



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatnivå

Patientdelaktighet i vården vid bedsiderapportering

En litteraturstudie

**Patient participation in care during bedside report
A literature review**

Författare: Evelina Ullgren & Rebecka Tervo

Handledare: Susanne Koistinen

Examinator: Jan Florin

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2022

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 170601

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Delaktighet och personcentrerad vård är centrala begrepp i den vård som bedrivs idag. För att patienten ska vara delaktig krävs det att patienten är mer involverad i de dagliga händelserna som till exempel skiftrapportering. Vid varje skiftbyte sker överrapportering från en sjuksköterska till en annan, överrapporteringarna saknar ofta patientmedverkan. En rapporteringsmodell är bedsiderapportering vilket innebär att rapporteringen sker i patientens närvaro.

Syfte: Syftet var att beskriva patientens delaktighet i vården vid bedsiderapportering.

Metod: En litteraturöversikt.

Resultat: Bedsiderapportering fick patienterna att känna sig delaktiga i vården, vilket delvis berodde på att de kände sig som värdefulla deltagare. Patienterna betraktades i första hand som en person. Både patienter och sjuksköterskor ansåg att rapporteringssättet var avgörande för patientens delaktighet i vården. De flesta patienter uppskattade att få vara med i rapporteringen och få viktig information som de ansåg sig ha rätt till. Dock ville inte alla patienter delta, vilket bland annat berodde på att rapporten ansågs vara till för sjuksköterskor.

Slutsats: Bedsiderapportering ökade patientens delaktighet i vården enligt både patienten och sjuksköterskan. Dock ville inte alla patienter delta i rapporteringen och graden av delaktighet var beroende av på vilket sätt rapporten gavs.

Nyckelord: bedsiderapportering, delaktighet, litteraturstudie, personcentrerad vård, skiftrapportering.

Abstract

Background: Participation and person-centered care are key concepts in the care that are being given today. In order for the patient to participate, they must be involved in the daily work such as shift reporting. At each shift, reporting occurs from one nurse to another which often lacks patient involvement. A reporting model is bedside report, which means reporting takes place in the patient's presence.

Aim: The aim of this study was to describe patient's participation in care during bedside report.

Method: A literature review.

Results: Bedside report made patients feel more involved in their care, partly because they felt valued as a participant in the report. The patients were considered a person in the first hand. Both patients and nurses felt that the reporting method was crucial for the participation. Most patients appreciated being included in the reporting and that they received valuable information that they considered justifiable. However, not all patients wanted to participate, which was due, among other things, to the fact that the report was considered for the nurses.

Conclusion: Bedside report increased patient involvement in care, according to both the patient and the nurse. However, not all patients wanted to participate and the reporting method were important for the level of participation.

Keywords: bedside report, literature review, participation, person-centered care, shift report

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1. Personcentrerad vård	1
2.2. Delaktighet i vården	2
2.3. Skiftrapportering	2
2.4. Bedsiderapportering	3
2.5. Omvårdnadsteoretisk referensram	4
2.6. Problemformulering	5
3. Syfte och frågeställningar	6
4. Metod	6
4.1. Design.....	6
4.2. Urval.....	6
4.3. Värdering av artiklarnas kvalitet	7
4.4. Tillvägagångssätt.....	8
4.5. Analys och tolkning av data	8
4.6. Etiska överväganden.....	8
5. Resultat	9
5.1. Patientens upplevelse av delaktighet.....	9
5.1.1 Behov av information	9
5.1.2. Värdefull deltagare.....	10
5.1.3. Känslan av delaktighet.....	10
5.1.4. Brist på deltagande.....	11
5.2. Sjuksköterskans uppfattning om patientens delaktighet.....	12
5.2.1. Involvering i vården	12
5.2.2. Rapporteringssättet var avgörande	12
5.2.3. En möjlighet till inflytande i vården.....	13
6. Diskussion	14
6.1. Sammanfattning av huvudresultaten	14
6.2. Resultatdiskussion	14
6.2.1. Delaktighet.....	14
6.2.2. Personcentrerad vård.....	16

6.2.3. <i>Omvårdnadsteoretiskt perspektiv</i>	17
6.2.4. <i>Nackdelar med bedsiderapportering</i>	17
6.3. Metoddiskussion.....	18
6.4. Etikdiskussion	20
6.5. Klinisk betydelse för samhället	21
6.6. Slutsats	21

7. Referenslista

8. Bilagor

8.1. Bilaga 1. Tabell över databassökningar

8.2. Bilaga 2. Granskningsmall för kvalitetsbedömning

8.3. Bilaga 3. Granskningsmall för kvalitetsbedömning

1. Inledning

Delaktighet och personcentrerad vård är två begrepp som står i fokus och har stor betydelse för den vård som bedrivs. Omvårdnad är sjuksköterskans huvudansvar, även delaktighet och personcentrerad vård är viktiga delar i sjuksköterskans ansvarsområde. Vården kan bedrivas på olika sätt för att uppnå detta, det handlar om att göra patienten delaktig i allt som görs. Flera gånger varje dag sker överrapportering av patienter mellan sjuksköterskor. För att göra patienten delaktig i vården och för att tillhandahålla en personcentrerad vård är det av stor vikt att patienten är delaktig i dagliga händelser, som till exempel rapportering.

2. Bakgrund

2.1. Personcentrerad vård

Dagens sjukvård ska bedrivas utifrån ett personcentrerat förhållningssätt vilket fokuserar på att se patienten som en hel människa. Det innebär att patienten som personen placeras i centrum och mindre fokus läggs på specifika organ och sjukdomar (Olsson, Jakobsson Ung, Swedberg & Ekman, 2012). Ett personcentrerat förhållningssätt beskrivs som att se vem patienten är, se individuella styrkor och svagheter samt att se personens historia och sammanhang. Det handlar om att se personen med och bakom sjukdomen, istället för att endast se sjukdomen. Det är patientberättelsen som är grunden för personcentrerad vård, då detta är den sjuke personens egen uppfattning om sina symtom och sjukdomar. Patientberättelsen är en viktig utgångspunkt för att kunna skapa ett partnerskap med patienten. Partnerskapet innebär både utbyte av information, delat beslutsfattande och gemensam överläggning. Dokumentation av patientberättelsen och patientens värderingar anses vara lika viktigt som att dokumentera laboriemässiga och kliniska resultat (Ekman et al., 2011).

2.2. Delaktighet i vården

I Sverige finns Patientlagen (SFS 2014:821) som syftar till att stärka samt tydliggöra patientens delaktighet i vården. Enligt lagen har patienten rätt att få information kring sin sjukdom, olika behandlingsmöjligheter, eventuella risker och komplikationer. Hälso- och sjukvård ska utformas i enlighet med patientens önskemål och samtycke. Om patienten inte samtycker till vården ska information ges kring vilka konsekvenser det kan resultera i att avstå från rekommenderad vård och behandling (a.a.).

Att involvera patienten i vården kan vara svårt. Sjuksköterskan lyckas inte alltid att involvera patienten i vården i den utsträckning patienten själv önskar. Ofta önskar patienten en mer aktiv roll i kliniskt beslutsfattande än vad sjuksköterskan tror (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2006). Patienter upplever sällan att de har möjlighet att välja mellan olika alternativ inom omvårdnaden. Dessutom anser patienterna att de sällan har gett sitt samtycke till de omvårdnadsinsatser som utförs (Kolovos, Kaitelidou, Lemonidou, Sachlas & Sourtzi, 2014).

Målet för omvårdnad är att främja hälsa och välbefinnande samt att förebygga ohälsa. Dessutom ska patient och närstående göras delaktiga i vården för att balansera det maktförhållande som annars finns i vårdrelationen. Patienten ska genom detta uppleva trygghet och respekt (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

För att förstå vad delaktighet innebär kan det anses nödvändigt att förstå dess motsats, icke-delaktighet. Icke-delaktighet innebär att inte fördes med rätt information, att informationen får patienten att känna sig otrygg samt uppfattad som en sjukdom och inte som en person. Dessutom kan en patient som känner sig tvingad att fatta beslut uppleva detta som icke-delaktighet (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2008).

2.3. Skiftrapportering

Skiftrapportering är vanligt förekommande inom sjukvården och sker vid varje skiftbyte. Det innebär ett överlämnande av patientansvaret och i rapporteringen

framkommer det information om patienten för att säkerställa kontinuitet i vården. Muntliga överrapporteringar är vanligast förekommande och mest populära bland personalen (Randell, Wilson & Woodward, 2011). Skiftrapportering förekommer i varierande stil beroende på var man befinner sig. Rapporten innehåller patientens personuppgifter, nuvarande sjukdomar, tidigare sjukdomar och det som är aktuellt gällande undersökningar och omvårdnad. Det viktigaste under skiftrapporten är att framföra patientens diagnoser och aktuell status gällande eventuella symtom (Ekman & Segesten, 1995). Vid muntlig skiftrapportering används ofta ett rapportblad där det finns information om patienterna på avdelningen. Rapporterna genomförs flera gånger per dag (Kerr, Lu, McKinlay & Fuller, 2011). Det är viktigt att sjuksköterskan som tar emot rapporten förstår informationen, därför kan frågor ställas under rapporten för att säkerställa att rätt information har nått fram. Sjuksköterskan som tar emot rapporten ska sedan vidarebefordra information till övrig vårdpersonal som arbetar under skiftet, informationen anpassas efter personalens arbetsområden och kunskap. Efter rapporten går sjuksköterskan som påbörjar sitt skift runt för att träffa alla patienter för att på så sätt få en överblick. Sjuksköterskor anser att det är viktigt att träffa patienterna de är ansvariga för i början av skiftet för att kunna bedöma förändring av hälsotillståndet och ge en korrekt rapport i slutet av sitt skift (Ekman & Segesten, 1995). Skiftrapporteringen kan ske på olika platser, till exempel i ett avskilt rum (Randell et al., 2011), vid sjuksköterskans arbetsstation, på kontor, i förråd och i tvättstugor. Dessa rapporteringsmetoder har visat sig vara tidskrävande, sakna patientmedverkan samt sakna väsentlig information (Kerr et al., 2011).

2.4. Bedsiderapportering

Vården har förändrats genom åren och dagens vård strävar efter att bedrivas utifrån ett personcentrerat perspektiv. Dagens patienter vill vara mer delaktiga i sin vård i jämförelse med tidigare då de var i en mer passiv roll, och det är vårdens ansvar att tillgodose detta behov (Anderson & Mangino, 2006). Vid bedsiderapportering är det sjuksköterskan som ska avsluta sitt skift som håller i rapporten och all personal som påbörjar sitt skift deltar (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010). Rapporteringen sker tillsammans med patienten intill dennes säng.

Bedsiderapportering förbättrar kommunikationen mellan sjuksköterskor, detta eftersom endast relevant information tas upp framför patienten. Dessutom undviker sjuksköterskorna den socialisering som ofta förekommer under andra rapporteringsformer. Bedsiderapportering förbättrar dessutom sjuksköterskans möjlighet att prioritera sitt arbete på ett bättre sätt (Malfait, Eeckloo, Lust, Van Biesen & Van Hecke, 2016). Denna metod bidrar även till att vården bygger på en helhetssyn av patienten och sjuksköterskor förmodar dessutom att patienten, vid bedsiderapportering, upplever ett ökat förtroende för vården (Chaboyer et al., 2010). Bedsiderapportering har visat sig förbättra patienternas känsla av säkerhet eftersom de blir medvetna om vilka i vårdpersonalen som ska ansvara för dem under kommande skift. Sjuksköterskan får bättre kunskap om patienten vid bedsiderapportering. Detta har läkaren uppmärksammat under ronderna då sjuksköterskan oftare har svar på de frågor som rör patienten. Dock har sjuksköterskor tagit upp att sekretess är ett problemområde som kan uppstå vid bedsiderapportering (Andersson & Mangino, 2006). Annan vårdpersonal har också lyft problematiken med detta. Bland patienter har oron kring sekretessen visat sig variera. En patient oroade sig till exempel för sekretessen men ansåg ändå att fördelarna med bedsiderapportering vägde tyngre än oron (Graves, 1999). Dessutom innebär denna rapporteringsmodell även ekonomiska besparingar eftersom skiftrapporteringen i genomsnitt går snabbare när bedsiderapportering används (Anderson & Mangino, 2006).

2.5. Omvårdnadsteoretisk referensram

Katie Erikssons omvårdnadsteori bygger på en ömsesidig vårdrelation mellan sjuksköterskan och patienten. Vårdrelationen ger patienten möjlighet att uttrycka sina behov och problem. Genom denna ska både sjuksköterskan och patienten kunna ge och ta så att relationen blir ömsesidig. Vårdrelationen ska vara professionell och uppfylla de etiska kraven och den ska ge patienten mer insikt i sin hälsoprocess. Relationen är byggd på kunskap och syftet är att stödja patienten i dennes hälsoprocess. Genom en djup och trygg relation mellan sjuksköterska och patient kan hälsoprocessen främjas. Dessutom kan en sådan relation resultera i stor kunskap om patienten, så att vårdprocessen blir just vårdande. För att

vårdprocessen ska fungera behövs en tillfredsställande vårdrelation som bygger på information från patienten. Utifrån en helhetsbild av patientens situation ska sjuksköterskan kunna urskilja mönster i form av problem, behov och begär. Det kan finnas en koppling mellan dessa problem, behov och begär som sjuksköterskan behöver identifiera. Vården ska bedrivas utifrån patientens situation och inte utifrån vårdens situation. Vården ska inte heller bedrivas utifrån olika professioners åsikter utan patienten ska vara med och bedriva sin egen vård (Eriksson, 1988).

2.6. Problemformulering

Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har patienten rätt till delaktighet i vården. Patienten ska få möjlighet att själv bestämma över sin vård, få information om risker och komplikationer och ge sitt samtycke till vården. Delaktighet och personcentrerad vård är centrala begrepp i den vård som bedrivs idag. För att patienten ska vara delaktig i vården krävs det att patienten är delaktig i det dagliga omvårdnadsarbetet. Vid varje skiftbyte rapporteras patienterna över från en sjuksköterska till en annan. En tidigare studie har visat att dessa rapporteringsmodeller ofta saknar patientmedverkan. En metod för rapportering är den så kallade bedsiderapporteringen, vilket innebär att rapporten sker i patientens närvaro. För att patienten ska vara informerad, delaktig och ges möjlighet att uttrycka sina åsikter i sin egen vård är det viktigt att undersöka vad tidigare forskning visat om hur bedsiderapportering påverkar patientens delaktighet och vad det har gett för resultat.

3. Syfte och frågeställningar

Syftet med litteraturstudien var att beskriva patientens delaktighet i vården vid bedsiderapportering.

Frågeställningar:

- Hur upplevde patienten sin delaktighet i vården vid bedsiderapportering?
- Hur uppfattade sjuksköterskan patientens delaktighet i vården vid bedsiderapportering?

4. Metod

4.1. Design

Studien har genomförts som en litteraturstudie, eftersom denna design kan användas för att kartlägga kunskapsläget inom ett visst område (Segesten, 2012).

4.2. Urval

Sökningarna har gjorts i databaserna PubMed och CINAHL. De sökord som har använts är *bedside*, *bedside report*, *bedside handover*, *bedside handoff*, *patient involvement*, *patient participant*, *patient participation*, och *quality*. Sökorden har använts tillsammans i olika kombinationer, med hjälp av booleska operatörer, se bilaga 1. Flera av artiklarna som valdes ut till resultatet förekom i flera av sökningarna, tillsammans med sökträffarna i databassökningarna redovisas i bilaga 1. Forsberg och Wengström (2016) beskriver att vid ordkombinationer bör logiska sökoperatörer användas. Booleska operatörer kan användas tillsammans med flera sökord för att begränsa eller utöka sökningen (a.a.). Booleska operatörer som använts är AND och OR. Enligt Östlundh (2012) bör avgränsningsfunktioner som språk och årtal användas för att upprätthålla inklusionskriterier.

Inklusionskriterier som användes var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska samt vara publicerade mellan år 2002–2017. I databasen CINAHL användes ”peer reviewed” vilket innebär att artiklarna är vetenskapligt granskade (c.f. Östlundh,

2012). Inför sista sökningen utvidgades årsspannet och artiklarna kunde då vara publicerade mellan år 2000–2017, detta för att utöka antalet relevanta träffar. Artiklar med låg kvalitetsnivå exkluderades från denna studie.

Irrelevanta artiklar sorterades bort utifrån titel i första hand och sedan utifrån abstrakt (c.f. Östlundh, 2012). Vid oenigheter kring vilka abstrakt som var relevanta för studien var det bättre att inkludera dessa artiklar. Detta innebar att artikeln fick gå vidare till nästa steg i urvalsprocessen (c.f. Rosén, 2012). Antal titlar som lästes var som mest 100 per sökträff. Utifrån abstrakt lästes 19 artiklar, varav 16 valdes ut till nästa steg som var kvalitetsgranskning.

4.3. Värdering av artiklarnas kvalitet

De valda artiklarna bör genomgå en granskning för att avgöra dess kvalitet (Friberg, 2012). Vid kvalitetsgranskningen av artiklarna användes två granskningsmallar, en för kvalitativa och en för kvantitativa studier. Kvalitetsgranskningsmallarna fanns att tillgå via Högskolan Dalarna, se bilaga 2 och bilaga 3. Endast artiklar av medel och hög kvalitet inkluderades i resultatet. Kvalitetsnivåerna bestämdes av författarna som ansåg att minst hälften av frågorna i kvalitetsmallarna skulle besvaras med ja för att uppnå medelnivå. För gränsvärden, se tabell 1 nedan.

Tabell 1: Kvalitetsnivåer

Låg kvalitet	0 - <50 %
Medel kvalitet	≥50 - <80 %
Hög kvalitet	≥ 80 - 100%

Varje artikel fick en viss poängsumma, utifrån antal ja (en poäng) och nej (noll poäng). Poängsumman användes sedan för att få fram en procentsats. Artiklar som hade både kvalitativ och kvantitativ metod granskades med båda mallarna och sedan beräknades en gemensam procent utifrån den totala poängen. Av de 16 artiklar som kvalitetsgranskades uppfyllde 15 av artiklarna medel eller hög kvalitet. En artikelmatris gjordes för att få en överskådlig blick av artiklarnas innehåll, se bilaga 4.

4.4. Tillvägagångssätt

Författarna valde tillsammans ut relevanta sökord utifrån litteraturstudiens syfte. Sökningar gjordes gemensamt där båda författarna läste titlar på sökträffarna, och sedan diskuterades vilka abstrakt som skulle läsas. Utifrån artiklar med relevant abstrakt lästes artiklarna enskilt, därefter diskuterades det vilka som skulle gå vidare till kvalitetsgranskning. Antal artiklar som granskades delades upp lika mellan författarna. Vid osäkerhet gällande kvaliteten granskades artikeln på nytt av den andra författaren. När de 15 artiklarna som resultatet grundar sig på valts ut läste författarna gemensamt igenom varje artikels resultat för att välja ut relevant material.

4.5. Analys och tolkning av data

Vid analys av materialet och utformning av resultatet användes Forsberg och Wengströms (2016) innehållsanalys som bestod av fem steg. För att få en uppfattning om vad materialet innehöll, lästes det igenom flera gånger och det var steg ett i analysprocessen. Steg två innebar att texterna skulle kodas efter vad de innehöll. Koderna sammanställdes sedan till kategorier vilket var steg tre. Steg fyra var att koppla ihop kategorierna till teman. Det sista steget, steg fem var att tolka och diskutera resultatet (Forsberg & Wengström, 2016). I denna studie följdes analysen steg för steg gemensamt av båda författarna. Relevanta delar ur materialet som kunde kopplas till denna studies syfte markerades och skrevs sedan ned i ett separat dokument. Vid kodning av detta material sammanfattades innehållet kortfattat i rubriker samt delades upp efter patientens upplevelser och sjuksköterskans uppfattningar. Rubrikerna sammanställdes till olika kategorier inom de båda perspektiven som sedan användes som resultatrubriker. Enligt Forsberg & Wengström (2016) skapas kategorier utifrån mönster som likheter eller skillnader.

4.6. Etiska överväganden

Författarna strävade efter att alla artiklar som litteraturstudien grundades på skulle vara godkända av en etisk kommitté. I tre av de valda studierna framgår det dock inte om de blivit etiskt godkända eller inte. Resultat från samtliga artiklar

presenteras i denna studie och författarna har strävat efter att förhålla sig objektivt till materialet. Enligt Forsberg och Wengström (2015) är det viktigt att undvika plagiat, därför har denna text utformats med egna ord. Enligt Kjellström (2012) finns det risk för feltolkningar då artiklarna är skrivna på engelska. Detta hade författarna i åtanke och de ord som inte förstods översattes med hjälp av lexikon. Forsberg och Wengström (2015) skriver även att det är viktigt att uppge källor, i denna studie finns därför källhänvisning i både löpande text samt i en välstrukturerad referenslista.

5. Resultat

Resultatet i denna litteraturöversikt grundade sig på 15 vetenskapliga studier. Sju studier var kvalitativa, sju var kvantitativa och en var genomförd med mixad-metod, vilket innebär både kvalitativ och kvantitativ metod. Studierna genomfördes mellan år 2000 och år 2016. Tio studier genomfördes i Australien, tre i USA, en i Storbritannien och en i Finland. Fyra kategorier identifierades utifrån patientens upplevelse och tre kategorier utifrån sjuksköterskans uppfattning.

5.1. Patientens upplevelse av delaktighet

5.1.1 Behov av information

I sex studier framkom det att utbyte av information var en viktig del i vården (Bradley & Mott, 2013; Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis & Ying, 2009; Kerr, McKay, Klim, Kelly & McCann, 2013; Lu, Kerr & McKinlay, 2014; McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke, 2010; Timonen & Sihvonen, 2000). Vid bedsiderapportering upplevde patienterna att de framställdes som en partner i vården och fick ta del av information. De upplevde att sjuksköterskan erkände patienten som kunnig angående sin vårdssituation (McMurray et al., 2010). Patienten ansåg sig ha rätt till information om sitt tillstånd (Lu et al., 2014; McMurray et al., 2010), det var dessutom viktigt för dem att få information om vad som skulle hända (Lu et al., 2014). Patienterna uppskattade att de fick denna information samt information om vilken vård som planerades under deras vårdtillfälle (Bradley & Mott, 2013; Kerr et al., 2013). Dessutom ansåg patienterna

att det var viktigt för dem att bli informerade om sina framsteg (Timonen & Sihvonen, 2000). När de fick information om hur vården fortskred kände de sig delaktiga i vården (McMurray et al., 2010), dessutom ökade deras förståelse för den medicinska situationen (Kerr et al., 2013). Genom att vara delaktig i rapporteringen fick patienterna en chans att få den viktiga information de efterfrågat, vilket i sin tur gav en känsla av kontroll och förtroende (Lu et al., 2014). Patienterna ansåg att det enda sättet för dem att få information om vad som pågick gällande vården var genom den information de fick under bedsiderapporteringen (Chaboyer et al., 2009). Patienterna var positivt inställda till rapporteringsformen, och ansåg sig kunna bidra med viktig information (Lu et al., 2014).

5.1.2. Värdefull deltagare

I samband med bedsiderapportering upplevde patienterna att vården blev mer personlig (Lu et al., 2014; McMurray et al., 2010) vilket berodde på att de sågs som en person i första hand och som en patient i andra hand (McMurray et al., 2010). Bedsiderapportering gav ett positivt intryck genom att patienten blev betraktad som en verklig person snarare än ett nummer eller någon med en sjukdom. Patienterna kände att sjuksköterskan betraktade dem som värdefulla deltagare (Kerr et al., 2013) där deras åsikter kring vården var av betydelse (Bradley & Mott, 2013).

5.1.3. Känslan av delaktighet

I sex studier framkom det att bedsiderapportering gav patienten en känsla av delaktighet, där de fick möjlighet att påverka sin egen vård i högre utsträckning (Bradley & Mott, 2013; Kerr et al., 2013; Maxson, Derby, Wroblewski & Foss, 2012; McMurray et al., 2010; Sand-Jecklin & Sherman, 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2014). Patienterna upplevde tillfredsställelse genom bedsiderapportering då de kände sig delaktiga i vården och dess planering (Maxson et al., 2012). Genom att patienten fick höra rapporteringen gav det en känsla av att vara involverad och delaktig i vården (Bradley & Mott, 2013; Kerr et al., 2013). Det gav patienten en möjlighet att bidra till sin egen vård och behandling (Lu et al.,

2014). Det var viktigt för patienten att bli inbjuden till att delta i rapporteringen och få frågor angående sitt mående samt en möjlighet att berätta om sitt aktuella tillstånd och få höra vad som sades (Whitty, Spinks, Bucknall, Tobiano & Chaboyer, 2016). Efter införandet av bedsiderapportering upplevde patienterna större delaktighet i rapporteringen än innan (Sand-Jecklin & Sherman, 2012). Det främjade patientens känsla av delaktighet i vården samt i rapporteringen (Sand-Jecklin & Sherman, 2014). Patienternas upplevelse och erfarenhet av involveringen i rapporteringen varierade dock (Bruton, Norton, Smyth, Ward & Day, 2016), dessutom var sjuksköterskornas sätt att rapportera avgörande för patientens deltagande i rapporten. Patienterna kände sig delaktiga när de blev tillfrågade om deras tillstånd och mående (McMurray et al., 2010).

5.1.4. Brist på deltagande

I fem studier framkom det att patienterna inte var delaktiga i vården vid bedsiderapportering (Bruton et al., 2016; Kerr et al., 2013; McMurray et al., 2010; Sand-Jecklin & Sherman, 2012; Timonen & Sihvonen, 2000). Det kunde handla om att inte vilja delta eller känslan av att inte bli inkluderad i rapporteringen (McMurray et al., 2010). En del patienter kände inget behov av att delta i rapporteringen då det ansågs vara sjuksköterskans uppgift (Kerr et al., 2013), medan andra ville höra rapporteringen men inte delta i den (Bruton et al., 2016). Under rapporteringen upplevde patienterna att sjuksköterskorna skulle få rapportera utan att patienten la sig i. Patienterna ansåg att deras roll var att lyssna uppmärksammat och inte bidra med information om de inte blev tillfrågade (McMurray et al., 2010). Detta på grund av att deras involvering kunde upplevas distraherande för sjuksköterskorna (Bruton et al., 2016) samt att patienten ansåg det vara oartigt att lägga sig i (McMurray et al., 2010). De flesta patienterna kände dock att de kunde avbryta rapporten om innehållet var felaktigt (Bruton et al., 2016). Oavsett hur patienten mådde ansågs rapporteringen enbart vara till för sjuksköterskorna (Kerr et al., 2013). De patienter som inte ville delta i lika stor utsträckning hänvisade till att sättet sjuksköterskorna rapporterade på var avgörande för om patienten kände sig uppmuntrad till att delta eller inte (McMurray et al., 2010). En del upplevde att sjuksköterskan pratade direkt med

patienten för att säkerställa att allt var bra, medan andra patienter önskade att bli mer involverade (Bruton et al., 2016). Anledningen till att de inte deltog aktivt kunde vara trötthet och svårigheter att formulera frågor (Timonen & Sihvonen, 2000). De patienter som inte kände sig delaktiga tyckte att rapporteringen var onödig och de var oroliga över sekretessen (Sand-Jecklin & Sherman, 2012).

5.2. Sjuksköterskans uppfattning om patientens delaktighet

5.2.1. Involvering i vården

De sjuksköterskor som aktivt involverade patienten i rapporteringen ansåg det vara lämpligt att patienten deltog. Andra sjuksköterskor var inte lika övertygade om att patienten skulle delta och var därför inte lika aktiva i sin roll att involvera patienten (Johnson & Cowin, 2012). Enligt flera sjuksköterskor främjade bedsiderapportering en patientcentrerad vård (Bradley & Mott, 2013; Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010) och gav patienterna en känsla av att de var en del i vårdprocessen (Chaboyer et al., 2010). Sjuksköterskorna uppfattade att patienterna blev mer involverade i rapporteringen (Bradley & Mott, 2013) samt att bedsiderapportering gynnade patienternas delaktighet i vården (Sand-Jecklin & Sherman, 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2014). Sjuksköterskorna uppskattade dessutom graden av patientens delaktighet i vården (Bradley & Mott, 2013).

5.2.2. Rapporteringssättet var avgörande

Hur sjuksköterskorna rapporterade visade sig ha stor betydelse för patienternas möjlighet till ökad involvering i vården (Street, Eustace, Livingston, Craike, Kent & Patterson, 2011). Sjuksköterskorna ansåg att patienterna blev mer delaktiga i rapporteringen om sjuksköterskan pratade till patienten (Chaboyer et al., 2010). De ansåg att prata till patienten var en lämpligare metod, istället för att prata över deras huvud (Bruton et al., 2016). Majoriteten av sjuksköterskorna kände att de uppmuntrade patienten till att delta medan bara en del av patienterna höll med om det (Timonen & Sihvonen, 2000). De sjuksköterskor som kände sig obekväma i att rapportera inför patienten stod i dörröppningen istället för vid sängkanten (Johnson & Cowin, 2012).

5.2.3. En möjlighet till inflytande i vården

Sjuksköterskorna ansåg att bedsiderapportering förbättrade patientens möjlighet att påverka sin vård (Timonen & Sihvonen, 2000). En sjuksköterska påpekade att patienterna vet bättre än någon annan hur de mår och ska därför få möjlighet att delta och bidra till sin vård (Kerr, Lu & McKinlay, 2014). Dessutom gav bedsiderapportering patienterna insikt i att de var värdefulla deltagare (Chaboyer et al., 2010). Det viktigaste enligt sjuksköterskorna var att ge patienten en möjlighet att delta och dela med sig av sina åsikter om sitt mående samt att sjuksköterskan lätt kunde ställa frågor till patienten om det fanns några oklarheter (Whitty et al., 2016). Sjuksköterskorna ansåg att bedsiderapportering kunde ge patienten en möjlighet att korrigera informationen om det var något som var felaktigt (Bruton et al., 2016). Dock bekymrade det sjuksköterskorna att en del patienter inte tog möjligheten att delta aktivt och bidra till sin vård (Kerr et al., 2014). Nackdelar som sjuksköterskorna såg med bedsiderapportering var att patienterna framstod som passiva (Bruton et al., 2016). Sjuksköterskorna upplevde att patienten oftast deltog i konversationen gällande deras vård, däremot tyckte en del av patienterna att de inte var delaktiga i konversationen. Sjuksköterskorna trodde att svårigheter med att formulera frågor var huvudorsaken till bristande deltagande från patienterna (Timonen & Sihvonen, 2000).

6. Diskussion

6.1. Sammanfattning av huvudresultaten

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patientens delaktighet i vården vid bedsiderapportering. Resultatet visade att bedsiderapportering fick patienterna att känna sig delaktiga i vården. Detta berodde delvis på att patienten upplevde trygghet och kontroll, samt att de kände sig som värdefulla deltagare. Patienterna upplevde att de betraktades som en person i första hand och patient i andra hand. Sjuksköterskorna uppfattade att bedsiderapportering gav patienten större delaktighet i vården samt att detta rapporteringssätt ökade patientens möjlighet att delta och bidra till sin vård. Dock ansågs rapporteringssättet vara avgörande för hur delaktig patienten var i rapporten och i vården. Även patienterna ansåg att sättet sjuksköterskan rapporterade på hade stor betydelse för om de vågade uttrycka sina åsikter. Genom att sjuksköterskan pratade med patienten och uppmuntrade till delaktighet ökade patientens involvering i vården. De flesta patienter uppskattade att få delta i rapporten eftersom de då fick information om sitt tillstånd. Denna information ansåg sig patienterna ha rätt till, tillsammans med information om vårdförloppet. En del patienter ville inte delta i rapporteringen av olika anledningar, bland annat ansågs det vara sjuksköterskans uppgift att rapportera vilket hon eller han skulle få göra ifred.

6.2. Resultatdiskussion

6.2.1. Delaktighet

Resultatet i denna litteraturstudie visade att bedsiderapportering till viss del främjade patienternas delaktighet i vården (Sand-Jecklin & Sherman, 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2014). I bedsiderapporteringen fick patienterna information om vården vilket ökade deras känsla av delaktighet (McMurray et al., 2010). Detta styrks av en annan studie där det framkom att graden av information var en avgörande faktor för patientdelaktigheten (Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos, 2011). Denna litteraturstudie visade även att genom deltagande i bedsiderapporteringen gav det patienterna en känsla av att de var involverade i vården (Bradley & Mott 2013; Kerr et al., 2013). Patienterna kände sig delaktiga

och uppfattade som värdefulla deltagare i rapporteringen (Kerr et al. 2013). Sjuksköterskorna tyckte att det var viktigt att patienterna fick dela med sig av sina åsikter och därmed ge patienten möjlighet att delta i vården (Whitty et al., 2016). Detta överensstämmer med Patientlagen som säger att vården ska utformas efter patientens önskemål och samtycke (SFS 2014:821).

I denna litteraturstudies resultat framkommer även att sättet sjuksköterskorna rapporterade på var avgörande för patientens grad av delaktighet (Chaboyer et al., 2010; Street et al., 2011). Sjuksköterskorna tyckte att patienterna blev mer delaktiga i rapporteringen när de pratade direkt med personen i fråga än när de pratade om personen i deras närvaro (Chaboyer et al., 2010). Detta styrks av en annan studie där det framkom att brist på delaktighet uppstod när sjuksköterskan bemötte patienten utan intresse för dennes situation och känslor samt när sjuksköterskan vände ryggen till patienten (Larsson et al., 2011).

I resultatet framkommer det att patienterna upplevde tillfredsställelse med bedsiderapporteringen då det medförde att de kände sig delaktiga i vården och dess planering (Maxson et al., 2012) samt att deras åsikter om vården var av betydelse (Bradley & Mott, 2013). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) ska patienten göras delaktig i vården för att balansera det maktförhållandet som vanligtvis förekommer i en vårdrelation och genom att balansera förhållandet ska patienten uppleva trygghet och respekt. Enligt resultatet i denna studie kan bedsiderapportering anses uppnå balansen i detta maktförhållandet. Katie Erikssons (1988) omvårdnadsteori bygger på en ömsesidig relation mellan sjuksköterskan och patienten. Relationen ska ge patienten möjlighet att uttrycka sina åsikter, problem och behov (a.a.). Genom bedsiderapportering ges patienten större möjlighet att uttrycka detta och på så sätt uppnås en mer ömsesidig relation.

Denna litteraturstudie visade att bedsiderapporteringen främjade patienternas delaktighet i vården (Sand-Jecklin & Sherman, 2012; Sand-Jecklin & Sherman, 2014), och dessutom att patienternas känsla av delaktighet i vården ökade jämfört med tidigare (Sand-Jecklin & Sherman, 2014). Att en person är fysiskt närvarande behöver inte automatiskt betyda att denne är delaktig. Dock tycks denna

litteraturstudie visa att när patienten var fysiskt delaktig vid skiftrapporteringen ökade även delaktigheten i vården.

6.2.2. Personcentrerad vård

I denna litteraturstudie framkom det att patienterna ansåg att bedsiderapportering bidrog till en mer personlig vård (Lu et al., 2014; McMurray et al., 2010). Detta styrks av en tidigare studie där det framkom att en av sjuksköterskans strategier för att öka patientens delaktighet var genom att de lärde känna personen de vårdade. För att uppnå detta var sjuksköterskan nyfiken på patienten som person samt lyssnade på patienten (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2009). Detta visar vikten av att skapa en bra relation med patienten. Ytterligare en studie styrker att tillhandahållandet av en individualiserad vård ökade möjligheterna för att bedriva en personcentrerad vård (Bolster & Manias, 2010). Ekman et al. (2011) beskrev att ett personcentrerat förhållningssätt innebar att patienten betraktades som en person i första hand och patient i andra hand. Patientberättelsen var utgångspunkten i personcentrerad vård och byggde på hur personen själv upplevde sina symtom och sina sjukdomar (a.a.) och det var därför viktigt att lyssna till patientens egen uppfattning om sin sjukdom. Bedsiderapportering kan ge sjuksköterskan en möjlighet att få ta del av denna berättelse.

I litteraturstudiens resultat framkom det att bedsiderapportering ökar möjligheten att bedriva en personcentrerad vård (Chaboyer et al., 2010; Kerr et al., 2013; McMurray et al., 2010). När patienten görs delaktig genom att närvara vid skiftrapporteringen blir vården mer personlig och patienten känner sig betraktad som en verklig person. I denna studie framkom också att patienten betraktades som en värdefull deltagare i vården (Chaboyer et al., 2010) och att patienten var den som hade störst insikt i sitt egna mående (Kerr et al., 2014). Det framkom också att bedsiderapportering gav patienten möjlighet att bidra till sin egna vård och behandling. Vid bedsiderapportering ansåg patienterna att de själva kunna bidra med denna viktiga information (Lu et al., 2014) och att deras åsikter var av betydelse (Bradley & Mott, 2013). Även detta stämmer överens med det personcentrerade förhållningssättet som dagens vård ska bedrivas utifrån (Olsson et al., 2012), vilket enligt Ekman et al. (2011) innebär ett delat beslutsfattande. Vid

bedsiderapportering främjas ett mer personcentrerat förhållningssätt i vården vilket enligt Bolster & Manias (2010) innebär att sjuksköterskan kontinuerligt involverar patienterna i vården och stärker dem så mycket som möjligt. Detta för att patienterna ska kunna ta egna beslut kring vad de vill och inte vill avseende sin vård och behandling (a.a.).

6.2.3. Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

I denna studie framkom det att patienterna ansåg sig kunna bidra med viktig information (Lu et al., 2014) och att deras åsikter dessutom var av betydelse (Bradley & Mott, 2013). Även sjuksköterskorna betraktade patienterna som viktiga informationskällor (Kerr et al., 2014). Detta överensstämmer med vad Katie Eriksson tar upp i sin omvårdnadsteori, där patienten ska stå i fokus och vården ska bedrivas utifrån dennes situation. Patienten bör dessutom betraktas som en viktig informationskälla (Eriksson, 1988). Resultatet i denna studie visade även att en del av patienterna kände sig bekväma med att avbryta och korrigera information under rapporteringen (Bruton et al., 2016). Erikssons teori (1988) bygger på en ömsesidig vårdrelation där det är viktigt att båda parter känner sig bekväma i relationen. Bedsiderapportering skapade ofta en ömsesidig relation mellan patienten och sjuksköterskan där patienten betraktades som en viktig del i vården (a.a.). Erikssons teori bygger på att patienten står i centrum vilket enligt denna litteraturstudie tycks kunna uppnås genom bedsiderapportering.

6.2.4. Nackdelar med bedsiderapportering

I några av artiklarna framkom det nackdelar och orsaker till varför patienten inte hade viljan till att vara en deltagare i rapporteringen eller i vården. I Timonen och Sihvonens (2000) studie var anledningen till att patienterna själva inte deltog i konversationen trötthet och svårigheter att formulera frågor. Detta stämmer överens med vad som framkom i en annan studie där sjukdom och brist på energi resulterade i mindre delaktighet i vården (Larsson et al., 2011). För att ge patienten möjlighet att vara förberedd inför bedsiderapporteringen kan sjuksköterskan informera om vanliga frågeområden, exempelvis läkemedel, planerad vård och provsvar. Detta kan underlätta för patienten att formulera frågor.

I flera studier framkom det att en del patienter inte tyckte att upplägget med bedsiderapportering var optimalt, det kunde handla om att inte vilja delta, känslan av att inte bli inkluderad eller känslan av att rapporten var till för sjuksköterskan (Kerr et al., 2013; McMurray et al., 2010) Patienterna ansåg att deras roll var att lyssna uppmärksammat och inte lägga sig i rapporteringen då sjuksköterskorna kunde bli distraherade. Patienterna upplevde det även oartigt att lägga sig i när sjuksköterskorna genomförde rapporten (Bruton et al., 2016; McMurray et al., 2010). Detta överensstämmer med en studie av Florin et al. (2006) som tar upp svårigheten för sjuksköterskor att involvera patienten i vården i den utsträckningen patienten själv önskar (Florin et al., 2006). Det är viktigt att sjuksköterskan respekterar patientens individuella åsikter. Det är inte alla patienter som vill delta aktivt och dessa bör därför ges möjlighet att avstå från aktivt deltagande.

6.3. Metoddiskussion

I den här studien användes databasen CINAHL till största del, vilken är en omvårdnadsdatabas. Avgränsningsfunktioner användes i databassökningarna för att upprätthålla de inklusionskriterier som antagits för denna studie och för att underlätta urvalet (c.f. Östlundh, 2012). I denna studie användes avgränsningar avseende språk, tid samt att artiklarna skulle vara "peer reviewed". Peer reviewed innebär att artiklarna endast hämtas från vetenskapliga tidskrifter (Östlundh, 2012). Denna avgränsningsfunktion var endast möjlig att välja i databasen CINAHL, vilket innebar att de artiklar som hämtades ur PubMed inte nödvändigtvis hade blivit vetenskapligt granskade enligt "peer reviewed". Dock kontrollerades att artiklarna som hämtades från PubMed var publicerade i en vetenskaplig tidskrift vilket innebar att de har blivit vetenskapligt granskade.

I denna studie inkluderades från början endast studier som var publicerade från år 2002. Författarna valde dock att inför den sista sökningen utvidga inklusionskriteriet till artiklar från år 2000, vilket resulterade i ytterligare en artikel. Sökningen utvidgades till grund för att få fler sökträffar. Med tanke på att denna utvidgning av årsspannet gjordes endast inför den sista sökningen finns det risk att författarna har undgått relevanta artiklar som publicerades mellan år 2000

och 2002 i de tidigare sökningarna. Årsspännat på artiklar som inkluderades i resultatet var 17 år. Detta kan ses som en svaghet eftersom sjukvården ständigt förändras och utvecklas. Trots att en artikel var 17 år gammal inkluderades den eftersom författarna ansåg att resultatet i den artikeln var trovärdigt och innehöll viktiga aspekter gällande bedsiderapportering. Dessutom visade flera artiklar liknande resultat, trots att de genomfördes med flera års intervall, detta ses som en styrka i denna litteraturstudie.

Vid det första urvalet under sökningsprocessen kan titlarna vara till stor hjälp för att sortera ut vad som kan vara relevant. När titlar valts ut är det lämpligt att sorteringen fortsätter utifrån abstrakt då de ger en kort sammanfattning om vad artikeln handlar om (Östlundh, 2012). Urvalet till denna studie följde ovanstående sökprocess. En styrka med sökningarna är att flera av de utvalda artiklarna var återkommande i flera av sökningarna. Detta tyder på att sökningarna genomfördes systematiskt.

De valda studierna bör kvalitetsgranskas för att avgöra studiens kvalitet (Friberg, 2012). Totalt granskades 16 artiklar varav en ansågs ha för låg kvalitet och exkluderades därför. Kvalitetsgranskningen genomfördes enskilt där antalet artiklar delades upp mellan författarna, detta kan vara en svaghet då författarna kan ha granskat olika. Om det uppstod osäkerhet så granskades artikeln även av den andra författaren för att säkerställa att kvalitetsnivån blev rätt. Kvalitetsnivåerna beslutades av författarna genom en gemensam diskussion. Procentnivåerna grundades på den typ av frågor som användes vid kvalitetsgranskningen, där båda författarna ansåg att minst hälften av påståendena skulle besvaras med ja för att studierna skulle uppnå en medelnivå. Det kan ses som en svaghet att författarna själva beslutade om kvalitetsnivåerna då de saknar något som styrker att nivåerna är rimliga. Om kvalitetsnivåerna istället grundades på en referens hade de varit mer trovärdiga. Dock utgick författarna från frågorna i granskningsmallarna och förde en gemensam diskussion kring vilka kvalitetsnivåer som kändes rimliga. Författarna diskuterade även nivåerna i en handledningsgrupp vilket till viss del styrker att nivåerna är rimliga.

Forskningen inom området bedsiderapportering är begränsad. Denna litteraturstudie grundar sig på 15 artiklar, varav tio av dessa genomfördes i Australien. Detta innebär att resultatet i denna studie till största del speglar sjukvården i Australien. Resultatet i denna litteraturöversikt kan inte generaliseras eller ses som ett internationellt resultat. Australien tycks ha infört bedsiderapportering i stor utsträckning i jämförelse med övriga världen. I de artiklar som användes för att utforma resultatet i denna studie förekom samma författare i flera av artiklarna. Med anledning av detta kan dessa forskare ha haft en viss förförståelse och erfarenheter från tidigare studier de genomfört inom samma område. Detta kan vara en styrka då forskarna vet hur de ska utveckla forskningen samt att det kan vara en svaghet då de har en viss förkunskap inom området som kan ha speglat deras studies resultat.

6.4. Etikdiskussion

Det är viktigt att undvika ett selektivt urval vid val av artiklar som inkluderas i studien (Friberg, 2012). Vid urvalet av artiklar till denna studie har författarna därför haft ett kritiskt förhållningssätt och strävat efter att förhålla sig objektivt till informationen. De artiklar som har valts ut är de som berörde syftet för denna studie.

Författarna strävade efter att alla studier som resultatet grundade sig på skulle vara godkända av en etisk kommitté. Detta uppnåddes dock inte då det i tre av artiklarna inte framgår om de blivit etiskt godkända eller ej. I en av dessa artiklar, en kvalitativ studie av Chaboyer et al. (2010) har dock deltagarna gett sitt samtycke till att delta i studien. I studien av Street et al. (2011) som genomfördes med kvantitativ metod fick deltagarna inbjudan att delta konfidentiellt i studien genom att besvara en anonym enkät. I studien av Chaboyer et al. (2009) framgår det däremot inte om deltagarna, som var både sjuksköterskor och patienter, över huvud taget blivit informerade om studien där de ombads kommentera vad de tyckte om bedsiderapportering. Att artikeln trots detta valdes ut till denna studie kan ses som en svaghet och ett bristande etiskt förhållningssätt. De som deltog i studien kan ha upplevt situationen som att de var tvingade att svara på frågorna då

det inte framgår om hänsyn tagits till varken deltagarnas samtycke eller andra etiska aspekter. Detta kan innebära att resultatet hämtat från den artikeln inte speglade verkligheten.

6.5. Klinisk betydelse för samhället

Denna litteraturstudie ger en ökad förståelse för hur bedsiderapportering ökar patientdelaktigheten i vården. Vården behöver ett smidigt sätt för att kontinuerligt kunna ge patienten information. Genom att få delta i rapporteringen får patienten dagligen information om sin vård vilket patienten har rätt till enligt svensk lag. Det finns också mycket som styrker att bedsiderapportering bidrar till en personcentrerad vård och ökat patientinflytande i vården.

6.6. Slutsats

Utifrån denna studie kan slutsatsen dras att bedsiderapportering ger patienten möjlighet till delaktighet i vården enligt både patienten själv och sjuksköterskan. Detta med reservation för patientens önskan och egen förmåga samt hur rapporten genomförs.

6.7. Förslag till vidare forskning

Resultatet tyder på att bedsiderapportering främjar både patientdelaktighet i vården samt personcentrerad vård. De lagar och föreskrifter som sjukvården regleras av idag belyser att patienten ska ha större inflytande i sin vård. För att kunna utvärdera bedsiderapporteringens inverkan på detta krävs ett större forskningsunderlag än vad som finns idag. På grund av det begränsade forskningsunderlaget inom området delaktighet vid bedsiderapportering bör både kvantitativa och kvalitativa studier genomföras i olika verksamheter. Fler studier om hur bedsiderapportering påverkar patientens delaktighet bör genomföras för att kunna implementera denna metod. Forskningen bör främst genomföras i andra länder än Australien, då en stor del av den nuvarande forskningen inom området redan genomförts där.

7. Referenslista

Anderson, C., & Mangino, R. (2006). Nurse shift report: Who says you can't talk in front of the patient? *Nursing administration quarterly*, 30(2), 112-122.

Bolster, D., & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International journal of nursing studies*, (47), 154-165. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.021

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

Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386-393.

Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M., & Ying, F. (2009). Bedside handover: Quality improvement strategy to "transform care at the bedside". *Journal of nursing care quality*, 24(2), 136-142.

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

Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations*, (11), 263-271. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x

Ekman, I., Svedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Ekman, I., & Segesten, K. (1995). Deputed power of medical control: the hidden message in the ritual of oral shift reports. *Journal of Advanced Nursing*, (22), 1006-1011.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. (4. uppl.) Stockholm: Norstedts förlag.

Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of clinical nursing*, 15(12), 1498-1508. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01464.x

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.

Greaves, C. (1999). Patients' perceptions of bedside handover. *Nursing standard*, 14(12), 32-35

Johnson, M., & Cowin, L. S. (2012). Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of nursing management*, (21), 121-129. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01438.x

Kerr, D., Lu, S., & McKinlay, L. (2014). Towards patient-centred care: Perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *International journal of nursing practice*, (20), 250-257. doi:10.1111/ijn.12138

Kerr, D., Lu, S., McKinlay, L., & Fuller, C. (2011). Examination of current handover practice: Evidence to support changing the ritual. *International journal of nursing practice*, (17), 342-350. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01947.x

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

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Studentlitteratur.

Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A., & Sourtzi, P. (2014). Patient participation in decision making during nurse care in Greece - A comparative study. *Nursing Forum*, 50(3), 147-157.

Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Segesten, K., & Plos, K. A. E. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*, (25), 575-582. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x

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

Malfait, S., Eeckloo, K., Lust, E., Van Biesen, W., & Van Hecke, A. (2016). Feasibility, appropriateness, meaningfulness and effectiveness of patient participation at bedside shift reporting: mixed:method research protocol. *Journal of advanced nursing*, 73(2), 482-494. doi:10.1111/jan.13154

Maxson, P., Derby, K., Wroblewski, D., & Foss, D. (2012). Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nursing*, 21(3), 104-145.

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

Olsson, L.-E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., & Ekman, I. (2012). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, (22), 456-465. doi: 10.1111/jocn.12039

Randell, R., Wilson, S., & Woodward, P. (2011). The importance of the verbal shift handover report: A multi-site case study. *International journal of medical informatics*, (80), 803-812. doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.08.006

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429-444). Studentlitteratur.

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian journal of clinical sciences*, (23), 490-497. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x

Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2012). Incorporating Bedside Report Into Nursing Handoff: Evaluation of Change in Practice. *Journal of nursing care quality*, 28(2), 186-194. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31827a4795

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

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad 29 januari, 2017, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

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

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm.

Timonen, L., & Sihvonen, M. (2000). Patient participation in bedside reporting on surgical wards. *Journal of clinical nursing*, (9), 542-548.

Whitty, J. A., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2016). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health expectations*, 1-9. doi:10.1111/hex.12513

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

8. Bilagor

8.1. Bilaga 1. Tabell över databassökningar

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat, n= 15 (återkommande artiklar)
CINAHL	bedside report OR bedside handover AND patient participation	456	17	8	7
PubMed	bedside report OR bedside handover AND patient participation	18	8	1	1
CINAHL	bedside report AND patient participant	24	2	1	(1)
CINAHL	bedside report AND patient participant AND bedside handover	4	1	1	(1)
CINAHL	bedside handover AND patient participation	7	4	2	(2)
CINAHL	bedside handover OR bedside report AND patient participation	54	22	10	3(6)
CINAHL	bedside report AND patient participation	18	7	2	(1)
PubMed	Bedside handoff AND patient involvement	16	8	5	(5)
PubMed	bedside handover AND patient involvement	20	11	8	1 (7)
PubMed	Bedside handoff OR bedside handover OR bedside report AND patient involvement	56	15	13	2(10)
PubMed	Bedside handover AND quality AND bedside	26	4	4	1(3)

8.2. Bilaga 2. Granskningsmall för kvalitetsbedömning

Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studien innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till syftet?		
5	Är studiens syfte logiskt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
	Summa		

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

8.3. Bilaga 3. Granskningsmall för kvalitetsbedömning

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studien innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till syftet?		
5	Är studiens syfte logiskt formulerat?		
6	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Finns populationen beskriven?		
15	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16	Anges bortfallets storlek?		
17	Kan bortfallet accepteras?		
18	Anges var studien genomfördes?		
19	Anges när studien genomfördes?		
20	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24	Besvaras studiens frågeställningar?		
25	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26	Diskuterar författarna studiens interna validitet?		
27	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
29	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
	Summa		

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng: ?

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

8.4. Bilaga 4. Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalites- grad i procent samt nivå
Brandley & Mott 2013 Australien	“Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals”	To study empirically the process and outcomes of the implementation of nurse-to-nurse bedside handover in three rural South Australian hospitals	Mixad-metod Etnografiska intervjuer och enkäter.	n=9 patienter n=48 sjuksköterskor	Patienterna föredrog bedsiderapportering framför traditionell rapportering. Sjuksköterskorna ansåg att patientens delaktighet ökade efter införandet av bedsiderapportering.	76% Medel
Bruton, Norton, Smyth, Ward & Day 2016 Storbritannien	“Nurse handover: patient and staff experiences”	To understand the purpose, impact and experience of nurse-to-nurse handover from both patient and staff perspectives and the perceived differences between nurse handover and medical ward rounds.	Kvalitativ Intervjuer	n=24 Varav åtta patienter och tio sjuksköterskor	Under bedsiderapporteringen pratades det över patienten. Det fanns olika uppfattningar om patientdelaktigheten i samband med rapporten.	76% Medel

Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis & Ying 2009 Australien	“Bedside handover: Quality improvement strategy to transform care at the bedside	“To improve patient-centered care: bedside handover in nursing.”	Kvantitativ En tre-steps modell för förändringar användes. Skriftliga kommentarer från deltagarna samlades in vid två tillfällen.	n=27 sjuksköterskor +okänt antal patienter	Patienterna var positiva till bedside rapporteringen då de upplevde att de förstod mer vad som hände. Sjuksköterskorna ansåg att patientsäkerheten ökade.	58% Medel
Chaboyer, McMurray & Wallis 2010 Australien	“Bedside nursing handover: A case study.”	We report here on a case study of six wards in two hospitals investigating the structural elements, processes used to transfer knowledge and perceived outcomes of bedside nursing handovers.	Kvalitativ Observationer och intervjuer.	n=532 observationer av över-rapporteringar n=34 intervjuer med sjuksköterskor	Sjuksköterskorna trodde att noggrannheten vid överlämnandet förbättrades vid bedsiderapportering och att det främjade patientsäker vård och omvårdnaden kring patienten.	68% Medel
Johnson & Cowin 2013 Australien	“Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets.”	The aim of the study was to explore nurses’ perspectives of the introduktion of bedside handover and the use of written handover sheets.	Kvalitativ Intervjuer.	n=30 sjuksköterskor	En del sjuksköterskor var positiva till bedsiderapportering medan andra ville ändra tillbaka till den tidigare rapporteringsmodellen i mötesrum.	88% Hög

Kerr, Lu & McKinlay 2013 Australien	“Towards patient-centred care: Perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover.”	To explore the subjective experiences and viewpoint of the nurse and midwife participants.	Kvalitativ Intervjuer.	n=30 Varav 20 sjuksköterskor och tio barnmorskor.	Överlämnandet blev mer effektivt och patientsäkert genom bedsiderapportering. Det var inte alla patienter som tog möjligheten att delta.	76% Medel
Kerr, McKay, Klim, Kelly & McCann 2013 Australien	“Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside”	To explore patient’s perspectives of bedside handover by nurses in the emergency department	Kvalitativ Intervjuer.	n=30 patienter	Patienterna kände sig delaktiga och fick ökad förståelse vilket värdesattes. Att upprätthålla sekretess och integritet var viktigt.	92% Hög
Lu, Kerr & McKinlay 2013 Australien	“Bedside nursing handover: Patient’s opinions”	To explore patient’s perceptions of bedside nursing handover.	Kvalitativ Intervjuer.	n=30 patienter	Patienterna välkomnade bedsiderapportering då denna modell var personlig. Medicinsk jargong bör undvikas under rapporteringen.	84% Hög
Maxson, Derby, Wroblewski & Foss 2012 USA	“Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety.”	To determine if bedside nurse-to-nurse handoff increases patient satisfaction with the plan of care and increases patient perception of teamwork. To determine if bedside nurse-to-nurse handoff increases staff satisfaction with communication and accountability.	Kvantitativ Enkäter före och efter implementeringen av bedsiderapportering.	n=96 60 patienter 36 sjuksköterskor	Patienterna ansåg sig mer delaktiga i vården efter införandet av bedsiderapportering, medan sjuksköterskorna var mer tveksamma till förändringen och dess resultat.	76% Medel

McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke 2010 Australien	Patients' perspectives of bedside nursing handover	This study examined patients' perspectives of participation in shift-to-shift bedside nursing handover	Kvalitativ Beskrivande fallstudie.	n=10 patienter	Patienter uppskattade att ses som en partner vården. En del föredrog en passiv roll under bedsiderapporteringen.	96% Hög
Sand- Jecklin & Sherman 2014 USA	"A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation"	To quantify quantitative outcomes of a practice change to a blended form of bedside nursing report.	Kvantitativ Enkäter samt insamling av journalldata.	n=844 544 patienter 300 sjuksköterskor	Sjuksköterskan ansåg att implementeringen bidrog till ökad patientsäkerhet och patientdelaktighet. Rapporteringen genomfördes inte alltid korrekt.	68% Medel
Sand-Jecklin & Sherman 2012 USA	"Incorporating bedside report into nursing handoff: evaluation of change in practice"	To evaluate both the process and outcomes of moving to a blend of both recorded and bedside reports in terms of effectiveness, efficiency, patient and staff satisfaction, and impact on patient safety.	Kvantitativ Enkäter delades ut vid två tillfällen och journalldata samlades in.	n=656 410 patienter 246 sjuksköterskor	Patienternas tillfredsställelse ökade men inte alla kände sig delaktiga. Sjuksköterskan ansåg att patientens delaktighet ökade men att effektiviteten av rapporten minskade.	59% Medel

Street, Eustace, Livingston, Craike, Kent & Patterson 2010 Australien	Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover	The aims of this study were to identify strengths and limitations in current practices of handover at the change of shift by nursing staff and implement a new bedside process to improve patient safety.	Kvantitativ Enkäter delades ut vid två tillfällen.	n=259 sjuksköterskor	Sjuksköterskorna ansåg att bedsiderapportering förbättrade patientens involvering i vården.	72% Medel
Timonen & Sihvonen 2010 Finland	Patient participation in bedside reporting on surgical wards	The aim of this study was to compare nurses' and patients' opinions of the purpose of bedside reports, patient participation in reporting sessions, and factors that promote or prevent their participation	Kvantitativ Enkäter och observationer.	n=74 patienter n=118 sjuksköterskor n=76 observationer	Bedsiderapportering förbättrade patientens delaktighet i vården genom att sjuksköterskorna ställde frågor.	86% Hög
Whitty, Spinks, Bucknall, Tob iano & Chaboyer 2016 Australien	Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment	"To describe and compare patients' and nurses' preferences for the implementation of bedside handover."	Kvantitativ Enkäter.	n=486 patienter n=202 sjuksköterskor	Det var viktigt för patienterna att bli inbjudna att delta och få ha en anhörig med sig under bedsiderapportering. Sjuksköterskorna tyckte det var viktigt att involvera patienten.	75% Medel