorde sjuksköterskorna tryggare att ta kontakt med läkare vid försämring av patientens tillstånd och på så vis förbättrades patientsäkerheten då patienten fick adekvat vård tidigare. Detta minskade även oväntade dödsfall (De Meester, Verspuy, Monsieurs & Bogart, 2012; Maxson, Derby, Wroblewski & Foss, 2012; Kear, Bhattacharaj & Walsh, 2016)



Kommunikationen mellan sjuksköterskor behöver vara av god kvalitet vilket innebär att relevant information rapporteras, rapporten kommer då att bli bra. Sjuksköterskorna behöver befinna sig på samma nivå, gör dem ej det kan konflikter uppstå som gör att viktig information ej framkommer. Även om ett standardiserat formulär i journalen används för att dokumentera det som hänt under passets gång behöver den avlämnande sjuksköterskan säkerställa att den sjuksköterska som påbörjar sitt pass har förstått informationen och besvara eventuella frågor som denne har. När rapporten var både muntlig och skriftlig ansåg sjuksköterska att det var mest effektivt samt att det ökade deras trygghet och kompetens. Dock behöver det tas i beaktning att kompetens inom datahantering samt hur många år som sjuksköterskorna arbetat klinisk är av betydelse när ett IT baserat stöd ska användas (Champman, Schweickert, Swango-Wilson, Aboul-Enein & Heyman, 2016; Carroll, Williams och Gallivan, 2012; Street, Eustace, Livingstone, Craike, Kent & Pattersson, 2011).

Det upplevdes av sjuksköterskorna att det fanns brister i rapporteringen när det inte fanns någon struktur för hur en bra rapportering skulle gå till. Faktorer som påverkar kvalitén på rapporteringen är bland annat platsen den gjordes på, sjuksköterskorna föredrog att göra den vid sängen så de kunde se patienten och bilda sig en egen uppfattning. Det var också viktigt att det var tyst och lugnt runt i kring när rapporteringen skedde. En dålig överrapportering bidrog till längre vårdtider då det till exempel vart fördröjning på undersökningar och behandlingar (Farhan, Brown, Woloshynowych & Vincent, 2012; Streeter & Harrington, 2017).

### **2.3 Tidsaspekten vid rapportering**

Tidsåtgången vid rapportering besvarade sjuksköterskorna, då vissa tyckte att det tog för lång tid, medan andra sjuksköterskor tyckte att det gick alldeles för snabbt, speciellt mellan natt och dagskiftet. Rapporten fick heller inte vara för kort eller för lång då detta påverkar informationsinnehållet, vilket skapar oro. En för kort rapportering innebar att informationen som gavs ej var tillräcklig och viktig information framkom ej. Medan innehållet i en för lång rapportering inte alltid var relevant samt att det var svårt att komma ihåg relevant information. Långa rapporter innebar även att det samtalades om sådant som ej rör vården och patienten. Minskad tidsåtgång samt rätt fokus under rapporten gav sjuksköterskorna mera tid att vårda patienten (David, Holroyd, Jackson & Clearly, 2017; Maxon et al., 2012; Streeter et al., 2017; Street et al., 2011).

Sjuksköterskornas arbetsbelastning ökade när rapporteringen ej var adekvat och saklig. Det framkom även att inte ha rätt information från början skapade mycket stress för sjuksköterskorna och de kom efter med sina dagliga sysslor. Den ökade stressen innebar att vårdandet av patienten kom i skym undan och i det längre perspektivet blev patienterna lidande. Övertidsarbete blev konsekvensen av långa rapporter (Bruton, Norton, Smyth, Ward, & Day, 2016; Ernst, McComb & Ley, 2017).

## 2.4 Patientens delaktighet i samband med rapportering

Rapportering som sker vid patientens säng (bedside) eller där patienten befann sig upplevdes som positivt av både sjuksköterskan och patienten. Genom att implementera rapportering bedside kan patienten involveras samt att kommunikationen mellan patienten och sjuksköterskan förbättras. Uppmärksamhet för patientens faktiska behov sattes i centrum när patienten kunde vara delaktig och ställa frågor.

Patienten upplevde sig bättre informerad kring aktiviteterna som var planerade för dagen. Även en känsla av delaktighet och att patienten kände sig sedd av personalen infann sig när rapporteringen skedde bedside. Det skapade en trygghet för patienten som involverades i vården och fick en tydligare bild över vilken vård som gavs. Patienten upplevde att de hade mer kontroll över sin situation när rapporteringen skedde i närvaro av dem. Att prata direkt med patienten och inte över huvudet på patienten var viktigt att bära med sig så att patienten känner sig delaktig i rapporteringen. Patienterna kände sig osäkra när sjuksköterskorna inte var uppdaterade med aktuell information angående patientens vårdförlopp.

Patienterna fick en större förståelse för vårdförloppet samt kunde bidra med information kring sin sjukdom. Sjuksköterskorna var då mer förberedda vid diskussioner med läkare och andra sjuksköterskor. Patienten fick även möjligheten att stämna av med sjuksköterskorna och se till att viktig information ej tappades bort (Bruton et al., 2016; Lu, Kerr & McKinlay, 2014; Maxson et al., 2012; Lupieri, Creatti & Palese, 2015; Tobiano, Whitty, Bucknall & Chaboyer, 2017; McMurray, Chaboyer, Wallis & Fetherstone, 2009).

Dock finns det hinder med att rapportera bedside. Det framkom även att sjuksköterskornas saknad av självförtroende bidrog till att rapporteringen ej blev tillräckligt bra. Attityd och motivationen hos sjuksköterskorna hade betydelse för hur strukturerad och informativ rapporteringen bedside blev. En del av sjuksköterskorna var ej positivt inställda till att rapportera bedside eller använda ett strukturerat verktyg, detta påverkade då innehållet i rapporten. Även om patienterna ej upplevde det som ett bekymmer att rapporteringen skedde i närvaro av andra så upplevde sjuksköterskorna att det kunde vara ett bekymmer då de inte alltid kunde berätta känslig information samt att patienten ibland kunde avbryta och fördröja rapporteringen. Att värna om integriteten hos patienten lyftes som ett bekymmer. Patienterna delade med sig av sin sjukdomshistoria oavsett om någon obehörig råkade höra eller ej. Dock var känslig information så som psykisk ohälsa eller religion ämnen som patienten ej önskade diskutera i närvaro av andra personer eller patienter. Viss information som ges under rapportering är inte alltid av vikt för patienten att ta del av. När det fanns information som sjuksköterskorna inte kände sig bekväma att diskutera inför patienten, upplevde de att patientens närvaro besvärade dem (Bruton et al., 2016; Lu et al., 2014; Tobiano et al., 2017).

Sjuksköterskorna ansåg att de kunde vårda patienten på ett säkert sätt om patienten involverades i rapporteringen samt att sjuksköterskan kunde ställa frågor och verifiera uppgifterna de fått av sin kollega. Genom att rapportera i närvaro av patienten kan informationsmissar upptäckas samt om patientens status förändras. Även om bedside rapportering är en del av den person-centrerade vården är patienten inte alltid involverad. Bedside rapportering gav sjuksköterskorna möjlighet att lära känna patienten. Patientens delaktighet och att sjuksköterskorna genomför träning i överrapportering och teamarbete

medför att patientsäkerheten ökar. Det bidrog till att patienterna själva bjöds in att delta i rapporteringen. Patienterna fick information om samt att de kan ställa frågor om de undrar över någonting (Jeffs, Acott, Simpsons, Campbell, Irwin, Lo, Beswick, & Cardoso, 2013; Whitty, Spinks, Bucknall, Tobiano, & Chaboyer, 2017; Street et al., 2011; McMurray, Chaboyer, Wallis & Fetherstone, 2009).

## **2.5 Teoretiskt perspektiv**

Enligt Lind & Sahlqvist (2012) är kommunikation grunden för god och säkervård. Kommunikationsbrister är en av de vanligaste orsakerna till att vårdskador uppkommer. Att förstå vilka orsaker som bidrar till vårdskada är en essentiell del av patientsäkerheten.

### **2.5.1 Kommunikation**

Informationsöverföring inom vården ska ske med hjälp av redskap som förbättrar kommunikationen samt minskar risken för fel. All information som överförs ska leda till en förbättring för patienten och vara fullständig, det vill säga att ingen information förbises. Under ett arbetspass är två eller flera vårdare inblandade i informationsöverföringen. Genom att använda strukturerade rapporteringsverktyg kan det säkerställas att väsentlig information överförs. Det ger även möjlighet att försäkra sig om att den som mottager informationen har förstått innebörden och att missförstånd kan på så vis undvikas. Risker vid informationsöverföring är till exempel att mottagaren inte bekräftar att den förstått informationen, språkförbristning, det vill säga att vårdaren inte förstår innebörden av informationen. Även att vårdare förutsätter att någon annan kommer att utföra de uppgifter som behövs göras, till exempel att nattskiftet förväntar sig att dagskiftet redan gjort att all omvårdnad inför natten. Saknad av utbildning i teamwork och att kommunicera effektivt bidrar även det till att risker för att fel uppstår. En av de vanliga orsakerna till att det sker vårdskador är brister som sker vid kommunikation och informationsöverföring. För att förebygga att informationsöverföringen är ofullständig kan olika typer av strukturerade rapporteringsverktyg användas, så som checklistor och SBAR (Lind & Sahlqvist, 2012; Öhrn, 2015).

Säker vård bedrivs utifrån att man arbetar efter evidensbaserad kunskap samt att man arbetar i team med samtliga yrkesprofessioner. Som specialistsjuksköterska har man en viktig roll inom patientsäkerhetsarbetet, ett eget ansvar i sin yrkesroll och ansvar i att utveckla omvårdnad med grunden i evidensbaserad kunskap. Att bidra till en säker vård är viktigt som specialistsjuksköterska detta kan ske genom att skriva avvikelser och rapportera när en patientskada inträffat (Öhrn, 2015).

### **2.5.2 Uppkomst av vårdskada**

Vårdskador uppkommer trots att det görs mycket för att förebygga uppkomsten. Det kan vara svårt att förstå varför en vårdskada uppkommer. Flera orsaker finns till varför patienter skadas inom vården, till exempel är den mänskliga faktorn en betydande faktor.

En av förklaringarna till varför vårdskador uppkommer är på grund av att viss personal inom vården betraktar komplikationer så som trycksår en naturlig följd av att en patient är nedgången. Om personalen har en viss attityd gentemot att vårdskador uppkommer och att de inte ser de risker som finns, kommer patienten att skadas och det kommer motverka det förebyggande arbete som bedrivs (Lindh & Sahlqvist, 2013).

I vården är det människor som hanterar läkemedel, medicinsktekniska produkter, skriver in uppgifter i journalsystem och bedömer olika förändringar i patientens hälsotillstånd. Detta är ett resultat av den kommunikation och de handlingar som utförs. Den mänskliga faktorn står i direkt förbindelse med vårdpersonalen och de risker som kan uppkomma. Det är därför viktigt att titta på olika riskfyllda situationer och dra lärdomar av dessa (Lindh & Sahlqvist, 2013).

Man kan bedöma misstag från två olika perspektiv; dels det individuella där utgångspunkten är att en enskild person är skyldig till att det blev fel. När en patientskada inträffar menar man på att det beror på glömska, slarv eller ouppmärksamhet. Det andra perspektivet är systemsyn där man utgår från att det är mänskligt att göra fel, men även att fel uppstår när det finns brister i systemet eller bristande rutiner. Det är viktigt att ta reda på varför felet inträffade och inte lägga fokus på vem det var som gjorde fel. Att istället försöka arbeta fram ett sätt som minskar risken för att felet uppstår igen (Öhrn, 2015).

### **3 PROBLEMFORMULERING**

Det är lagstadgat att en patient ej ska råka ut för en vårdskada. Det innebär att vården ska bedrivas på ett säkert sätt för patienten. Enligt tidigare forskning påvisas det att rapportering som ej är strukturerad och där ett strukturerat rapporteringsverktyg ej används kan påverka patientsäkerheten genom att all information eventuellt ej kommer fram. Vidare framgår av tidigare forskning att rapportering ingår i sjuksköterskans dagliga arbetsuppgifter och kan innebära stora risker för patienten om viktig information ej förs vidare. Då alla sjuksköterskor inte har samma kunskapsnivå eller erfarenheter är det extra viktigt att det som kommuniceras är tydligt och att rapportören säkerställer att mottagaren har förstått innebörden. Patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning är kritiskt sjuka. Vid anestesi kan förloppet snabbt ändras och en tidigare stabil patient kan bli instabil. Inom både anestesi – och intensivvård kräver det att rapporteringen är strukturerad. Det har påvisats i tidigare forskning att det finns brister i rapportering som kan leda till vårdskador och till förlängda vårdtider men även döden. Genom att titta närmare på specialistsjuksköterskornas upplevelser och erfarenheter av överrapportering belyses vad som påverkar överrapportering och hur patientsäkerhet kan främjas.

## 4 SYFTE

Syftet är att beskriva specialistsjuksköterskors erfarenheter av patientsäkerhet vid överrapportering.

## 5 METOD

En allmän litteraturöversikt enligt Fribergs metod (2012) med induktiv ansats har valts för att besvara syftet.

### 5.1 Urval & Datainsamling

Vetenskapliga artiklar söktes fram i Cinahl och PubMed. Sökningarna gjordes både enskilt och gemensamt under perioden november 2018 till april 2019. Sökord som använts är nurs\*, intensive care unit, ICU, anaesthesia, post-operative, communication, patient safety, qualitative, handover, handoff, experience, critical care och emergency. En artikel söktes fram via sekundär sökning, se bilaga A; Sökmatrix. Svensk MeSH användes för att sökorden skulle stämma överens med de svenska sökord som finns inom området. BOOLESK användes för att underlätta sökningarna. De BOOLESK som använts är AND och OR. Friberg (2012) menar att BOOLESK är ett sätt att koppla ihop och sammansätta olika sökord. Vid sökning av artiklar har samtliga artiklars rubriker samt sammanfattningar lästs, se bilaga A; Sökmatrix. De artiklar som valdes ut svarade an till syftet, kvalitetsgranskades och analyserades. Resterande artiklar valdes bort då de ej innehöll relevant information. 1 artikel har valts trots att den är äldre än 10 år då artikeln är relevant för den aktuella studien och svarar an till syftet.

Inklusionskriterier som använts är; artiklar som valts ut skulle innefatta anestesi och/eller intensivvård, beröra rapportering mellan olika professioner, beröra hur rapportering sker från anestesijuksköterskan och intensivvårdssjuksköterskan till annan enhet men även vid personalbyten och beröra faktorer som påverkar rapportering. Artiklarna skulle vara Peer-reviewed, de skulle vara publicerade mellan 2009-2019 samt vara publicerade i vetenskapliga tidsskrifter. Exklusionskriterier som valts är artiklar som är äldre än 10 år samt artiklar som representerar barn- och psykiatrivård. Med barn- och psykiatriskvård menas det att vården bedrivs på en barnintensivvårdsavdelning eller en psykiatrisk intensivvårdsavdelning.

Artiklarna granskades och kvalitetsbedömdes med inspiration av granskningsmallarna för kvalitativa och kvantitativa artiklar i Friberg (2012), se bilaga B; Granskningsmall. Artiklarna kunde få hög, medel eller låg kvalitet genom att frågorna poängsattes. Hög kvalitet innebar att artikeln fick mellan 8-10 poäng, medelkvalité innebar poäng mellan 7-5 poäng och låg kvalitet hade artiklar som fick mindre än 5 poäng. Artiklar som saknade etiskt

övervägande valdes bort då det resulterade i låg kvalitet. De poäng artiklarna uppnådde i kvalitetsgranskningen redovisas i bilaga C; artikelmatris.

## **5.2 Dataanalys**

Fribergs (2012) metod för att analysera material till litteraturöversikter användes. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar har valts att användas. Analysmetoden innebär att bilda sig ett helikopterperspektiv över vilken forskning som finns. Efter att ett helikopterperspektiv anlagts gjordes begränsningar av urvalet samt inklusions- och exklusionskriterier fastställdes. Kvalitetsgranskning av studierna skedde med inspiration av Friberg (2012). Analysen inleddes med att samtliga artiklar lästes flera gånger för att få en förståelse för innehållet i artikeln. Innehållet i varje artikel sammanställdes för att få en helhetsbild av vad som framkom i resultatet. Samt att syfte och metod identifierades. Vid analysen av artiklarna identifierades likheter och skillnader gällande syfte, metod och resultat mellan artiklarna. Sedan sammanställdes dessa likheter och skillnader i resultatet. Teman formades sedan som mynnade ut i ett resultat. Kvalitativa artiklar och kvantitativa artiklar presenteras separat. I resultatet redovisas kvantitativa artiklar med hjälp av siffror (Friberg, 2012).

## **5.3 Etiskt övervägande**

Regler och riktlinjer som efter följts är enligt Codex, (2018). Plagiat, förfalskning eller förvrängning har ej skett då författarna då författarna har skiljt på egna ord och åsikter i förhållande till litteraturen. Förförståelse har tagits i beaktning under hela processen genom att artiklar valts ut oavsett vad resultatet har påvisat. Den förförståelse som funnits att ta i beaktning var tidigare arbetslivserfarenheter samt upplevelser under verksamhetsförlagda utbildningen.

# **6 RESULTAT**

## **6.1 Likheter och skillnader av artiklarnas syften**

Likheter och skillnader i de samtliga 21 artiklars syften: I två artiklar framkom det likheter i då syftet var att undersöka specialistsjukskörs korskors erfarenheter av överrapportering till annan avdelningen (Randmaa, Engström, Swenne, & Mårtensson, 2017; James, Quirke, & McBride-Henry, 2013). En artikel skilde sig åt då de undersökte specialistsjuksköterkors erfarenheter av att rapportera inom samma avdelning (Testa & Emery, 2014). I två artiklar var syftet att undersöka faktorer som kunde påverka överrapporteringen (Lin, Chaboyer,

Wallis & Miller, 2012; Reine, Rustoen, Raeder, & Aase, 2018). I två artiklar var syftet att undersöka skillnader vid rapportering mellan specialistsjuksköterskor och läkare (Mukhopadhyay et al., 2014; Collins, Mamykina, Jordan, Stein, Shine, Reyfman, & Kaufman, 2011; Marshall et al., 2018).

I fyra studier sågs likheter i syftet då de undersökte kommunikationen och informations överföring vid överrapportering (Bunkenborg, Hansen, & Holge-Hazelton, 2017; McFetridge, Gillespie, Goode, & Melby, 2007; Nagpal, Arora, Vats, Wong, Sevdalis, Vincent, & Moorthy, 2012; Smith, Pope, Goodwin, & Mort, 2008). I två av artiklarna var syftet att undersöka kvaliteten och patientsäkerheten i överrapporteringen (Ganz et al., 2014; Lillibridge, Botti, Wood, & Redley, 2017).

En artikel skilde sig åt från övriga artiklar då studiens syfte var att undersöka hur mycket mottagaren kom ihåg, samt vilka faktorer som påverkar minnet (Randmaa, Mårtensson, Swenne, Engström, 2015).

Fyra av artiklarna hade som syfte att undersöka om det förekom skillnad före och efter implementering av standardiserat rapporteringsverktyg (Graan, Botti, Wood, & Redley 2015; Nagpal, Marshall et al., 2018; Arora, Vats, Wong, Sevdalis, Vincent, & Moorthy, 2013; Redley, Bucknall, Evans, & Botti, 2016). I en artikel var syftet att förbättra processen vid överrapportering genom att ta fram ett standardiserat elektroniskt rapporteringsverktyg och integrera det med befintligt system (Hoskote et al., 2017). Två artiklar fanns likheter då syftet var att undersöka vilka hinder och fördelar det finns vid standardiserat rapporteringsverktyg (Van Sluisveld, Oerlemans, Wester, van der Hoeven, Woolersheim, & Zegers, 2017; Krimminger, Sona, Thomas-Horton, & Schallom, 2018).

## **6.2 Likheter och skillnader av artiklarnas metoder**

De kvalitativa artiklarna har olika design: explorativ design, etnografisk design, deskriptiv design, kvalitativ ansats och samt multimetod med deskriptiv och explorativ ansats. Multimetod i den specifika artikeln innebär att det gjorts semistrukturerade individuella intervjuer, fokusgrupps intervjuer samt dokumentations översikt. Fyra av artiklarna har använt sig av intervjuer i fokusgrupper för att beskriva kommunikationen samt faktorer som påverkar överrapportering. (McFetdrige et al., 2007; Randmaa et al., 2017; Reine et al., 2018; Testa & Emery, 2014). Tre av studierna använde sig av semistrukturerade intervjuer med öppna frågor (Bunkenborg, et al., 2017; Nagpal et al., 2012; Smith et al, 2008) En av studierna använde sig av enkätstudie med öppna frågor (James et al., 2013). Ingen av de nio artiklarna hade någon teoretisk utgång punkt.

De kvantitativa artiklarna har olika metoder: tre av artiklarna använde deskriptiv metod, två använde sig av pre- and postintervention studie, två artiklar använde sig av före och efter studie vid implementering varav en av dessa artiklar använde multi-sight method. Två artiklar använder Likert-skala för att rangordna svaren, varav en använder en skala från 0 - 7 (Nagpal et al., 2013) och den andra 1-5 (Krimminger et al., 2018). Observationer användes som datainsamling i fem av artiklarna (Collins et al., 2011; Hoskote et al., 2017;

Ganz et al., 2014; Krimminger et al., 2018; Marshall et al., 2018; Nagpal et al., 2013). Resterande artiklar har använt sig av enkäter eller både observationer samt enkäter. SPSS användes som statistikprogram vid analys av insamlad data i tre av artiklarna medan övriga artiklar använt sig av andra statistikprogram (Krimminger et al., 2018; Mukhopadhyay et al., 2014; Nagpal et al., 2013). Fyra artiklar använde sig av Chi2-test för att jämföra insamlad data (Hoskote et al., 2017; Krimminger et al., 2018; Mukhopadhyay et al., 2014; Nagpal et al., 2013). I två av artiklarna användes t-test som jämförelsemetod (Hoskote et al., 2017; Krimminger et al., 2018). Ingen av ovanstående artiklar har någon teoretisk utgångspunkt.

Likheter och skillnader av artiklarnas metoder i mixade studierna: Tre av artiklarna använder deskriptiv statistik för att redovisa den kvantitativa delen (Graan et al., 2015; Randmaa et al., 2015; Redley et al., 2016). Två av artiklarna använder sig av mixad studie (Redley et al., 2016; van Sluisveld et al., 2017), medan de två andra använder tre-steps studie och prospektiv observationsstudie (Graan et al., 2015; Randmaa et al., 2015). En av artiklarna använde sig av semistrukturerade intervjuer samt fokusgrupper (Lin et al., 2012). Fyra utav fem använde sig av observationer i sin studie, antalet observationer varierade mellan 20-185 stycken (Lin et al., 2012; Graan et al., 2015; Redley et al., 2016; Randmaa et al., 2015) Samtliga artiklar använder sig av fokusgrupper. Artiklarnas metoder skiljde sig åt gällande analysering av den kvalitativa datan.

### 6.3 Likheter och skillnader i artiklarnas resultat

Resultatet presenteras under olika teman baserat på likheter och skillnader, se tabell 1. Under varje tema redogörs kvalitativa och kvantitativa artiklar separat.

Tabell 1. Teman över resultatet.

Teman
Behovet av en strukturell överrapportering
Organisationens betydelse för överrapportering
Betydelsen av individuella och teamets egenskaper för överrapportering

#### 6.3.1 Behovet av en strukturell överrapportering

En överrapportering ansågs positiv om den var effektiv och innehöll korrekt och väsentlig information, detta bidrog positivt till den fortsatta vården av patienten. Informationen ska även vara tydlig, konsekvent samt att den ska ges i kronologisk ordning. Det som var viktigast enligt specialistsjuksköterskorna att få med under rapporten var aktuellt tillstånd, tidigare sjukdomar, betydande diagnostiska resultat. Av de överrapporteringar som observerades innehöll 50% av rapporterna patientens namn, ålder, diagnos, utförd operation och om det



var något avvikande under operationen, aktuella och tidigare sjukdomar, aktuell diagnos, behandlingar, vilken anestesi som valts, cirkulation samt vätskebalans. Dessa saker ansågs bidra till en bra överrapportering. Det var även av vikt att man undvek oväsentlig information för att överrapporteringen skulle bli bra. Att särskilt framföra information som avvek från det normala var även av vikt samt att framföra målet med vården. De kände sig även tvungna att påtala vikten av att patienten kunde bli sämre och ge råd om en eventuell försämring skulle ske. Att förklara hela processen och hur patientens vårdtid har sett ut ansågs viktigt enligt specialistsjuksköterskorna. Specialistsjuksköterskorna ansåg att det inte var betydande att ta upp saker som fortlöpte som förväntat under vårdtiden (Hoskote et al., 2017; James et al., 2013; McFetridge et al., 2007; Randmaa et al., 2017; Randmaa et al., 2015). Mindre än 50% av observationerna innehöll information om allergier, infektioner, hur hudkostymen såg ut, hur operationsförbandet såg ut, ordinationer gällande fortsatt vård, ordinerad smärtlindring samt övervakning (Randmaa et al., 2015). Vid överrapportering ansågs det viktigaste att framföra vad som var målet med vården (n=120, 76%). Det fanns en signifikant skillnad mellan länder och enheter gällande vad en överrapportering skulle innehålla ( $p < 0,001$ ) (Ganz et al., 2014). Det beskrevs även att en bra överrapportering skulle innehålla fullständig skriftlig dokumentation i patientens journal samt muntlig rapportering om patientens medicinska historia, den perioperativa vården och planerna för den postoperativa vården. Det var viktigt att mottagande avdelning fick möjlighet att ställa frågor om patienten. Muntligrapport ansågs vara viktigt för att säkra kvalitén i överrapporteringen (Reine et al., 2018).

Frustration uppkom över hur mycket information som behövdes finnas med i rapporten samt att det var svårt att selektera väsentlig information. Det framkom att specialistsjuksköterskorna ansåg att flera informationsöverföringar och brist på kunskap var en potentiell risk för patientens fortsatta vård (Randmaa et al., 2017; Smith et al., 2008). Det uttrycktes en oro när överrapporteringen skedde mellan två oerfarna specialistsjuksköterskor, detta ansågs kunna utgöra en risk i att viktig information missades. Eftersom avsändaren eventuellt missar att rapportera över viktig information på grund av de inte kan rutinerna och dessutom då mottagaren av rapporten inte vet hur den saknade informationen ska eftersökas (Randmaa et al., 2017).

Många brister berodde på ofullständig rapportering, rapporterna var informella, ostrukturerade och inkonsekventa. Att rapporten var kort och saknade viktig information påverkade negativt och bidrog till att de blev tvungna att söka reda på information själva. Det som hindrar en bra överrapportering är bristen på struktur. Specialistsjuksköterskorna såg även snabbt till att bilda ett team med läkaren vilket påverkade överrapporteringen från avlämnande avdelning negativt då all information inte alltid framkom (Lillibridge et al., 2017; McFetridge et al., 2007; Nagpal et al., 2012). I 70 % av fallen var informationen otydlig samt att 20 % av de observerade rapporterna innefattade irrelevanta informationen så som att det berättades ett skämt eller diskuterade övervakningsutrustning som ej var relevant för patienten (Randmaa et al., 2015). 68% procent ansåg dock att de kunde ge en god vård med den information som gavs under rapporten. Det framkom att 56% av specialistsjuksköterskorna var överlag nöjda med den överrapportering som gavs. Vid frågan om hur ofta kritisk information missades svarade 72% att det var ofta eller ibland som detta skedde (Hoskote et al., 2017).

Information kan överföras på flera sätt så som brev, personliga samtal eller via telefon. Dessa olika moment kan vara en bidragande orsak till att det brister i informationsöverföring. Om all information fanns på ett och samma ställe kan det förhindra att fel uppstår (Nagpal et al., 2012). Det förelåg en högre risk för brister i patientsäkerheten när rapporten innehöll lite information för att patienten ansågs vara stabil, om patientens tillstånd försämrades fanns inte lämplig utrustning tillgänglig för att identifiera eventuella förändringar (Reine et al., 2018). Specialistsjuksköterskorna beskrev en känsla av osäkerhet i att viktig information nått fram till mottagaren. När kommunikationen felade bidrog det till att överrapporteringen blev lidande samt att patienten kom i kläm och vissa gånger inte fick planerad vård (Nagpal et al., 2012; Randmaa et al., 2017).

Att ha en specifik struktur i överrapporteringen ansågs ha stor betydelse för att säkerställa kvaliteten. Specialistsjuksköterskorna ansåg att det var bra att använda sig av strukturerat rapporteringsverktyg för att skapa en bra struktur. Strukturen på överrapporteringen var viktig, vilket bland annat innebar att individen förberedde sig på att rapportera. Specialistsjuksköterskorna anger SBAR som ett bra verktyg att använda sig av för att få en bra struktur och för att hjälpa till att komma ihåg väsentlig information. Skriftlig information var bra att ha framför sig när man rapporterade, det hjälper specialistsjuksköterskorna att komma ihåg väsentlig information (Randmaa et al., 2017; Reine et al., 2018). Dock framkom att det oftast inte användes standardiserade rapporteringsverktyg som hjälpmedel vid överrapporteringen, även om det ansågs vara bra. Oftast saknade överrapporteringen en röd tråd samt att struktur saknades. Det fanns även liten förståelse för vad specialistsjuksköterskorna hade för arbetsuppgifter och vilken information som var av vikt (James et al., 2013; McFetdrige et al., 2007). Även om det fanns möjlighet att ställa frågor så ansågs det nödvändigt att ha ett strukturerat rapporteringsverktyg för att guida yngre och mer oerfarna kollegor. Ett utformat strukturerat rapporteringsverktyg påvisades efter implementering förbättra patientsäkerheten då verktyget gav vägledning och struktur vid överrapporteringen. Det framkom även att det implementerade strukturerade rapporteringsverktyget bidrog till att rapporten blev strukturerad, systematisk och att all nödvändig information togs upp. Specialistsjuksköterskorna ansåg att ett strukturerat rapporteringsverktyg möjliggjorde för frågor under rapporten eller om något behövde tydliggöras (Graan et al. 5; Randmaa et al., 2015)., 201 “... if you follow the SBAR concept, you have a main thread through the whole thing...” (Randmaa et al, 2017. S. 5).

Ett strukturerat rapporteringsverktyg ansågs vara användbart vid överrapportering av 92,2% av specialistsjuksköterskorna (van Sluisveld et al, 2017). Att stödja sig på ett strukturerat rapporteringsverktyg ansågs vara ett bra hjälpmedel för att få med all information som var nödvändig (Collins et al, 2011) samt att 82% av specialistsjuksköterskorna uppgav att de gärna använde ett strukturerat rapporteringsverktyg vid rapportering (Hoskote et al, 2017).

Före implementering av strukturerad rapportering sågs felaktigheter vid rapportering vid (m)  $6,1 \pm 2,8$  tillfällen. Felaktigheter vid informationsöverföring innan implementering av verktyget påvisades med (m)  $5,2 \pm 2,7$  tillfällen. Dessa siffror sjönk signifikant efter implementering av strukturerad rapportering då felaktigheter vid överrapporteringen blev (m)  $1,7 \pm 1,5$  ( $p = <0.001$ ). Felaktigheter vid informationsöverföringen sjönk signifikant till (m)  $2,3 \pm 1,5$  ( $p = <0.001$ ). En bristande kommunikation mellan specialistsjuksköterskor kan

orsaka postoperativa komplikationer samt att det även kan leda till döden (Krimminger et al, 2018). Före och efter implementering av ett strukturerat rapporteringsverktyg sågs en signifikant minskning av antalet utelämnad information. Fel informationsöverföring minskade signifikant från 8 till 2,8 fel per rapport. Man såg även att teamarbete förbättrades väsentligt. Samt att varaktigheten minskade, dock ej någon signifikant minskning. Före implementering såg man brister i information gällande kirurgi, att man vart distraherad samt att det var brist på struktur i rapporten (Nagpal et al, 2013). Minskning av onödig konversation under rapporten (före n 13, efter n 10) kompletterande uppgifter minskade från 43,8 % till 12,5% efter. Det framkom att även om det var samma miljö före som efter implementering av standardiserat rapporteringsverktyg, SBAR, så påvisades en positiv skillnad efter implementering. Genom implementering av strukturerat verktyg sågs att även om det var stökig miljö eller mycket ljud på salen så var det lättare att höra och ta del av det som rapporterades. Före implementering hördes 68,6 % av rapporten och efter implementering hördes 87,5 % (Marshall et al, 2018).

### **6.3.2 Organisationens betydelse för överrapportering**

Specialistsjuksköterskorna uttryckte att tidsbristen påverkade överrapporteringen och var utmanande faktor. Detta innefattade bland annat att mottagande avdelning inte hunnit läsa på patienten innan ankomst, eller att det gavs en ofullständig rapport då den som gav rapporten inte hade tillräckligt med tid. Om patientens tillstånd var kritiskt var behovet av medicinsk teknisk utrustning större och att mottagande sjuksköterska var förberedd. Att meddela mottagande avdelning om patientens ankomst bidrog till god förberedelse. Specialistsjuksköterskorna menade att överrapporteringar som skedde under jourtid var mer drabbade av tidspressen då det var mindre personal tillgängligt. En bra överrapportering minskade tidsåtgången och de inte behövde leta reda på information som ej framgick av rapporten. Tillräckligt med tid för att ge en fullständig och korrekt rapport var viktigt för att säkra hög kvalitet på vården och säkra patientsäkerheten. Även patientens tillstånd samt komplexitet påverkade tidsåtgången för överrapportering (Bunkenborg, et al., 2017; McFetridge et al., 2007; Reine et al., 2018; Smith et al., 2008).

Faktorer som ansågs påverka överrapporteringen negativt var att det inte fanns tillräckligt med ekonomiska resurser, att personalen som skulle ta emot patienten ej var tillgängliga för rapportering samt att det inte fanns tillräckligt med tid eller personal. Trötthet, stress hos specialistsjuksköterskorna, omsättning på personal samt att specialistsjuksköterskorna fick mindre administrativt stöd bidrog till även det till en negativ inverkan (Nagpal et al., 2012; Testa & Emery, 2014; van Sluisveld, et al., 2017). Fokus låg ofta på att ta hand om patienten och åtgärda det som var kritiskt först, för att sedan ta rapport från den avlämnande sjuksköterskan. Det uppfattades som stressat och att det påverkar överrapporteringen. Det var oftast specialistsjuksköterskorna som skötte överrapporteringen och upplevde frustration när det inte fanns platser på andra avdelningar för patienter som skulle överlämnas. Det framkom även att kommunikationen mellan olika enheter ej fungerade optimalt vilket fick konsekvenser. Enligt 33% av specialistsjuksköterskorna var bristen på vårdplatser en faktor som påverkade överrapportering (Lin, et al., 2012; McFetridge, et al., 2007).

Överrapporteringen blev lidande när specialistsjuksköterskorna ville extra kontroll över situationen vilket inverkade på patientsäkerheten. Vidare påtalade specialistsjuksköterskorna vikten av välfungerande kommunikation. Det framkom även att specialistsjuksköterskorna hade högre förväntningar på avdelningen än de kunde uppfylla vilket visade sig i den information som gavs vid överrapportering. Specialistsjuksköterskorna såg att det var för mycket dokumentation för att kunna skriva ner allt i en bra skriftlig överrapportering. Dock uppskattade avdelningen en skriftlig vårdplan (James et al., 2013).

Det framkom att överrapporteringen ofta blev störd av samtidig flytt av utrustning vilket gjorde det svårt att höra. Ytterligare en faktor som kan påverka överlämningen negativt genom att man blir störd eller avbruten vilket leder till att man har svårt att fokusera på vad som sägs vid rapporteringen. För att överrapporteringen skulle vara effektiv var det av stor vikt att det var lugnt, samt att man skulle slutföra det man höll på så att man enbart hade fokus på den som gav rapporten. Det framkom att avbrott i rapporten skede vid 77 % av de tillfällena som observerades. Bedside rapportering gav en bättre helhetsbild, men kunde medföra avbrott, vilket kunde medföra att man tappade fokus (Krimminger et al., 2018; Reine et al., 2018; Randmaa et al., 2017; Randmaa et al., 2015; Redley et al., 2016).

De specialistsjuksköterskor som fått träning i överrapportering var mer nöjda med hur rapporteringen skedde än de som inte fått denna träning ( $p=0,019$ ). Det ses en signifikant skillnad mellan specialistsjuksköterskor som erhållit träning på rapportering jämfört med andra professioner som ej erhållit träning ( $p<0,001$ ). Att ej ha erhållit tidigare träning och ej hunnit gå igenom journalen anses påverka överrapporteringen. Det påvisades ingen signifikant ( $p>0,05$ ) avseende nöjdhet mellan specialistsjuksköterskorna gällande överrapportering, detta berodde på att det inte fanns en gemensam förståelse mellan de olika professionerna om vad en bra överrapportering är (Mukhopadhyay et al., 2014).

### **6.3.3 Betydelsen av individuella och teamets egenskaper för överrapportering**

Attityden hos mottagande sjuksköterska påverkade överrapporteringen. Bemötandet hos mottagande avdelning var inte alltid positivt och när patienten återkom till avdelningen möttes specialistsjuksköterskorna av negativa åsikter. Om det var en trevlig atmosfär och mottagande sjuksköterska var positiv och vänlig blev överrapporteringen bättre (Bunkenborg, et al., 2017; James et al., 2013; McFetridge et al., 2007). Vidare beskrivs det att engagemanget och ansvaret hos den enskilde individen hade betydelse för hur bra överrapporteringen gick till. Det är specialistsjuksköterskornas ansvar att viktig information förs fram och att en fullständig rapport ges för att säkerställa patientsäkerheten. Personliga egenskaper hade betydelse för hur mycket ansvar som togs, till exempel genom att hjälpa till att stabilisera patienten. Medan det förekom att andra lämnade när rapporten var färdig. Kvaliteten på rapporten berodde till stor del på vem det var som gav rapporten och hur mycket kunskap de hade om patienten (Reine et al., 2018). Även individuella egenskaper och erfarenhetsnivåer var faktorer som hade en inverkan på kvaliteten på rapporteringen. Att vara omtänksam, vaksam och noggrann tenderade att ge en mer exakt och komplett rapport. Brist på förtroende till sin kollega hade en negativ inverkan på överrapporteringen mellan specialistsjuksköterskor (Testa & Emery, 2014).

Teamsammansättningen har betydelse för hur god kvalitet det blir på överrapporteringen. Ett bra teamarbete främjade enhetlighet samt främjade patientens planering. Det var viktigt att

klimatet var öppet, att alla kunde framföra frågor utan att känna rädsla. En god kommunikation och bra teamarbete mellan olika professioner ansågs vara viktigt. Ibland kunde det dock upplevas som att det var svårt att fråga om det var några funderingar. Det ansågs prioriterat av specialistsjuksköterskorna att stötta oerfarna kollegor i teamet så de gjorde en bra rapport. (Lin, et al., 2012; Nagpal et al., 2012; Randmaa et al., 2017; Reine et al., 2018; Redley et al., 2016). Det var av stor vikt vid överrapportering att det fanns tydliga roller i teamen så det tydligt framkom vem det var som hade ansvaret för patienten, då det ibland förekom att flera specialistsjuksköterskor som var involverad i patienten. Detta bidrog till att säkerställa patientsäkerheten vid överrapporteringen så viktig information framfördes till ansvarig specialistsjuksköterska (Redley, 2016).

Det upplevdes inte vara nödvändigt med ytterligare rapportering utan den räckte med den rapport läkaren gav. Fokus låg ofta på att ta hand om patienten och åtgärda det som var kritiskt först, för att sedan ta rapport från den avlämnande sjuksköterskan. Detta kunde uppfattas som stressat och påverkade överrapporteringen. Dock säkerställer det att rapporteringen blir bra (McFetdrige et al., 2007; Reine et al., 2018).

En viss oro uttrycktes när mottagande sjuksköterska verkade oerfaren eller inte var utbildad specialistsjuksköterska. I situationer där mottagande sjuksköterska inte hade tillräckligt med kunskap fick då möjligheten att fråga specialistsjuksköterskorna om råd. Okunskapen framkom då mottagande sjuksköterska ej ställde relevanta frågor (Reine et al., 2018). Vissa specialistsjuksköterskor behövde kontrollera med mottagande sjuksköterska om de kände sig trygga att ta över patienten. Vidare beskrivs det att en känsla av osäkerhet gällande mottagarens kunskap, särskilt om de rapporterade till någon som var ny för dem. När specialistsjuksköterskorna skrev journalanteckningar hade de ofta en mindre erfaren kollega i åtanke, detta för att det skulle bli lätt att förstå innehållet i anteckningen. Ofta anpassades rapporten efter den minst erfarna sjuksköterskan. Det var viktigt att få bekräftelse från mottagaren denne förstätt informationen (Randmaa et al., 2017).

När specialistsjuksköterskorna rapporterade med sina termer och att vården utförts på ”mitt vanliga sätt” innebar det att det litade på att den som mottog rapporten hade tillräckligt med erfarenhet för att veta det innebar (Smith et al., 2008; Bunkenborg, et al., 2017; Reine et al., 2018). Till skillnad ansåg vissa specialistsjuksköterskor att erfarenhetsnivån inte hade någon effekt på rapporten (Testa & Emery, 2014). “I really try to make the handover situation a pleasant experience to the general ward nurses, so that they do not feel that: ”now the snobs from ICU are here.” (Bunkenborg et al, 2017. S.3097).

## **7 DISKUSSION**

I detta stycke diskuteras studies metod, etiska förhållningssätt samt resultat.

## 7.1 Metoddiskussion

Syftet var till en början att undersöka specialistsjuksköterskornas upplevelser av att överrapportera till annan enhet. På grund av att det inte fanns tillräckligt med forskning kring ämnet utvidgades syftet till att även beröra överrapportering mellan specialistsjuksköterskor samt inom samma avdelning.

Artikelsökningarna gjordes i databaserna Cinahl och PubMed då dessa har vetenskapliga artiklar inom vårdvetenskap samt är inriktade mot vårdvetenskap. En av artiklarna söktes fram via sekundär sökning då vald artikel hittades med hjälp av en annan artikel. Artikeln dök upp under "similar articles" i PubMed. Då den ansågs relevant för studien inkluderades den. Sökorden valdes ut för att svara an till syftet. Sökord som använts; nurs\*, intensive care unit, ICU, anestheasia, post-operative, communication, patient safety, qualitative, handover, handoff, experience, critical care och emergency. För att få ett så brett urval som möjligt har synonymer till överrapportering använts så som; handoff och handover. Sökorden anses vara relevanta i förhållande till syftet. Svensk MeSH användes för att få en korrekt översättning av svenska termer till engelska termer. Initialt gjordes en bred sökning med få sökord för att anlägga ett helikopterperspektiv. Därefter smalnades sökningarna av och specifika sökord samt kombinationer av sökord användes för att få relevanta träffar i förhållande till syftet. Flertalet artiklar som redan valts ut dyker upp i flera sökningar med andra sökord.

Under analysen av de kvantitativa artiklarna har två av artiklarna använt sig av Likert-skala som mäter attityder. De två artiklarna har olika graderingar på likert- skalan, en använder en skala 1-5 medan den andra använder en skala 0-7. Vid sammanställning av resultatet har en jämförelse gjorts genom att sammanföra de olika svarsalternativen vilket kan ha påverkat reliabiliteten. Dock görs bedömningen att denna sammanställning gjort resultatet tydligare. Vid sammanställning av samtliga artiklar i resultatet har olika teman framkommit. Att metoden välbeskriven ökar bekräftelsebarheten då hela processen är utförligt beskriven, vilket gör det möjligt för utomstående att följa processen. Ytterligare en styrka är att utomstående personer så som handledare har granskat studien fortlöpande (Mårtensson & Fridlund, 2017). Medvetenhet finns att det är en spridning av årtalen i artiklarna, publicerings år mellan 2007 – 2018. Denna spridning kan påverka överförbarheten. Detta genom att utvecklingen gått framåt och att arbetssätten inom vården hela tiden är under utveckling. Spridningen går ej att undvika då det finns begränsat med forskning inom valt område. Dock bedöms artiklarnas innehåll som relevant för studien samt att de svarar an på syftet. Merparten av studierna är gjorda i länder likvärdiga med Sverige och svensk sjukvård. En mångfald av länder är en styrka då det ger en bredare förståelse för ämnet internationellt, det ökar även överförbarheten då studien kan appliceras på flertalet länder. Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper, situationer samt andra sammanhang (Mårtensson & Fridlund, 2017). Resultatet i denna studie anses kunna överföras till andra situationer än inom intensivvård och anestesivård så som på vårdavdelningar och inom övrig sjukvård.

För att bedöma kvalitén på arbetet används begreppen trovärdighet, bekräftelsebarhet, pålitlighet och överförbarhet som enligt Mårtensson och Fridlund (2017) är begrepp som används för att bekräfta studiens kvalitet. Båda två har sökt fram artiklarna, både gemensamt men även enskilt. Artiklarna har lästs av båda två flertalet gånger samt att texten i

examensarbetet har bearbetats flertalet gånger under arbetets gång samt att artiklarna har kvalitetsgranskats gemensamt. Artiklarna sammanfattades enskilt för att sedan bearbetas gemensamt till ett resultat. Det som var otydligt diskuterades tills tydlighet framkom. Att vara två personer har gett gynnsamma förutsättningar då det har gett möjlighet till reflektion samt djupare förståelse under arbetets gång. Det har även ökat noggrannheten och bidragit till att tveksamheter och andra ideér har lyfts. Detta genom att varje fundering som uppstått har kunnat diskuteras ingående. Förförståelsen har tagits i beaktning genom att artiklarna har lästs med öppna ögon och att det ej valts bort information på grund av tidigare erfarenheter. Detta styrker pålitligheten i studien. Mårtensson & Fridlund (2017) menar att pålitligheten påvisas genom reflektion över förförståelsen samt tidigare erfarenheter.

Samtliga artiklar som använts i examensarbetet är på engelska. Även om kunskaperna i engelska är goda har översättningsverktyg använts för att få så korrekta översättningar av text och syfte som möjligt. Det föreligger dock en väldigt liten risk att vissa svåra ord ej översatts korrekt vilken skulle kunna påverka pålitligheten i arbetet.

Metoden som valts att användas är en litteraturöversikt enligt Friberg (2012). Detta på grund av att det ej fanns tillräckligt med enbart kvalitativa artiklar samt att metoden var lämplig i förhållande till syftet då det var önskvärt att kartlägga aktuell kunskap. Detta ökar trovärdigheten då vald metod samt att den insamlade data svarar an på syftet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Metoden som valdes var mest lämplig för att besvara syftet då syftet var att beskriva specialistsjuksköterskornas erfarenheter av överrapportering.

Litteraturöversikt innebär att redan bearbetat material har sammanställts till ett nytt resultat efter att det analyserats. Analysen av likheter och skillnader jämfördes syfte, metod och resultat i artiklarna. Enligt Friberg (2012) är det inte optimalt att fokusera på för många delar då det ej ger en grundlig analys. Samt att tidsramen ej var tillräcklig för att analysera flera områden. Metoden tillåter en användning av både kvantitativa samt kvalitativa artiklar, vilket är positivt då det ger en bredare överblick över valt område.

Antal kvantitativa artiklar som används uppgick till sju stycken, kvalitativa artiklar uppgick till nio stycken och artiklar med mixad metod uppgick till 5 stycken. Medvetenhet finns om att det är ett ojämnt antal kvalitativa och kvantitativa artiklar men på grund av att det finns begränsat med forskning inom valt område accepteras den ojämna fördelningen. Även mixade har inkluderats i resultatet, både den kvalitativa delen och den kvantitativa delen av artiklarna har använts. Även artiklar som inte hade överrapportering med i rubriken eller syftet valdes att inkluderas för att de svarade an till syftet samt gav ytterligare djup i examensarbetet, detta genom att hela artiklarna lästes igenom.

Kvalitetsgranskning genomfördes på samtliga artiklar för att utesluta artiklar som hade brister. Frågemallen som användes för kvalitetsgranskningen var inspirerad av Friberg (2012). De artiklar som ej hade en etisk övervägning eller ett etiskt godkännande valdes per automatik bort. Resterande artiklar som granskades var av hög kvalitet.

Vid val av metod diskuterades att göra en empirisk studie eller en kvalitativ litteraturstudie. Dock valdes dem alternativen bort. Empirisk studie valdes bort på grund av att tidsramen ansågs vara för snäv. På grund av att flertalet av kursdeltagarna valde att genomföra empiriska studier skulle det innebära att det skulle bli svårt att hitta tillräckligt med antal informanter. Kvalitativ litteraturstudie valdes bort för att det inte fanns tillräckligt med

kvalitativt material. Enligt Hølem & Solvang (1997) är fördelen med kvalitativ metod att det då går att undersöka ett fenomen och gå på djupet i problemet.

En nackdel med att göra en litteraturöversikt är att det kan innebära en begränsning av relevant forskning som inkluderas och att det föreligger risk för ett selektivt urval (Friberg, 2012). Detta undveks genom att artiklarna valdes ut oavsett om resultatet var negativt eller positivt samt att förförståelsen har uppmärksamats och tagits i beaktning. Att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar har ansetts ge en fördel till examensarbetet. Även om det i början av analysen fanns tendenser att det skulle bli en skev fördelning av antalet kvantitativa och kvalitativa artiklar så blev fördelningen bättre än väntat under tidens gång.

## **7.2 Etikdiskussion**

Artiklarna har översatts från engelska till svenska med hjälp av översättningsverktyg, medvetenhet finns om att det kan ha uppstått feltolkningar. Det valdes att inte översätta citaten från engelska till svenska för att minska risken för feltolkningar samt för att validiteten skulle behållas. Genom att bearbeta texterna med ärlighet och öppenhet minimerades risken för feltolkningar. Förförståelsen har beaktats genom att artiklarna valts för att svara an till syftet oavsett om det påvisats negativa eller positiva resultat. Även om förförståelse innebar att vi trodde att mest negativa resultat skulle framkomma samt att det skulle påvisas brister i överrapporteringen. Samtliga artiklar har genomgått ”peer reviewed” för att säkerställa kvalitén på artikeln samt att samtliga artiklar är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Nyttan i studien är att det har bidragit till ökad kunskap inom området dock föreligger det en risk på grund av att det ej har framkommit någon ny forskning inom området utan endast en bekräftelse på redan befintlig forskning.

## **7.3 Resultatdiskussion**

I resultatdiskussionen diskuteras väsentliga delar ur resultatet så som jämförelse av syfte och metod samt resultatet som framkom.

### ***7.3.1 Diskussion av jämförelse av artiklarnas syften och metoder***

Att både kvalitativa och kvantitativa artiklar har använts ses som en styrka, då de kvalitativa artiklarnas citat samt resultat kunde styrkas i de kvantitativa artiklarna. Funderingar varför majoriteten av den forskning som bedrivs inom anesthesi- och intensivvård är kvantitativ uppkom under analysen.

Samtliga kvalitativa artiklars syften berör överrapportering, dock ska påpekas att tre av artiklarna skiljde sig från de övriga då de även behandlade faktorer som påverkar vid överrapportering. Det som även framkom vid jämförelsen av artiklarnas syften var att en av artiklarna undersökte vilka brister som fanns gällande kommunikation och informationsöverföring. Sex av de kvantitativa artiklarnas syften berör överlämningsprocessen. I fyra utav dessa sex berörs även implementering av ett



standardiserat rapporteringsverktyg. De likheter som ses i de övriga artiklarna är att de syftar till att undersöka faktorer som påverkar överrapporteringen. Mixad metod används i fyra artiklar, det innebär att de använt både kvantitativ och kvalitativ metod. Där framkom det att syftet i två av artiklarna var att undersöka om patienten säkerheten förbättras vid överrapportering mellan olika professioner genom att använda ett standardiserat verktyg. Det uppkom skillnader i två artiklarna som dels hade som syfte att undersöka hinder och faktorer samt undersöka överlämningsprocessen.

Av de kvalitativa artiklarna har flertalet använt sig av semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor. Fokusgrupper användes i fyra av artiklarna. Analysmetoden av kvalitativa data skiljde sig åt mellan de kvalitativa artiklarna. Det sågs många likheter i de kvantitativa artiklarnas metoder då två stycken använde likert-skala samt flertalet använde chi<sup>2</sup>-test och t-test. Samtliga artiklar använde någon form av statistiskt dataprogram för att analysera datan, det som användes mest frekvent var SPSS. De artiklar som använde sig av mixad metod var deskriptiv statistik vanligast för att redovisa kvantitativdata. För att samla in data var observationer den mest förekommande metoden. Viktigt att poängtera är att ingen av de inkluderade artiklarna använde sig av en teoretisk utgångspunkt.

### **7.3.2 Kommunikation och innehåll**

Det framkom i resultatet att överrapportering som är tydlig, strukturerad och konsekvent är en bra rapportering. Vidare påtalades det att informationen som överrapporterades skulle vara aktuell och av vikt samt fokuserade på omvårdnaden hos patienten. I tidigare forskning fram kom det att allmänsjuksköterskan ansåg att en tydlig kommunikation och ett gott samarbete bidrog till en bra överrapportering. Om kommunikationen brister, oavsett om det är hos specialistsjuksköterskor eller hos allmänsjuksköterskor kommer det att påverka överrapporteringen och patientens vård kommer att bli lidande. En bra kommunikation förbättrat patientsäkerheten (Cornell et al., 2014; Martin & Cieurzynski, 2015; O'Rourke et al., 2018; Streeter & Harrington; 2017). I resultatet var att mindre än 50% av överrapporteringarna innehöll information om allergier, ordinerad smärtlindring, hur hudkostymen såg ut, infektioner samt ordinationer för fortsatt vård, detta avvek från övriga resultatet. Lind & Sahlqvist (2012) menar att vårdskador uppkommer på grund av kommunikationsbrister. Vidare menar Öhrn (2015) att specialistsjuksköterskorna har en betydande roll i patientsäkerhetsarbetet och ett ansvar att bedriva säkervård genom evidensbaserad kunskap.

När överrapporteringen sker bedside gav det en bättre överblick på patienten och dennes status. Dock upplevdes det, enligt tidigare forskning, positivt att patienten var delaktig i rapporteringen samt att det skapade trygghet för patienten (Bruton et al., 2016; Jeffs et al., 2013). Patienterna upplevde sig mera involverade och hade möjlighet att ställa frågor när rapporteringen skedde bedside (Whitty et al., 2017). I § 1, kap. 6, i SFS 2010:259 ska vården utformas så långt det går i samråd med patienten. Resultatet visar att specialistsjuksköterskor kände oro om de upplevde att mottagande sjuksköterska inte var tillräckligt erfaren eller hade tillräckligt med kunskaper. Bristen på kunskap utgjorde en potentiell riska för patientens fortsatta vård. Enligt Lindh & Sahlqvist (2012) och Öhrn

(2015) är det betydande att försäkra sig om att mottagaren av informationen har förstått innebörden och genom det kan missförstånd undvikas. Resultatet påvisar vidare att om överrapporteringen skedde mellan två oerfarna specialistsjuksköterskor fanns det en risk att viktig information missas, detta på grund av att de avrapporterande specialistsjuksköterskorna inte var tillräckligt insatt i rutinerna. Även individuella egenskaper påverkade överrapportering. Positiva egenskaper som påverkade överrapporteringen var noggrannhet, vaksamhet samt en trevlig atmosfär. Carroll et al, (2012) påtalar att om sjuksköterskorna ej befann sig på samma nivå kunde konflikter uppstå vilket bidrog till att viktig information ej framkom. Vidare beskriver resultatet att rapporteringen var beroende av engagemang och ansvar hos specialistsjuksköterskorna som rapporterade. I vissa fall förekom det att specialistsjuksköterskorna endast gav rapporten och sedan avvek från mottagande sjuksköterska och patienten, detta bidrog till negativitet. Enligt Öhrn (2015) kan vårdskada uppkomma på grund av glömska eller ouppmärksamhet, eller att det brister i rutiner.

I resultatet framkom det att tydliga roller i teamen var viktiga, det blev då lätt att utträna vem som hade ansvar för patienten. Tydligheten var viktig för att flera specialistsjuksköterskor kunde vara involverade i patienten. Tydligheten i teamet bidrog även till att kvaliteten säkrades genom att viktig information framfördes till ansvarig specialistsjuksköterska. Resultatet påvisar att ett öppet klimat mellan kollegor är av vikt för att våga fråga samt att stöttning av mindre erfarna teammedlemmar gynnade överrapporteringen. Tidigare forskning beskriver Crew resource management (CRM), vilket är ett rapporteringsverktyg som används i komplexa högriskvårdsmiljöer. CRM inom vården har påvisats öka patientsäkerheten samt att komplikationer minskar. Viktig inom CRM är att det finns ett tydligt ledarskap samt att fokus är på teamet och inte den enskilda sjuksköterskan. CRM ska bidra till ett öppet och tillåtande klimat där alla känner sig välkomna att ställa frågor och påtala när det inte känns bra (vårdhandboken, 2018).

### **7.3.3 Strukturer och verktyg**

Av resultatet framkom det att ett strukturerat överrapporteringsverktyg skulle underlätta och se till att ingen viktig information missades. Ett strukturerat överrapporteringsverktyg så som SBAR gav en bra struktur i rapporten enligt specialistsjuksköterskorna. Även att informationen finns skriftligt underlättade rapporteringen. Det underlättade även för mindre erfarna kollegor om ett strukturerat rapporteringsverktyg användes, då specialistsjuksköterskorna kunde anpassa informationen efter den kunskapsnivå som den mottagande sjuksköterskan hade. Vidare påtalas det i resultatet att en bristande överrapportering där specialistsjuksköterskorna blev störd eller där kommunikationen brast påverkade vårdförloppet och kunde leda till döden. Enligt tidigare forskning framkom det att ett standardiserat rapporteringsverktyg skulle underlätta för allmänsjuksköterskan och det skulle reducera risken för missar samt främja patientsäkerheten. Det underlättade även kontakten med andra professioner. (Cornell et al., 2014, DeMeester et al., 2012). Lind & Sahlqvist (2012); Öhrn (2015) menar att ett strukturerat rapporteringsverktyg ökar patientsäkerheten och att det ger möjlighet att försäkra sig om att den information som getts förstås av mottagaren. Genom ett strukturerat rapporteringsverktyg kan missförstånd undvikas. Vidare menar Lind & Sahlqvist (2012) och Öhrn (2015) att risker vid

informationsöverföring är att mottagaren ej förstår innebörden av informationen. Resultatet påvisar att 92,2% ansåg att ett strukturerat rapporteringsverktyg vore behjälpligt vid överrapportering. Genom att använda ett strukturerat rapporteringsverktyg kan ofullständig informationsöverföring förebyggas. SBAR är ett strukturerat och vanligt förekommande rapporteringsverktyg som är uppbyggt för att ge en tydlig struktur, att viktig information inte missas samt att undvika onödigt information (Sveriges kommuner & landsting, 2018). Resultatet påvisar att det oftast inte användes ett strukturerat rapporteringsverktyg och att rapporteringen då oftast saknade en röd tråd samt struktur. Vidare framkom det att den mottagande sjuksköterskan hade liten förståelse för specialistsjuksköterskornas arbetsuppgifter och vilken information som ansågs vara av vikt. Det sågs även en signifikant minskning, från (m) 8 till (m) 2,8, av antalet fel i informationsöverföringen och rapporterna. I resultatet framkom det att även, trots om miljön var stökig eller att det var mycket ljud på salen, var det lättare att höra och ta del av innehållet i rapporten om ett strukturerat rapporteringsverktyg användes. Detta innebär att före implementering hördes 68,6% av rapporten medan efter implementering hördes 87,5% av rapporten. Enligt Haney et al. (2016) krävs en korrekt rapportering för att ett säkert patientomhändertagande ska ske. Flertalet av de misstag som görs inom vården beror på kommunikationsproblem och brister i rapporteringen. Om den finns en struktur kan den mottagande sjuksköterskan veta vad som förväntas av rapporten samt om den som rapporterar har missat något (Haney et al., 2016).

#### **7.3.4 Tidsaspekten och organisatorisk påverkan**

Tidsåtgången är återkommande i både resultat och tidigare forskning. Överrapporteringen fick ej ta för långtid men fick heller inte vara för snabb. När överrapporteringen var för kort eller för snabb påverkade det informationsinnehållet negativt. Både specialistsjuksköterskorna och allmänsjuksköterskorna påtalade att tidsbristen var en bidragande faktor till att överrapporteringen påverkades, att inte ha tillräckligt med tid för att ge en bra rapport påverkade patientsäkerheten (Street et al., 2011; David et al., 2017). Även patientsäkerhetslagen, §4, kap. 6, i SFS:2010:659 menar att all hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att patientsäkerheten upprätthålls samt rapportera risker för vårdskador.

När rapporterna hade rätt fokus minskade tidsåtgången vilket bidrog till att sjuksköterskorna fick mera tid att vårda patienten samt att det ökade sjuksköterskornas fokus (Cornell et al., 2014; David et al., 2017; Maxson et al., 2012; Meester et al., 2012). I resultatet framkom det att överrapporteringar som skedde jourtid var mer drabbade av tidspresen på grund av att det fanns mindre personal tillgängligt. Det framkom vidare att en bra överrapportering minskade tidsåtgången då sökande efter information som ej framgick av rapporten ej behövdes.

Resultatet visar att stress samt personalbrist bidrog till att överrapporteringen brast. Då fokus låg på att ta hand om den kritiskt sjuka patienten först och sedan fokusera på överrapporteringen kunde en viss stress uppkomma. Detta kunde, enligt resultatet, innebära att mottagande sjuksköterska ej hunnit läsa på patienten innan ankomst eller att rapporten som gavs ej var fullständig för att tiden inte räckte till. Det som även påverkade tidsåtgången var patientens tillstånd samt hur komplex patientens situation var. Vidare visar resultatet att

72% av specialistsjuksköterskorna ansåg att det ibland eller ofta missades att rapportera kritisk information. Tidigare forskning påtalar att arbetsbelastningen för sjuksköterskorna ökade när rapporteringen ej var saklig eller adekvat. Samt att inte ha rätt information från början skapade stress och den ökade stressen bidrog till att patientsäkerheten försämrades (Bruton et al., 2016; Ernst et al., 2017).

#### **7.4 Slutsats och Klinisk tillämpning**

Det framkom i studien att användandet av strukturerade rapporteringsverktyg, så som SBAR, förbättrade strukturen på kommunikationen samt innehållet i rapporteringen. En bra rapport var strukturerad, effektiv och innehöll endast väsentlig information. Tidsbristen var en betydande faktor. När tiden inte räckte till påverkades rapporten negativt samt att patientsäkerheten blev lidande. Organisatoriska faktorer så som personalbrist och arbetsbelastning påvisades påverka överrapporteringen negativt. Både tidsbristen samt organisatoriska faktorer påverkar patientsäkerheten och kontinuiteten i vården. Det är viktigt att poängtera att det är specialistsjuksköterskornas eget ansvar att se till att väsentlig information framkommer samt att mottagaren förstått informationen som getts. Oavsett om man är specialistsjuksköterska eller allmänsjuksköterska är erfarenhetsnivån olika och detta bör tas i beaktning vid rapportering.

En ökad förståelse för att använda ett strukturerat rapporteringsverktyg bidrar positivt till patientsäkerheten.

#### **7.5 Förslag till fortsatt forskning**

Då det inte finns speciellt mycket kvalitativ forskning på ämnet vore det önskvärt att vidare forskning som bedrivs är kvalitativ. Intressant vore om vidare forskning även behandlar hur relationen mellan patientsäkerhet och kommunikationsbrister ser ut. Hur påverkas patientsäkerheten till följd av kommunikationsmissar. Detta skulle kunna undersökas genom kvantitativa studier som undersöker samband mellan kommunikation och patientsäkerhet. Fortsatt forskning skulle bidra till fortsatt förbättring av patientsäkerheten.

## REFERENSLISTA

- Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*. 25(7), 386-393. doi: 10.12968/bjon.2016.25.7.386
- Bunkenborg, G., Hansen, B-T., & Holge- Hazelton. (2017). Handing over the patients from the ICU to the general ward: A focused ethnographical study of nurses' communication. *Journal of Advanced Nursing*. 2017, (73), 3090-3101. doi: 10.1111/jan.13377
- Carroll, J., Williams, M., & Gallivan, T. (2012). The ins and outs of change of shift handoffs between nurses: a communication challenge. *BMJ Quality & Safety* 21(5), 586-593. doi:10.1136/bmjqs-2011-000614
- Chapman, Y., Schweickert, P., Swango-Wilson, A., Aboul-Enein, F., & Heyman, A. (2016). Nurse Satisfaction with Information Technology Enhanced Bedside Handoff. *Medsburg Nursing*. 25(5). Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3c6e31aa-4427-4389-9128-77861aa8a2cd%40sessionmgr103>
- CODEX. (2018). *Regler och Riktlinjer för forskning*. Hämtad 2018-11-30 från <http://www.codex.vr.se/index.shtml>
- Collins, A. S., Mamykina, L., Jordan, Stein, M. D., Shine, A., Reyfman, P., & Kaufman, D. (2011). In search of common ground in handoff documentation in an Intensive Care Unit. *Journal of Biomedical Informatics*. 45 (2012), 307-315. doi: 10.1016/j.jbi.2011.11.007
- Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L., & Vardaman., J. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Medsburg Nursing*. 23 (5). Hämtad från cinahl 28 November 2018 <http://web.b.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=9f52d7bd-6c9e-4645-8af8-7b14b160fe82%40sessionmgr101>
- David., A., Holroyd, E., Jackson, M., & Cleary, S. (2017). 'Being in the know': Nurses' perspectives on the role of 'end-of-shift' verbal handover. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2017(15), 69-78. doi:10.1097/XEB.000000000000102.
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., & Van Bogaert.,P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Elsevier*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.16>
- Ernst, K., McComb, S., & Ley, C. (2017). Nurse-to-nurse shift handoffs on medical-surgical units: A process within the flow of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27: e1189-e1201. doi: 10.1111/jocn.14254.

- Farhan, F., Brown, R., Woloshynowych., & Vincent, C. (2012). The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emerg Med J.* 2012;29, 941–946. doi:10.1136/emered-2011-200199.
- Fribergh, F. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Ganz, D. F., Endacott, R., Chaboyer, W., Benbinishty, J., Nun. B. M., Ryan, H., Schoter, A., Boulanger, C., Chamberlain, W., & Spooner, A. (2014). The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study. *International Journal of nursing Studies.* 52 (2015), 49-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.009>
- Graan, M. S., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2015). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care.* 29 (2016), 165-171. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2015.09.002>
- Haney, M., Eriksson, I. E., & Jonsson Fagerlund, M. (2016). Övervakning. I. S. Lindahl., O. Winsö., & J. Åkesson (red). *Anestesi* (s. 139-163). Stockholm: Liber AB
- Holme, I., & Krohn Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hoskote, S. Sumedh., Africano, R. J. C., Braun, B. A., O' Horo, C. J., Berrios, S. A. R., Loftsgard, O. T., Bryant, M. K., Iyer, N. V., & Smischney, J. N. (2017). Improving the quality of handoff In patient care between critical care providers in the intensive care unit. *American Journal of Medical Quality.*, 32, (4), 376-383. doi: 10.1177/1062860616654758
- James, S., Quirke, S., & McBride-Henry, K. (2013). Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nursing in Critical Care.* 18 (6), 297-306. doi: 10.1111/nicc.12001
- Jeffs, L., Acott, A., Simpsons, E., Campbell, H., Irwin, T., Lo, J., Beswick, S., & Cardoso, R. (2013). The value of bedside shift reporting: Enhancing nurse surveillance accountability and patient safety. *Journal of nursing care quality.* 28(3), 226-232. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3182852f46.
- Kear, T.M., Bhattacharya, A., & Walsh, M. (2016). Patient handoffs in nephrology nurse practice settings: A safety study. *Nephrology Nursing Journal*, 43(5), 379-386, 400. Hämtad från Cinahl 19 september 2018 <http://web.b.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=0a4b60e4-52bf-49ea-9d78-2c561cod55db%40pdc-v-sessmgro3>
- Krimminger, D., Sona, C., Thomas-Horton, E., & Schallom, M. (2018). A Multidisciplinary QI Initiative to improve OR-ICU handovers. *American journal of nursing.* 118, (2), 48-59. . doi: 10.1097/01.NAJ.0000530248.45711.60

- Lillibridge, N., Botti, M., Wood, B., & Redley, B. (2017). An observational study of patient care outcomes sensitive to handover quality in the Post-Anaesthetic care unit. *Journal of clinical nursing*. 2017 (26), 4786-4794. doi: 10.1111/jocn.13833
- Lin, F., Chaboyer, W., Wallis, M., & Miller, A. (2012). Factors contributing to the process of intensive care patient discharge: An ethnographic study informed by activity theory. *International Journal of Nursing Studies*. 50 (2013), 1054-1066. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.024>
- Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2013). *Säker vård – att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Lund: Natur & Kultur.
- Lu, S., Kerr, D., & McKinlay, L. (2013). Bedside nursing handover: Patients' opinions. *International Journal of Nursing Practice*. 2014; 20, 451-459. doi: 10.1111/ijn.12158
- Lupieri, G., Creatti, C., & Palese, A. (2015). Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016(35), 28-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.001>.
- Marshall, P. A., Tobiano, G., Murphy, N., Comadira, G., Willis, N., Gardiner, T., Hervey, L., Simpson, W., & Gillespie, M. B. (2018). Handover from the operating theatre to the intensive care unit: A quality improvement study. *Australian Critical Care*. (2018) 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.03.009>
- Martin, A. H., & Czurzynski, M. S. (2015). Situation, Background, Assessment, and recommendation- Guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 41(6), 484-488. doi: 10.1016/j.jen.2015.05.017
- Maxson, P., Derby, K., Wroblewski, D., & Foss, D. (2012). Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *Medsburg Nursing*. Hämtad från cinahl 19 november. <http://web.a.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=328483a0-9718-48d4-8b9d-d68837881e3b%40sessionmgr4006>
- McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in critical care*, 12(6), 261-269. Cinahl den 2 april 2019 från <http://web.b.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/detail/detail?vid=10&sid=0a4b60e4-52bf-49ea-9d78-2c561cod55db%40pdc-v-sessionmgr3&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=105936723&db=jlh>
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., & Fetherston, C. (2009). Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 2580-2589. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03033.x
- Mukhopadhyay, A., Leong, S.H. B., Lua, A., Aroos, R., Wong, J. J., Koh, N., Goh, N., See, C. K., Phua, J., & Kowitlawakul, Y. (2014). Differences in the handover process and

- perception between nurses and residents in critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 24, 778-785. doi:10.1111/jocn.12707
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examenarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad*. (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, W. H., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Quality & Safety*. 2012 (21), 843-849. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000886
- Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., Vincent, C., & Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: a prospective observational study. *The American Journal of Surgery*. 206 (4), 494-501. <http://dx.doi/10.1016/j.amjsurg.2013.03.005>
- O'Rourke, J., Abraham, J., Riesenber, L., Matson, J., & Dunn Lopez., K. (2018). A Delphi study to identify the core components of nurse to nurse handoff. *Journal of Advanced Nursing*, 2018(74), 1659-1671. doi: 10.1111/jan.13565.
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, L.C., Engström, M. (2015). An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 30 (2), 105-115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.012>
- Randmaa, M., Engström, M., Swenne, L. C., & Mårtensson, G. (2017). The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses. *BMJ Open*. 2017 (7), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015038
- Redley, B., Bucknall, K. T., Evans, S., & Botti, M. (2016). Inter-professional clinical handover in post-anaesthetic care units: tools to improve quality and safety. *International Journal for Health Care*, 28 (5), 573-579. doi: 10.1093/intqhc/mzw073
- Reine, E., Rustoen, T., Raeder, J., & Aase, K. (2018). Postoperative patient handovers-variability in perceptions of qualitative focus group study. *Journal of clinical nursing*. 2019 (28), 663-676. doi 10.1111/jocn.14662
- SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. StudentlitteraturAB
- Smith, F. A., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *British journal of anaesthesia*. 101 (3), 332-337. doi:10.1093/bja/aen168
- Socialstyrelsen, (2018). *Om patientsäkerhet*. Stockholm.



- Streeter, R. A., & Harrington, G. N. (2017). Nurse handoff communication. *Seminars in Oncology Nursing*. 33(5), 536-543. <https://doi.org/10.1016/j.somen.2017.10.002>
- Street, M., Eustace, P., Livingston, P., Craike., M, Kent, B., & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*. 2011; 17, 133-140. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01918.x.
- Sveriges Kommuner & Landsting, (2018). *SBAR – Kommunera strukturerat i vården*. Hämtad 27 november 2018 från <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarstruktureradkommunikation.748.html>
- Testa, D. & Emery, S. (2014). Understanding the perceptions and experiences of certified registered nurse anaesthetists regarding handovers: a focus group study. *Nursing open*. 32-41. doi:10.1002/nop2.9.
- Tobiano, G., Whitty, J., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implications for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 14(5), 343-349. doi: 10.1111/wvn.12241
- Van Sluisveld, N., Oerlemans, A., Wester, G., van der Hoeven, G. J., Woolersheim, H., & Zegers, M. (2017). Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 17 (251), 1-12. doi: 10.1186/s12913-017-2139-x
- Whitty, A. J., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2017). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*. 20: 742-750. doi: 10.1111/hex.12513
- Vårdhandboken. (2018). *Crew resource management – CRM*. Hämtad från vårdhandbokens hemsida 15 december 2018. [www.vardhandboken.se](http://www.vardhandboken.se)
- Öhrn, A. (2013). Säker vård. I Edberg, A., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 181-211). Lund: Studentlitteratur.

## BILAGA A; SÖKMATRIS

Databas	Sökord	träffar	Urval	Art.Nr	Titel	Författare	Tidskrift
CINAHL Plus	Nurs* and ICU and handoff or handover and ward	45	4	1	Factors contributing to the process of intensive care patient discharge: a ethnographic study informed by activity theory	Lin, F., Chaboyer, W., Wallis, M., & Miller, A.	International Journal of Nursing studies.
				2	Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study.	Van Sluisveld, N., Oerlemans, A., Westert, G., Van der Hoeven, J., Wollersheim, H., & Zegers, M.	BMC Health Service Research.
				3	Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks.	Graan, S., Botti, M., Wood, B., & Redley, B.	Australian Critical Care.
				4	Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care.	James, S., Quirke, S., & McBride-Henry, K.	Nursing in Critical Care.

	Nurs* and ICU and patient safety and communication	26	1	5	Handing over patients from the ICU to the general ward: A Focused ethnographical study of nurses' communication practice.	Bunkenborg, G., Bitsch Hansen, T., & Hoelge-Halzelton, B.	Journal of A
	Nurs* and ICU and handoff or handover and critical care and qualitative	22	1	6	The Quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study.	DeKeyser Ganz, F., Endacott, R., Chaboyer, W., Benbinishty, J., Ben Nun, M., Ryan, H., Schoter, A., Boulanger, C., Chamberlain, W., & Spooner, A.	International Journal of Nursing Studies
	Nurs* and intensive care unit and handoff and critical care	18	2	7	Improving the Quality of Handoffs in Patient Care Between Critical Care Providers in the Intensive Care Unit.	Hoskote, S., Racedo Africano, C., Braun, A., O'Horo, J., Sevilla Berrios, R., Loftsgard, T., Bryant, K., Lyer, V., & Smischney, N.	American Journal of Medical Quality.
				8	In search of common ground in handoff documentation in an	Collins, A., Mamykina, L., Jordan, D., Stein,	Journal of biomedical Informatics.

					Intensive Care unit.	D., Shine, A., Reyfman, P., & Kaufman, D.	
	Nurs* and ICU and handover and OR	31	1	9	A Multidisciplinary Qi Initiative to Improve OR- ICU Handovers.	Krimminger, D., Sona, C., Thomas- Horton, E., & Schallom, M.	American Journal of Nursing.
	Nurs* and handover and critical care and perception	12	1	10	Differences in the handover process and perception between nurses and residents in critical care setting.	Mukhopadhyay, A., Leong, B., Lua, A., Aroos, R., Wong, J., Koh, N., Goh, N., Choong See, K., Phua, J., & Kowitalawakul, Y.	Journal of Clinical Nursing.
	Nurs* and ICU and handover or handoff and emergency and qualitative	26	1	11	An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit	McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., & Melby, V.	Nursing in Critical Care.
Pubmed	Postoperative and interprofessionals and anaesthesia handovers	3	2	12	Postoperative patient handovers- Variability in perceptions of quality: A qualitative focus group	Reine, E., Rustoen, T., Raeder, J., & Aase, K	Journal of Clinical Nursing

					study		
				13	An Observational Study of Postoperative Handover in Anesthetic Clinics; The Content of Verbal Information and Factors Influencing Receiver Memory	Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, CL., & Engström, M.	Journal of perianesthesia nursing
PubMed	Anaesthesia and handoff and patient safety	8	2	14	Understanding the perceptions and experiences of Certified Registered Nurse Anaesthetist regarding handovers: a focus group study	Testa, D., & Emery, S.	Nursing open
				15	The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses	Randmaa, M., Engström, M., Swenne, CL., & Mårtensson, G.	BMJ Open
Cinahl Plus	Interprofessionals and handover and patient	29	3	16	Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational	Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D.,	British journal of anaesthesia

	safety				study of handovers in the recovery room	&Mort,	
				17	An observational study of patient care outcomes sensitive to handover quality in the post-anaesthetic care unit	Lillibridge, N., Botti, M., Wood, B., & Redley, B.	Journal of clinical nursing
				18	Inter-professional clinical handover in post anaesthetic care units: tools to improve quality and safety	Redley, B., Bucknall, K. T., Evans, S., & Botti, M.	International journal for quality in health care
PubMed	Interprofessional and handover and patient safety	13	1	19	Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study	Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, W. H., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K.	BMJ Qual Saf
CinahlPlus	Nurse* and handover and anaesthesia and postoperative	20	1	20	Improving postoperative handover: a prospective observational study	Nagpal, K., Abboudi, M., Manchandi, C., Vats, A., Sevdalis, N., & Moorthy K	The American journal of surgery
PubMed	Manuell sökning			21	Handover from operating	Marshall, A.,	Australian Critical Care.

					theatre to the intensive care unit: A Quality improvement study	Tobiano, G., Murphy, N., Comadira, G., Willis, N., Gardiner, T., Hervey, L., Simpson, W., & Gillespie, B.	
--	--	--	--	--	---	---	--

## BILAGA B; GRANSKNINGSMALL

### Kvalitativa frågor:

- Finns det ett tydligt problem formulerat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
- Finns vårdvetenskaplig teoribildning?
- Syftet – är det tydligt formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur analyserades data?
- Argumenteras det i artikeln?
- Finns det etiska resonemang?
- Finns det metoddiskussion?
- Finns det en återkoppling till teoretisk utgångspunkt?

### Kvantitativa frågor:

- Finns det ett tydligt problem formulerat?
- Finns det teoretiska utgångspunkter beskrivna?
- Finns vårdvetenskaplig teoribildning?
- Är syftet tydligt formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur gjordes urvalet?
- Vilka statistiska metoder användes, var de adekvata?
- Argumenteras det i artikeln?
- Finns etiska resonemang?
- Finns det återkoppling till teoretisk utgångspunkt?



## BILAGA C; ARTIKELMATRIS

Tidskrift/Årtal	Titel/Författare	Syfte	Metod/Land	Resultat	Kvalité
Nursing in Critical Care/ 2013	Staff percption of patient discharge from ICU to ward-based care/James, S., Quirke, S., & McBride-Henry, K.	Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av utskrivningsprocessen från IVA till avdelningsmiljö.	Fråge-formulär med Deskriptiv syntes där totalt 92 personer svarade på frågorna. Studien bedrevs på ett sjukhus i Nya Zealand.	Av 45 IVA-sjuksköterskor och 47 avdelningssjuksköterskor svarade 48%. Både skriftlig och muntlig information behövs men är beroende av hur och när rapporteringen sker.	Hög kvalité.
Australian Critical Care/2015	Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks/Graan, S., Botti, M., Wood, B., & Redley, B.	Att anpassa och utvärdera evidensbaserade verktyg vid standardiserade kliniska rapporteringar mellan sjuksköterskor vid överflytt av hjärtkirurgiskpatient mellan IVA och hjärtavdelning.	En mixad metod i tre-steg med observationer och fokusgrupper. Studien bedrevs i Australien.	Påvisade att säkerheten vid rapportering mellan avdelning och IVA ej var tillräcklig. När ett evidensbaserat verktyg användes vid rapportering blev säkerheten bättre och avdelningen var mer förberedda på att ta emot patienten samt att den informations som rapporterades var väsentlig.	Hög kvalité
Nursing in Critical Care/2007	An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit/McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D.,	Att undersöka kommunikationen mellan sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningen och IVA under transport av kritiskt sjuka patienten från akutmottagningen till IVA.	Multi-metod med dokumentations genomgång, semi-strukturerade intervjuer och fokusgrupper. 12 sjuksköterskors intervjuades. Studien bedrevs på Nord Irland.	Det framkom att det ej fanns struktur vid rapportering och det var svårt att urskilja när rapporteringen faktiskt började. Sjuksköterskorna ansåg att det är viktigt att kommunicera i klartext. Ett strukturerat verktyg skulle vara av nytta vid rapportering.	Hög kvalité.

	& Melby, V.				
Journal of Biomedical Informatics/2011	In search of common ground in handoff documentation in an Intensive Care Unit/Collins, S., Mamykina, L., Desmond, J., Stein, D., Shine, A., Reyfman, P., & Kaufman, D.	Syftet är att förstå strukturen, funktionaliteten och innehållet när sjuksköterskor och läkare rapporterar prover.	Multi-disciplinär metod. Observationer gjordes under 5 dagar samt att ett ramverktyg för rapportering som var semantiskt kodat analyserades. Studien bedrevs i USA, på ett medelstort sjukhus.	Det framkom att en semi strukturerat rapporterings verktyg som är patientcentrerat bidrog till att effektivt stödja en bra rapportering och öka patientsäkerheten.	Hög kvalitet
International Journal of Nursing Studies/2014	The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study/DeKeyser-Ganz, F., Endacott, R., Chaboyer, W., Benbinishty, J., Ben Nun, M., Ryan, H., Schoter, A., Boulanger, C., Chamberlain, W., & Spooner, A.	Att beskriva kvalitén när IVA-sjuksköterskor rapporterar över i samband med vård i livets slutskede	Deskriptiv jämförande studie. 157 rapporteringar observerades sammanlagt. Studien bedrevs i Australien, Israel och Storbritannien på totalt sju Intensivvårds avdelningar.	Det behövs en förbättring av rapportering vid vård i livets slutskede. Det som framkom att kulturen på arbetsplatsen och hur bra verktyg som användes hade en inverkan på hur bra rapporten blev.	Hög kvalitet.
American Journal of Medical	Improving the Quality of Handoffs in Patient Care Between Critical Care	Målet med studien var att förbättra processen vid rapportering genom att ta	Enkäter och observationer. 57 av 106 personers svarade på enkäten. Studien bedrevs i	Det framkom att rapporterna blev mera tillförlitliga även om viktig	Hög kvalitet

Quality/2017	Providers in the Intensive Care Unit/Hoskote, S., Racedo Africano, C., Braun, A., O'Horo, J., Sevilla Berrios, R., Loftsgard, T., Bryant, K., Lyer, V., & Smischney, N.	fram och implementera ett standardiserat elektroniskt rapporteringsverktyg och integrera det med befintliga system.	USA.	information ändå förbisågs.	
Journal of Clinical Nursing/2014	Differences in the handover process and perception between nurses and residents in a critical care setting/Mukhopadhyay, A., Leong, B., Lua, A., Aroos, R., Wong, J., Koh, N., Goh, N., Choong See, K., Phua, J., & Kowitlawakul, Y.	Att identifiera skillnader i praktiken samt uppfattningar vid rapportering mellan sjuksköterskor och läkare i akutsjukvården.	Deskriptiv studie med hjälp av intervjuer och enkäter. 580 personer deltog i studien. Studien bedrevs i Singapore.	Sjuksköterskor får mera träning i att rapportera än läkare. Detta gjorde att sjuksköterskorna var mer förberedda vid rapportering. Det framkom även att rapportering av sjuksköterskor var mer innehållsrik och hela patienten togs i beaktning.	Hög kvalitet
BioMed Central/2017	Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study.  Van Sluisveld, N., Oerlemans, A., Westert,	Syftet var att få en insyn i vilka hinder och fördelar det finns för att implementera och använda IVA-utskrivnings protokoll.	Mixad metod med fokusgrupper samt enskilda intervjuer. Fyra fokusgrupper samt 23 individuella intervjuer genomfördes på ett sjukhus i Nederländerna.	Baserat på de hinder och fördelar som studien kom fram till så är det viktigt att förbättra kommunikationen, ta fram strukturerade verktyg för rapportering vid utskrivning, att ta hänsyn till olika kulturella aspekter samt att specialistsjuksköterskorna ej	Hög kvalitet

	G., Van der Hoeven, J., Wollersheim, H., & Zegers, M.			får ha för höga förväntningar på vårdavdelningen.	
International Journal of Nursing Studies/2012	Factors contributing to the process of intensive care patient discharge: An ethnographic study informed by activity theory/Lin, F., Chaboyer, W., Wallis, M., & Miller, A.	Syftet är att undersöka faktorer som påverkar utskrivning av patienten från IVA.	Mixad metod med individuella intervjuer samt observationer. 56 individuella intervjuer, 28 observationer. Studien bedrevs på sjukhus i Australien.	Det framkom att förseningar av utskrivning var ett signifikant problem som påverkades av organisatoriska faktorer så som tillgänglighet på vårdavdelningar. Det påvisades även att kommunikation och teamarbete påverkade.	Hög kvalitet
Cultivating Quality/2018	A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers/Krimminger, D., Sona, C., Thomas.Horton, E., & Schallom, M.	Syftet var att undersöka påverkan av standardiserade rapporteringar mellan operation och IVA, vilka fel som kan uppkomma vid informationsöverföring samt nöjdhetsgraden av rapporteringen.	Prospektiv observation studie. 76 observationer gjordes. Uppges ej i vilket land studien gjorts i.	Resultatet påvisar att de fel som kunde uppstå vid rapportering och överföring av patienten minskade efter att ett standardiserat verktyg infördes. Personalen blev nöjdare och tiden för rapporteringen förändrades inte nämnvärt.	Hög kvalitet
Nursing Open/2014	Understanding the perceptions and experiences of Certified Registered Nurse Anaesthetist regarding	Syftet med studien var att få en större förståelse av upplevelser och erfarenheter hos anestesijuksköterskor vid	Två fokusgrupper med 5 deltagare i varje grupp. Deltagarna var anestesijuksköterskor. Innehålls-analys användes för	Fyra huvudteman framkom ur data analysen; tema 1 miljön kunde spela in på kvalitén på rapporteringen, tema 2 kvalitén på rapporteringen kunde bero på hur den framfördes av rapportören,	Hög kvalitet

	handovers: a focus group study/ Testa, D., & Emery, S.	intraoperativa överlämningar	att tolka kontexten i intervjuerna. Studien gjordes i USA.	tema 3 timingen för rapporten spelade in på kvaliteten och tema 4 individuella egenskaper hos patienterna kunde också påverka kvalitén.	
The american journal of surgery/2013	Improving postoperative handover: a prospective observational study/ Nagpal, K., Abboudi, M., Manchandi, C., Vats, A., Sevdalis, N., & Moorthy K.	Syftet med studien var att förbättra postoperative överlämning genom att tillämpa ett nytt överlämningsprotokoll, vilket involverade en standardiserad överlämningsprocess.	En prospektiv pre och post interventions-studie på ett universitets-sjukhus i London. 90 överlämningar observerades 50 före och 40 efter intervention av standardiserat rapporteringsverktyg.	Det nya rapporterings protokollet bidrog till en markant förbättring av kvalitén av överrapportering vid överlämning. Utelämnande och missförstådd information minskade och team arbetet förbättrades och sjuksköterskorna blev mer tillfredsställda efter införandet av det nya protokollet.	Medelhög kvalitet.
British journal of anaesthesia/2008	Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room/ Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M.	Syftet med studien var att beskriva hur information och ansvar överförs från anestesin till uppvakningsavdelningen.	Kvalitativ ansats med detaljerade observationer. Observationer och intervjuer gjordes på ett sjukhus i England. 45 observationer gjordes mellan 17 anesthesi sjuksköterskor och 15 sjuksköterskor på uppvakningsavdelningen. 19 intervjuer gjordes med anestesiloger,	Huvudresultatet i studien var att man de olika professionerna ofta hade olika förväntningar om vad rapporten skulle innehålla. Rapportens innehåll och längd hade också betydelse på patientens tillstånd, en patient som var stabil tog rapporten kortare tid.	Hög kvalitet.

			anestesisjuksköterkor och sköterskor på uppvakningsavdelningen.		
BMJ open/2017	The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses/Randmaa, M., Engström, M., Swenne, CL., & Mårtensson, G.	Syftet med studien var att undersöka olika yrkesverksamma (anestesi-sjuksköterskor, anesthesiologer och postoperativa sjuksköterskor) upplevelser och reflektioner över den postoperativa överlämningen.	En fokusgruppsintervju med en beskrivande design med kvalitativ innehållsanalys av transkript. 23 deltagare, 6 fokusgrupper. Studien gjordes på två medelstora sjukhus i mellan Sverige.	Fem kategorier uppstod: (1) man har olika fokus vad som är viktigt att rapportera över.(2) osäkerhet när information överförs från ett lag till en annan, (3) strävar efter att säkerställa kvaliteten på överlämnandet, (4) väger fördelarna och nackdelarna med bedside rapportering och (5)att man har olika perspektiv på ansvarsöverföringen. Alla yrkesgrupper var osäkra på vilken information som behövs för att säkerställa vårdkvaliteten. De strävar efter att säkerställa rapportens kvalitet genom att: fokusera på frågor som avviker från normala. De upplevde att rapportering bedside ökar kontrollen över patienten, men också att det kan hota patientens integritet och att frekventa avbrott kan störa	Hög Kvalité.
Journal of	An Observational Study of Postoperative Handover	Syftet var att undersöka	Observationsstudie med en	I studien framkommer det att bristen	Hög kvalitet.

PeriAnesthesia Nursing/2015	in Anesthetic Clinics; The Content of Verbal Information and Factors Influencing Receiver Memory/Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, CL., & Engström, M.	processen vid överlämning i postanestetisk vård, hur mycket mottagaren kom ihåg, och vilka faktorer som påverkat minne.	deskriptiv och korrelations design. Totalt 73 överlämningar observerades, och data insamlades genom observationer och ljudinspelningar. Studien är gjord på två olika sjukhus i Sverige.	på struktur och när en rapportering sker under en längre tid påverkar vad mottagaren kommer ihåg av rapporteringen. Med en klar struktur och en kort verbal rapport ökar mottagarens möjligheter att komma ihåg informationen.	
Journal of Clinical Nursing/2018	Postoperative patient handovers- Variability in perceptions of quality: A qualitative focus group study/Reine, E., Rustoen, T., Raeder, J., & Aase, K.	Syftet med studien var att utforska de faktorer som påverkar kvaliteten i postoperativa överlämnanden som uppfattas av olika yrkesgrupper av berörda kliniker. Samt att undersöka möjliga skillnader i perceptioner av postoperativa överlämningskvalitet över professionella grupper och erfarenhetsnivå.	En kvalitativ utforskande design tillämpades. Åtta fokusgrupper intervjuades, 37 deltog i studien. Studien är gjord i Norge på ett sjukhus i Oslo.	Dataanalysen identifierade följande faktorer som påverkar kvaliteten vid postoperativ rapportering: "timing och samtidighet konflikter," "struktur vid rapportering," "patientförhållanden," "enskilda egenskaper hos berörda kliniker "och" team sammansättningar". Skillnader mellan yrkesgrupper och erfarenhetsnivå var relaterade till ansvar, struktur och anpassning.	Hög kvalitet.
Journal of clinical nursing/2017	An observational study of patient care outcomes sensitive to handover	Syftet med studien var att identifiera indikatorer som kan påverka kvaliteten på	Metoden som användes var naturalistisk explorativ deskriptiv design. Kvalitativ	Resultat: Det framkom att avsaknad av information påverkade rapporten negativt då det var tidskrävande att	Medelhög kvalitet

	quality in the post-anaesthetic care unit/ Lillibridge, N., Botti, M., Wood, B., & Redley, B.	översäkringeringen mellan olika professioner.	tematisk innehållsanalys användes för att analysera datan. För att kunna se mönster i datan. 31 patientfall observerades. Studien gjordes på tre offentliga sjukhus i Australien.	söka reda på information, samt att det innebar förseningar i vården för patienten.	
Australian critical care/ 2018	Handover from the operating theatre to the intensive care unit: A quality improvement study./ Marshall, P. A., Tobiano, G., Murphy, N., Comadira, G., Willis, N., Gardiner, T., Hervey, W., & Gillispie, M. B.	Syftet med denna före och efter studie var att förbättra överlämningsprocesser och kommunikation vid överrapportering till IVA från operation.	32 observationer gjordes från operations avdelning till IVA, 16 före och 16 efter implementering av ett strukturerat rapporteringsverktyg. Studien gjordes på ett sjukhus i Australien. Data analyserades med deskriptiv statistik. Kvalitativa intervjuer analyserades med en induktiv innehållsanalys	Minskning av onödig konversation under rapporten, samt minskning av kompletterande uppgifter minskade från 43,8 % till 12,5 % efter implementering av standardiserat verktyg.	Hög kvalitet
International journal for quality in health care./2016	Inter-professional clinical handover in post anaesthetic care units: tools to improve quality and safety./ Redley, B., Bucknall, K. T., Evans, S.,	Att undersöka kvalitet och säkerhet i interprofessionella kliniska överlämnningar i post operativa avdelningar samt att göra	Mixad metod, kombinerat med data från observationer samt fokusgrupper. Studien gjordes på ett sjukhus i Melbourne. Etnografiska observationer. Kvalitativ	Resultat: Det var viktigt att patienten var stabil innan man kunde ta emot rapporten. Patientfaktorer som kunde påverka patientsäkerheten negativt vid överrapportering. Såsom att man vart störd eller att patienten krävde	Medelhög kvalitet



	& Botti, M.	rekommendationer för standardiserade verktyg.	naturalistisk metod, data analyserades med teman och subteman. Kvantitativ data analyserades med deskriptiv statistik. 185 observationer gjordes och 8 fokusgrupper med sammanlagt 62 deltagare i.	omedelbar vård vid överlämning. Arbetsmiljöfaktorer såsom hög arbetsbelastning samt att det var viktigt att ha tydliga roller och veta vem det är som har ansvaret.	
BMJ Quality & Safety/ 2012	Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study/ Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, W. H., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K.	Syftet var att undersöka brister i kommunikation och information vid överlämning genom operationskedjan	Kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer, 18 deltagare (7 kirurger, 5 anestesiologer och 6 sjuksköterskor) Studien gjordes i London.	Kommunikationsbrister ledde till försening av patientens vård. Såsom att det förekom brister mellan avdelning och operationsavdelning som innebar att patienten inte var optimerad för att opereras och operationen sköts upp. Att det fanns flera sätt att överföra information vilket kunde vara en bidragande orsak till att viktig information missades. God kommunikation och team arbete mellan professioner ansågs viktigt för att minska informations brister.	Medelhög kvalitet
Journal of advanced Nursing/2017	Handing over patients from the ICU to the general ward: A focused ethnographical study of	Syftet var att undersöka sjuksköterskors uppfattning av att engagera sig i	Explorativ kvalitativ design med etnografiskt fokus. 22 observationer, fem fokusgrupps intervjuer samt	Brist på gemensamma mål vid överlämnande av patienten skapade kommunikation och samarbetssvårigheter. Även	Hög kvalitité.

	nurses' communication practice/Bunkenborg, G., Bitsch Hansen, T., & Hölge-Hazelton, B.	kommunikativ interaktion vid rapportering av dödlig sjuk patient från IVA till medicin eller kirurgisk vårdavdelning.	fem individuella intervjuer. Studien bedrevs på ett sjukhus i Danmark.	organisatoriska faktorer påverkade och var viktigt för att förbättra kommunikationen, patientsäkerheten och samarbetet.	
--	--	---	--	---	--





**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)