



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

RAPPORTERINGS- SYSTEM OCH PATIENTSÄKERHET

EN LITTERATURSTUDIE

THERESE HAMNES
ULRIKA KARLSSON

Examensarbete i omvårdnad
46-55 p
Sjuksköterskeprogrammet
Maj 2007

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmaster@hs.mah.se

RAPPORTERINGSSYSTEM OCH PATIENTSÄKERHET

EN LITTERATURSTUDIE

THERESE HAMNES
ULRIKA KARLSSON

Hamnes, T & Karlsson, U. Rapporteringssystem och patientsäkerhet, en litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad, 10 p.* Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde Omvårdnad, 2007.

Syftet med denna litteraturstudie var att sammanställa vetenskaplig kunskap om vilka rapporteringssystem som finns samt om något av dem leder till större patientsäkerhet. Metoden som har använts för att få fram resultatet är en systematisk litteraturstudie där vetenskapliga artiklar granskas. Det finns fyra olika rapporteringssätt: muntlig rapport, bandspelarrapport, tyst rapport och bedsiderapport. Inget av dem leder ensamt till ökad patientsäkerhet. Resultatet baseras på nio vetenskapliga artiklar. Resultatet visar att då muntlig rapport används kan informationen som tas upp vara irrelevant för patientvården. Det kan bli sjuksköterskans egna personliga värderingar om patienter som tas upp och viktig information faller i glömska, vilket kan spela en avgörande roll för kvaliteten på vården och patientsäkerheten. Ytterligare forskning kring rapporteringssystem och patientsäkerhet behövs och då mer inriktad på empiriska studier.

Nyckelord: Bedsiderapport, dokumentation, muntlig rapport, patientsäkerhet, rapporteringssystem, sjuksköterskor

SYSTEMS OF REPORTING AND THE SAFETY OF PATIENTS

A LITERATURE REVIEW

THERESE HAMNES
ULRIKA KARLSSON

Hamnes, T & Karlsson, U. Systems of reporting and the safety of patients, a literature review. *Degree project, 10 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2007.

The aim of this literature review was to compile scientific knowledge of which systems of reporting that exists and if any of them will lead to a greater patient safety. The methods used to bring out the results is a systematic literature review where scientific articles has been examined. There are four ways to carry out a report: the verbal handover, the taped report, the silent/written report and the bedside report. Neither of those will alone lead to an increased safety for the patients. The result is based on nine scientific articles. The result indicates that when verbal handovers are used the information can be irrelevant to the patient care. The nurses' personal judgements about the patients are often brought up during the verbal handover and important information is forgotten. This can play a vital role for the care of the patients and also their safety. Further research about systems of reporting and patient safety is needed and then in an empirical style.

Keywords: Bedside report, documentation, nurses, patient safety, systems of reporting, verbal report

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Rapporteringens och omvårdnadsdokumentationens historia	5
Lagar och förordningar som styr rapportering och dokumentation	6
Etik	6
Trygghet och säkerhet	7
Tidsaspekter	7
Muntlig rapport	7
Bandspelare	8
Tyst rapport	8
Bedsiderapport	8
SYFTE	9
METOD	9
Steg 1 Definiera problemet	9
Steg 2 Definiera studiens inklusions- och exklusionskriterier	9
Steg 3 Utforma en plan för litteratursökningen	9
Identifiera tillgängliga resurser	10
Identifiera relevanta litteraturkällor	10
Fastsälla huvuddragen i sökningen	10
Utveckla en sökväg för varje system	10
Steg 4 Utföra litteratursökningen och samla in funna artiklar	10
Steg 5 Tolka artiklarnas bevis	12
Steg 6 Sammanställa bevisen	13
RESULTAT	13
Sammanfattande resultat	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
Framtida kliniskt värde av vårt resultat	22
Framtida forskning	22
REFERENSER	23
BILAGOR	25

INLEDNING

Vi har valt att göra en litteraturstudie med inriktning på rapportering och patient-säkerhet. Rapportering av olika slag är viktig i sjuksköterskans arbete och är något man ägnar stor del av varje arbetspass åt, på olika sätt (Strople & Ottani, 2006). Det kan t ex handla om överrapportering eller avvikelserapportering. Bristande rapportering kan leda till att patientsäkerheten minskar (Ödegård, 2006).

Sjuksköterskor baserar sina kliniska beslut och prioriteringar av patientvården på innehållet som ges i rapporten. En ofullständig rapport eller en rapport som innehåller information som kan misstolkas, kan leda till ödesdigra komplikationer för patienten (Strolpe & Ottani, 2006).

I vårt arbete kommer vi även att ta upp en del om dokumentation, eftersom det inte är möjligt att utföra en fullgod rapport utan att det finns relevant dokumenterad information (Björvell, 2001).

Som blivande sjuksköterskor är det viktigt att ha den kunskap som vi hoppas kunna inhämta om olika rapporteringssystem, för att kunna veta om det eventuellt finns något system som leder till större patientsäkerhet.

BAKGRUND

Rapportering handlar om verbal kommunikation som behandlar patienters hälsostatus, behov, behandlingar och resultat av behandlingar. Syftet med rapportering är att skapa kontinuitet och problemlösning i vården. Rapporten kan ses som ett komplement till god dokumentation, eftersom det är den dokumenterade informationen som förs vidare vid rapporten. Genom rapportering kan problem lösas medan onödig dokumentation av problem kan minimeras (Thomas Eggländ & Skelly Heinemann, 1994).

Verbal kommunikation innebär att tala men också att lyssna. Nyckeln till en effektiv rapport är att utbytet av information sker fokuserat av den som avger rapporten och att de som ska ta in informationen lyssnar aktivt. Det är viktigt att veta när under en rapport en person ska tala och när denne ska lyssna. För att utbytet av information ska gå så smidigt som möjligt är det viktigt att sjuksköterskan överväger vad som ska tas upp, varför just denna information tas upp, var och när det ska tas upp och hur det ska sägas. Planering av rapporten gör att den går smidigare att genomföra (a a).

Rapporteringens och omvårdnadsdokumentationens historia

Redan så långt tillbaka som då Florence Nightingale (1820-1910) var verksam, ansågs det att det var viktigt med rapportering och att notera sjuksköterskans observationer gällande patienternas status. Florence Nightingales syfte med rapporterna var att de skulle bidra till en tryggare sjukvård. Hon beskrev också att sjuksköterskor skulle sätta en ära i att göra upp olika system, rutiner, böcker och

räkenskaper över patienterna. Vid sjukdom eller frånvaro hos sjuksköterskorna kunde dokumentationen överföras till andra och arbetet kunde utföras i sin vanliga ordning. Doktor H R Waage, som 1905 skrev "Lärobok i sjukvård", poängterade betydelsen av sjuksköterskans observationer och dokumentation för att kunna underlätta läkarnas arbete och därmed säkra vården för patienterna (Jahren Kristoffersen, 2002).

VIPS-modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet) presenterades för första gången i Sverige 1992. Modellen bygger på forskning som omfattat flera olika metoder som bl a erfarenheter från praktisk prövning inom olika vårdverksamheter. VIPS-modellen ger en enhetlig och systematisk struktur vid dokumentation av patienters omvårdnad. Gemensamma begrepp och termer har utvecklats för att information ska kunna hittas i journalen, men även för att kunna använda journalen som underlag för utveckling av kvaliteten av vården (Ehnfors et al, 2005).

Lagar och förordningar som styr rapportering och dokumentation

Sverige har sedan 1986 en patientjournallag (1985:562). Där anges att all legitimerad personal inom hälso- och sjukvård ska föra journal över varje enskild patient. Denna journal får inte vara gemensam för flera patienter. De anteckningar som innehåller information om patientens hälsotillstånd, andra personliga förhållande samt vårdåtgärder är journalhandlingar. Varje anteckning i journalen ska skrivas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras. Informationen i journalen ska vara tillgänglig och utformad på ett sådant sätt att alla berörda yrkeskategorier kan ta del av den och att uppgifter inte behöver dokumenteras flera gånger. Även omvårdnadsjournalen, så som all journalföring, ska påvisa vad som verkligen utförts i vården (a a).

I Socialstyrelsens (1993:20) allmänna råd och föreskrifter om patientjournalagen betonas ovan nämnda skyldigheter ytterligare. I punkt 17; Särskilda föreskrifter vid dokumentering av omvårdnad, anges att det är sjuksköterskan som har det övergripande ansvaret för att omvårdnadsdokumentationen genomförs. Omvårdnadsdokumentationen ska vara tydlig, utgå från patientens individuella behov och beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Dokumentationen ska uppdateras fortlöpande för att trygga patientens säkerhet under vårdtiden. Slutligen ska omvårdnadsdokumentationen sammanfattas i en epikris vid utskrivning av patienten (a a).

I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) anges det specificerat att sjuksköterskor ska kunna främja säkerhet och kvalitet. Detta innebär att ha förmågan att följa gällande riktlinjer och rutiner. Sjuksköterskan ska även använda informations- och kommunikationsteknologin som stöd i omvårdnadsarbetet (a a).

Etik

I ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor (2000) poängteras att sjuksköterskan ska ha ett etiskt tänkande i hela sitt omvårdnadsarbete, även vid dokumentation. Innehållet i dokumentationen ska kunna läsas av många utan att vara kränkande mot patienten (a a). Sjuksköterskan har även tystnadsplikten att tänka på vid sitt arbete. Att röja information om patienter kan

direkt påverka deras vårdssituation och sjuksköterskan kan straffas enligt sekretesslagen (1998:100).

Trygghet och säkerhet

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anges målet för all hälso- och sjukvård, både offentlig och privat. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för alla. Kraven på en god vård innebär att den särskilt ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare anges att hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet (a a).

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården; SOSFS (2005:12), anges att patientsäkerhetsarbete innebär arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser. Vidare anges att patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada, d v s resultatet av åtgärder mot risker, tillbud och negativa händelser (a a).

Tidsaspekter

En tidstudie som utfördes på två akutvårdsavdelningar på Karolinska sjukhuset i Stockholm, undersökte den muntliga rapporteringen över hela dygnet. Det visade sig då att hela nio timmar per dygn gick åt till att rapportera. Liknande resultat framkom också vid en undersökning som gjordes på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg (Björvell, 2001). Detta kan jämföras med tyst rapportering, d v s att läsa in information på egen hand. En tidstudie utfördes i likhet med ovan nämnda studie, för att kunna jämföra resultaten. Det framkom då att om personalen ägnade sig åt tyst rapportering gick endast fyra timmar per dygn åt till rapportering. Detta innebar att mer tid kunde gå åt till att vårda patienter och att se till att information dokumenterades på ett utförligt sätt (a a).

Muntlig rapport

Muntlig rapport är den form av rapportering som är mest vanlig (Thomas Eggland & Skelly Heinemann, 1994). Rapporteringsformen innebär att saklig professionell information som handlar om patienters vård, överförs mellan sjuksköterskor eller andra personalkategorier. Rapporten fokuserar på patientens behov och har som syfte att skapa kontinuitet i vårdkedjan (a a). Vid muntlig rapport finns också stort utrymme för att utbyta tankar och funderingar angående patienters vård mellan personalen (Björvell, 2001). Muntlig rapport används ofta vid byte av skift eller då en patient överförs mellan olika vårdavdelningar (Thomas Eggland & Skelly Heinemann, 1994). Denna typ av rapport utförs i regel bakom stängda dörrar utan patienten t ex på ett kontor. Det kan även handla om rapportering över telefon. Denna typ av rapportering underlättas av att den sjuksköterska som ska ta emot patienten har ett standardformulär med frågor eller information som hon eller han behöver veta om patienten för att kunna ge optimal vård. En annan viktig aspekt

vid muntlig överrapportering via telefon är att den sjuksköterska som tar emot informationen alltid bör anteckna namnet på den person som överlämnar informationen, för att vid eventuella missförstånd eller frågor kunna kontakta huvudkällan (a a).

Vid den muntliga rapporten är det viktigt att sjuksköterskan som avger rapporten är kort och koncis i sin information, inte använder slanguttryck och inte lägger sina egna värderingar i den information hon ger ut om patienten eller dennes närstående (Strolpe & Ottani, 2006; Thomas Eggländ & Skelly Heinemann, 2004).

Bandspelare

Liknande den muntliga rapporten, finns alternativet att använda sig av en bandspelare vid rapporten. Vid användande av bandspelare har den sjuksköterska som går av sitt skift spelat in uppdaterad och relevant information om patienterna som sjuksköterskan som börjar sitt skift behöver för att kunna ta beslut angående deras vård. Rapporten utförs som en muntlig, men istället för att sitta ansikte mot ansikte med någon, sitter sjuksköterskan som går på sitt skift med en bandspelare och lyssnar. Det blir på så sätt en envägskommunikation (Thomas Eggländ & Skelly Heinemann, 1994).

Tyst rapport

Att läsa in information om patienten på egen hand kallas tyst eller skriftlig rapport. Personalen som kommer in till det nya skiftet tar del av den information som finns dokumenterad om patienten, för att kunna prioritera vilka åtgärder respektive patient är i behov av. En förutsättning för att tyst rapport ska kunna ske är tydlig dokumentation. Vid tyst rapport minskar dock det kollegiala utbytet av tankar och funderingar kring patienters vård eftersom varje sjuksköterska läser in informationen på egen hand (Björvell, 2001).

Bedsiderapport

Bedsiderapportering är en form av rapportering där information från den patientansvariga sjuksköterskan överlämnas till det inkommande skiftets patientansvariga sjuksköterska, tillsammans med patienten (Bourne, 2000). Rapporten börjar med att den inkommande sjuksköterskan inhämtar personlig, skriftlig information om patienterna hon eller han ska vara ansvarig för. Sedan går hon eller han tillsammans med den sjuksköterska som ska gå av sitt skift in till patienten, där patientens hälsostatus går igenom så att alla parter har vetskap om vad som gäller. Rapporten tar 2 – 3 minuter per patient. Efter rapporten kan sjuksköterskan identifiera vad som bör prioriteras hos varje patient under arbetspasset (Anderson & Mangino, 2006).

Denna typ av rapport kan ses som unik, eftersom den ger möjligheten att involvera patienten i hans/hennes egen vård på ett annat sätt (a a). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, ska vården utformas och genomföras i samråd med patienten, så långt detta är möjligt, för att patienten ska känna sig trygg och delaktig i vården. Anderson & Mangino (2006) beskriver att många av dagens patienter har mer medicinska kunskaper än tidigare och att de dessutom är mer

medvetna om sina rättigheter i vården. Patienterna vill bli informerade om de val av behandlingar och möjligheter som finns, detta möjliggörs på ett annat sätt genom bedsiderapporten (a a).

SYFTE

Syftet med detta examensarbete är att undersöka vilka olika rapporteringssystem det finns och om något av dem leder till större patientsäkerhet.

METOD

För att syftet ska uppfyllas har författarna utfört en systematisk litteraturstudie där vetenskapliga artiklar har använts. Litteraturen beskriver olika rapporteringssystem och patientsäkerhet. Enligt Goodman finns det sju steg i forskningsprocessen vid sammanställning av denna typ av studie (SBU, 1993).

Steg 1 Definiera problemet

Fokus för detta examensarbete var tydliggjort innan litteratursökningen genomfördes. Examensarbetet skulle ge svar på om något rapporteringssystem ledde till ökad patientsäkerhet.

Steg 2 Definiera studiens inklusions- och exklusionskriterier

Det var önskvärt att artiklarna skulle vara publicerade de senaste 10 åren (tidigast från 1997) eftersom det ansågs relevant att dagens rapporteringssystem och syn på patientsäkerhet skulle speglas. Kvalitativa och kvantitativa artiklar samt i begränsad mån även review-artiklar kunde inkluderas. Inklusionskriterier för artiklarna var att de fanns publicerade i erkända vetenskapliga tidskrifter samt att de skulle vara skrivna på svenska eller engelska. Ytterligare ett inklusionskriterium var att artiklarna skulle handla om sjuksköterskor.

Exklusionskriterier för artiklarna var att de inte var publicerade inom den tidsram som önskades samt att språket var annat än ovan angivet. Artiklarna skulle även vara relevanta för ämnet.

Steg 3 Utforma en plan för litteratursökningen

Enligt Goodman (SBU, 1993) ska forskningsproblemet och angivna inklusions- och exklusionskriterier ligga till grund för planen för litteratursökningen. Vidare definierar Goodman fyra grundläggande steg i utformningen av planen. Stegen presenteras nedan:

Identifiera tillgängliga resurser

Några av de databaser som fanns tillgängliga från Malmö Högskola användes som resurser eftersom alla artiklar var tvungna att finnas tillgängliga i någon av dem. Malmö Stadsbibliotek samt biblioteket för Hälsa och Samhälle på Malmö Högskola fanns tillgängliga för att tillhandahålla litteratur. De ekonomiska och tidsmässiga resurserna var begränsade eftersom arbetet är ett examensarbete som sträcker sig över 10 veckor och som ingår i sjuksköterskeutbildningen.

Identifiera relevanta litteraturkällor

Enligt Goodman ska ett flertal olika källor genomsökas för att öka sannolikheten för att få fram relevanta artiklar (SBU, 1993). För att uppnå detta mål användes tre av de databaser som fanns tillgängliga från Malmö Högskola; Pubmed, Cinahl och SamSök.

Författarna försäkrade sig om att sökningar gjorts i tillräcklig omfattning, genom att referenslistor i funna artiklar granskades (SBU, 1993).

Fastsälla huvuddragen i sökningen

Fokus i sökningen skulle ligga i att finna relevanta artiklar som handlade om rapporteringssystem och patientsäkerhet.

Utveckla en sökväg för varje system

Sökorden som användes kom fram genom att författarna från början visste att "shift report" var ett lämpligt sökord. Detta sökord hittades genom att en sökning på Karolinska Institutets hemsida (www.kib.ki.se) gjordes under rubriken "Svensk MeSH". På så sätt hittades även ett litet antal andra sökord. Ett antal artiklar hittades då den första sökningen på "shift report" gjordes. Sedan gjordes sökningar på några av dessa artiklars key words för att på så sätt hitta nya artiklar.

Andra sökord som användes var: safety management, nursing, shift-to-shift report, point-of-care systems, verbal report, bedside handovers, patient's perceptions, handover reports, intershift report, nursing shift report, nursing handovers och documentation. Kombinationer av flera sökord gjordes, för att begränsa antalet träffar (se tabell 1).

Steg 4 Utföra litteratursökningen och samla in funna artiklar

Det var artiklarnas titlar som avgjorde huruvida abstrakten lästes. En del artiklar valdes bort redan här på grund av att det framgick att de inte tog upp information som skulle hjälpa till att uppfylla syftet. Den första sökningen utfördes 2007-04-03. I tabell 1 står inga datum för de sökningar som utfördes då angivna. Då författarna granskat materialet och sett att en del av artiklarna endast kunde användas till bakgrunden i detta examensarbete gjordes ytterligare en sökning 2007-04-19 och slutligen en sökning 2007-04-23 för att hitta mer material till resultatet. Datum för dessa sökningar finns angivet i tabell 1. Då sökningar i de olika databaserna gjordes återkom samma artiklar gång på gång och sökningarna upplevdes därför som täckande. Sökningen som skedde i Cinahl gav inga resultat, då inga artiklar kunde hittas i fulltext.

Vid sökningarna visade det sig att det var få artiklar som var inriktade på ämnena rapportering och patientsäkerhet. De flesta artiklar beskrev olika rapporterings-system men med olika infallsvinklar. På grund av detta valdes även artiklar som i sitt resultat inte kom fram till något som direkt kunde appliceras på syftet, men som ändå ansågs ge bra information i andra delar av artikeln.

Författarna gjorde den första litteratursökningen var för sig. Artiklar som hittades lästes och valdes ut gemensamt. De artiklar som valdes ut lästes sedan igenom mer noggrant av författarna var för sig, för att sedan gemensamt diskuteras och analyseras och se om de kunde användas i bakgrund eller resultat. Författarna har varit samstämmiga vid val av artiklar både till bakgrund och till resultat. Den andra och tredje sökningen gjordes gemensamt och artiklar som hittades lästes och valdes också ut gemensamt.

I tabell 1 nedan, kan man även se att en av sökningarna har gjorts på ett författarnamn. Denna sökning utfördes eftersom namnet hittats som referens i tidigare granskad eller använd artikel. Efter att alla sökningar var gjorda (MeSH och fritext) kunde artikeln i fråga inte hittas, men då andra artiklar granskades hittades detta författarnamn ofta som referens. Sökning gjordes då specifikt på detta författarnamn varpå artikeln hittades. Artikeln kunde därefter granskas och användas.

I tabell 2 nedan, finns de sökningar som utfördes i SamSök angivna. Här har namnet på den tidskrift som artikeln finns med i sökts. Detta efter att artikeln hittats i PubMed men inte kunnat komma åt.

Tabell 1. Databassökning i PubMed

PubMed	Träffar	Lästa Abstrakts	Använda Artiklar
1. Nursing [MeSH]	175499	0	0
2. Safety Management [MeSH]	7027	0	0
3. Point-of-care Systems [MeSH]	2839	0	0
4. "Shift-to-shift report" (fritext)	2	2	2
5. "Shift Report" (fritext)	33	8	1+2*
6. "Bedside Handovers" (fritext)	3	1	1
7. "Verbal Report"(fritext)	154	2	0
8. "Patients perception" (fritext)	41	0	0
9. "Handover reports" (fritext)	3	3	0
10. "Jagoo Z" (fritext)	1	1	1

11. "Intershift Report" (fritext)	12	2	0
12. Nursing [MeSH] AND "Bedside handovers" (fritext)	3	2	0
13. Nursing [MeSH] AND "Shift Report" (fritext)	13	3	2
14. Nursing [MeSH] AND "Shift-to-shift report" (fritext)	642	0	0
15. Nursing [MeSH] AND "Patinets Perceptions" (fritext)	8	0	0
16. "Nursing shift report" (fritext) 2007-04-19	119	3+5*	1+5*
17. "Nursing Handovers" (fritext) 2007-04-23	4	1	1
18. Documentation [MeSH] 2007-04-23	604146	0	0
19. Nursing [MeSH] AND Documentation [MeSH] 2007-04-23	1221	2	1
TOTALT		31	10

* artiklarna har hittats vid tidigare sökning med redan använda sökord

Tabell 2. Databassökning i SamSök

SamSök	Träffar	Lästa Abstrakt	Använda Artiklar
"Nursing Administration Quarterly"	1	1	1
"Journal of research in nursing"	1	1	1
TOTALT			2

Steg 5 Tolka artiklarnas bevis

Enligt Goodman ska ett systematiskt tillvägagångssätt användas för kritisk granskning av studier som uppkommer efter genomförd litteratursökning (SBU, 1993). De 12 artiklar som fick ingå i examensarbetet granskades noggrant och enskilt enligt Carlsson & Eiman (2003) granskningsprotokoll. Carlsson & Eiman (2003) har ett system för betygssättning av artiklar, något som upplevdes som användbart av författarna. Denna granskningsmetod gjorde det lätt att motivera varför artikeln fick ett visst betyg. Protokoll för kvalitativa, kvantitativa samt litteraturstudier användes, då alla dessa tre typer av artiklar användes i examensarbetet. Om artikeln innehöll vissa kriterier (se bilaga 1.1-1.3) fick den en viss

poängssumma. Denna summa kunde sedan användas för att räkna ut hur hög procentsats artikeln höll gällande vetenskaplig kvalitet. Artiklarna fick då en gradering, Grad I – Grad III, där Grad I innebar att artikeln höll hög vetenskaplig kvalitet, Grad II medelgod kvalitet och Grad III låg vetenskaplig kvalitet.

Steg 6 Sammanställa bevisen

Alla artiklar fanns att tillgå i elektronisk form. Artiklarna lästes upprepade gånger för att författarna skulle sättas in i materialet. Sex artiklar höll hög kvalitet, tre artiklar höll medelgodkvalitet och tre artiklar höll låg kvalitet.

RESULTAT

Rapportering är en aktivitet som är nödvändig i det dagliga arbetet för sjuksköterskor. Utbyte av information är den centrala delen av rapporten. Beroende på vilken typ av rapport som används, kan det även erbjuda möjligheter för social interaktion, emotionell support och utbildning för studerande (Meissner et al, 2007). Nedan kommer artiklarna som granskats att presenteras en och en, där studiens typ och resultat går igenom.

Artikeln ”Improving nursing shift-to-shift report” skriven av Benson et al (2007) är en undersökning gjord på sjuksköterskor i Kanada. Studien håller medelgod vetenskaplig kvalitet och är från början en rapport som handlar om kommunikation på arbetsplatsen. Denna rapport har sedan delats upp i tre delprojekt; ett om dokumentation, ett om rondan och det som vi har tagit del av som handlar om rapporteringen vid byte av arbetspass. I den artikeln har först en litteraturstudie utförts och då framkom att rapporten saknar en formell struktur. Detta leder ofta till att den information som ges är upprepande och irrelevant för patientvården. Om informationen i rapporten är irrelevant för patientvården, minskar också patientsäkerheten. Efter att tre rekommendationer för hur en rapport kan förbättras framkommit samt efter att ett diskussionsforum för personalen ägt rum, togs riktlinjer som ska hjälpa till att få en struktur på rapporten fram. De riktlinjer som framkom kan ses nedan:

- Rapporten skall vara objektiv, koncis och relevant för patientvården
- Rapporten skall utföras inom den tidsram som avdelningen bestämmer skall förekomma
- Rapporten skall innehålla uppdaterad information om patientens hälsostatus, observationer om eventuella förändringar, eventuella familjära behov
- En gående rond till de patienter man är ansvarig för bör göras med avgående sjuksköterska i de fall det är möjligt, efter att rapporten är avlagd
- Rapporten skall *inte* innehålla normala fynd eller rutininformation som kan hittas på andra ställen/i andra källor eller onödiga kommentarer om patienten/närstående (a a).

Vidare kom Benson et al (2007) fram till att beroende på när under dygnet rapporten utförs, tar den olika lång tid. Längden varierade mellan 15 till 45 minuter (a a).

Sjuksköterskors upplevelser av rapportering och möjliga skäl till missnöje med rapporteringen undersöktes i 10 Europeiska länder av Meissner et al (2007). Denna artikel höll hög vetenskaplig kvalitet. De kom fram till att missnöjet var lägst i England, Polen och Slovakien, där mindre än en av fyra sjuksköterskor var missnöjda med rapporteringssystemet som användes. Det största missnöjet fanns i Frankrike, där 61 % av deltagarna upplevde missnöje med rapporteringen. Missnöjet var också frekvent i Italien och Tyskland. Den vanligast förekommande orsaken till att missnöje förekom var att sjuksköterskorna upplevde att de blev störda och avbrutna för mycket under rapporten. Detta upplevdes som ett problem för 9 % – 44 % av respondenterna. Brist på tid var det vanligast förekommande orsaken till missnöjet i Frankrike, Polen och Slovakien. I Frankrike uppgav nästan hälften (46 %) av deltagarna att tidsbrist var orsaken till att de var missnöjda med rapporteringen. Dålig atmosfär på arbetsplatsen och brist på utrymme att utföra rapporten var andra orsaker som uppgavs som anledningar till att missnöje förekom. Meissner et al (2007) anser att en koppling mellan missnöjet med rapporteringen och kvaliteten på ledarskap och social support från kollegor kan ses. Om sjuksköterskorna upplever att de blir störda eller avbrutna under rapporten kan detta leda till att de kommer av sig i sin rapport och glömmer att ta upp viktiga aspekter gällande patienterna. Detta skulle då minska patientsäkerheten (a a).

På en gynekologisk avdelning med 28 bäddar utförde Kassean och Jagoo (2005) en studie där det undersöktes hur förändringen från att använda muntlig rapport till att använda bedsiderapport påverkade arbetsituationen för sjuksköterskorna. Artikeln höll medelgod vetenskaplig kvalitet. Innan studien utfördes, användes en typ av envägskommunikation som muntlig rapport, där den ansvariga sjuksköterskan rapporterade nödvändig information till de sjuksköterskor som började sitt skift. Detta resulterade i att innehållet i rapporten ofta blev irrelevant och inte relaterat till patientens behov av vård. Det var alltså inte den mest optimala typen av rapport som användes, med hänsyn till patientsäkerheten. Dessutom fanns ett missnöje från patienternas sida, eftersom de ansåg att de inte blev involverade i sin egen vård lika mycket som de skulle ha önskat. Studiens resultat visade att förändringen till att använda bedsidemodellen för rapportering gjorde att personalen fick ett ökat självförtroende och blev mer entusiastiska i sitt arbete. Sjuksköterskorna vågade dessutom ifrågasätta en del av sina arbetsuppgifter, vilket ytterligare ledde till en förbättrad arbetsmiljö. Bedside-rapporten ledde till att sjuksköterskorna kunde börja sitt skift med att få insikt och verkligen se vilka behov patienten hade. Patienterna var också mer nöjda med sin vård, eftersom de blev mer involverade och vården blev på så sätt mer individanpassad. Bedsiderapporten gav många, snabba lösningar på de problem som fanns då muntlig rapport användes. Patientsäkerheten ökade vid användande av bedsiderapporten (a a).

Syftet med Dowding (2001) kvantitativa studie var att undersöka vad manipulerat innehåll i rapporten hade för effekt på sjuksköterskans förmåga att planera patientvården. Studien som höll hög vetenskaplig kvalitet, utfördes på en medicinsk och en kirurgisk avdelning. Dowding (2001) anser att sättet som informationen är strukturerad på avgör hur väl en individ kan ta in och tillgodogöra sig den. Hon har sett att typen av rapport har en signifikant betydelse

för sjuksköterskans förmåga att planera vården. Resultatet indikerade att verbal kommunikation vid rapportering inte var det mest effektiva sättet att kommunicera information om patienten. Det var heller inte det mest effektiva sättet att använda om sjuksköterskan sedan utifrån rapporten skulle planera patientens vård effektivt. Verbal kommunikation gjorde att säkerheten för patienterna minskade (a a).

Patienters upplevelser av bedsiderapporten undersöktes i en kvalitativ studie av hög vetenskaplig kvalitet av Cahill (1998). Ostrukturerade intervjuer utfördes på 10 patienter på en sjukhusavdelning. Det framkom att vid bedsiderapportering skapas ett slags forum där information kan utbytas mellan patient och sjuksköterska och att patienter upplever bedsiderapporten på olika sätt. En del patienter var mycket positiva till att få vara med och påverka sin egen vård. Andra hade en mer negativ inställning och ansåg att sjukvårdspersonalen skulle vara de som hade den professionella yrkesrollen och därför skulle de också fatta beslut om patienten. En del patienter ville inte vara med och delta eftersom de tyckte att de hade för lite kunskap om sin sjukdom, samt inte förstod medicinska termer. De menade att detta kunde leda till missförstånd. Andra patienter upplevde rapporteringen som besvärlig eftersom de hela tiden fick höra upprepningar om sig själv flera gånger per dag. De flesta patienterna tyckte att det var positivt att ha sjuksköterskestudenter med under rapporten eftersom de då upplevde att de hade en möjlighet att få lära sig mer om sin sjukdom. Då en sjuksköterskestudent fanns med, upplevde några patienter att en del sjuksköterskor hade ett oprofessionellt sätt gentemot sin student, genom att de kritiserade och korrigerade studenternas misstag inför patienten. Ur säkerhetssynpunkt framkom att vid rapportering enligt bedsidemodellen är det tveksamt om sekretesslagen (1998:100) följs. Vid rapportering där sjuksköterskan befinner sig inne hos patienten är det svårt att skärma av från andra patienter och det blir svårt att se till att informationen inte hamnar ”i fel händer”. Detta skulle då minska patientsäkerheten. Men det var däremot inte något som störde patienterna nämnvärt (a a).

23 rapporteringstillfällen under hela dygnet spelades in och analyserades för att komma fram till om rapporteringen verkligen var nödvändig i Sexton et al (2004) empiriska studie. Denna artikel höll hög vetenskaplig kvalitet. Enligt Sexton et al (2004) kan nämligen det mesta av den information som överförs vid den muntliga rapporten redan hittas i dokumenterad form (86,4 %), eller så är det helt enkelt irrelevant för patientvården (9,5 %). De har även sett att långa rapporter resulterar i att personalen får arbeta övertid och att den personal som ska börja sitt skift heller inte kan sätta igång med sina arbetsuppgifter lika snabbt. Det gör att patienternas behov av vård blir lidande under rapporten, något som då minskar patientsäkerheten (a a).

En kvantitativ studie av medelgod vetenskaplig kvalitet där kirurgiska akutvårdsavdelningar jämfördes med medicinska akutvårdsavdelningar på två distriktssjukhus i Sydöstra England gjordes av Lamond (2000). Då framkom att vid muntlig rapportering finns det ofta mer dokumenterad information om patienten än vad som tas upp vid rapporten. Det blir därför ofta sjuksköterskans egna personliga värderingar om patientens hälsostatus som tas upp vid rapporten istället för det som står dokumenterat i journalen, t ex allergi hos patienterna. Enligt Lamond (2000) fanns 55 dokumenterade fall av allergi, men vid rapporten informerades det endast i ett av fallen att patienten hade allergi. Detta är något som påverkar säkerheten för patienten i allra högsta grad. Ett fall av allergi som

inte rapporteras kan bli direkt livsavgörande för patienten. Det verkar också vara så att information om patienterna som är frekvent nedskriven i dokumentationen oftare nämns vid rapporten. Detta stöds av Spearman's rank order correlation, där en hög signifikant positiv korrelation mellan den information som var nedskriven i noteringar om patienten och i journaler och rapporteringen kunde utläsas. Lamond (2000) fann även att personalens uppfattning om patientens psykiska status och personlighet nämndes mer under en rapport än i journalen. Vidare kom hon fram till att rapporteringen tar olika lång tid beroende på när under dygnet den utförs. Längden på rapporterna varierade mellan 15 till 55 minuter. Bedside-rapporten anses dock vara mer tidskrävande jämfört med den muntliga eller tysta rapporten (a a).

Rapporteringens funktion i praktiken undersöktes av Kerr (2002). Artikeln höll hög vetenskaplig kvalitet. Kerr (2002) gjorde en kvalitativ studie för att få bättre förståelse för hur rapporten fungerar. Han ville även undersöka kommunikationen mellan sjuksköterskor. Kerr (2002) kom fram till att rapporten kan delas upp i tre delar, där varje del har olika syften. Den första delen består av prerapporten där personalen som går av sitt skift uppdaterar dokument och information om patienterna och förbereder inför själva rapporten. Den andra delen består av själva rapporten och överlåtandet av information till den personal som börjar sitt skift. Den tredje och sista fasen var postrapporten då sjuksköterskorna utifrån den information de just tagit del av i rapporten, utför de omvårdnadsåtgärder som är av högst prioritet. Dessa tre delar av rapporten kan var för sig sägas beröra säkerheten för patienten. Under prerapporten uppdateras informationen, så att optimal vård ska kunna ges till patienterna och även för att inga viktiga aspekter ska glömmas bort vid själva rapporten. Detta ökar säkerheten för patienterna. Under själva rapporten förs denna information sedan vidare. Sedan under postrapporten kan de viktigaste åtgärderna utföras, vilket medför ökad säkerhet för patienterna. Vidare kom Kerr (2002) fram till att rapporten är en mycket komplex typ av kommunikation mellan sjuksköterskor. Han såg också att sjuksköterskestudenter och oerfaren personal lär sig genom att erfaren personal föregår med gott exempel. Rapporteringen ger sjuksköterskestudenterna och den oerfarna personalen en möjlighet att socialiseras och formas till sin nya professionella yrkesroll (a a).

I Bangkok genomfördes en studie på ett privatsjukhus av Cheevakasemsook et al (2006). Artikeln höll hög vetenskaplig kvalitet. De har använt sig av både kvalitativa och kvantitativa metoder för att undersöka komplexiteten i omvårdnadsdokumentation och även relaterade faktorer. Denna artikel gav inget direkt svar på syftet. Resultatet säger att dokumentation är en viktig mekanism som behövs för att vården ska kunna utföras på ett korrekt sätt och även kunna utvärderas. Det framkom att det fanns stor komplexitet i omvårdnadsdokumentation. Att bli avbruten i sitt dokumentationsarbete, ofullständig journalföring och opassande journalföring som ledde till att information repeterades och tog upp onödig tid var tre vanliga problem som sjuksköterskorna upplevde fanns. Vidare framkom tre relaterade faktorer till varför ovanstående faktorer upplevdes som problem; begränsad kompetens, motivation och självförtroende hos sjuksköterskorna, ineffektiv omvårdnads-process och brist på personalutveckling (a a).

Sammanfattande resultat

Då muntlig rapport används kan informationen som tas upp vara irrelevant för patientvården. Det kan bli sjuksköterskans egna personliga värderingar om patienter som tas upp och viktig information faller i glömska, vilket kan spela en avgörande roll för kvaliteten på vården och patientsäkerheten. En del sjuksköterskor upplever att de blir störda under sin rapport eller att rapporten tar för lång tid, vilket då gör att den tid de får att vårda sina patienter minskar. Detta minskar då också säkerheten för patienterna. Rapporten är en mycket komplex typ av kommunikation mellan sjuksköterskor. Sjuksköterskestudenter och oerfaren personal ges möjlighet att socialiseras och formas till sin nya professionella yrkesroll genom rapporteringen.

DISKUSSION

Diskussionen kommer att delas i två avsnitt, ett för metoddiskussion och ett för resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Inspiration till ämnet i denna litteraturstudie inhämtades från sjuksköterskeutbildningen på Malmö Högskolas hemsida (www.hs.mah.se). Här fanns en sammanställning av beställningsarbeten från Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Syftet som valdes från början handlade om att genom att utföra en litteraturstudie göra en sammanställning över olika rapporteringssystem med deras för- och nackdelar samt om evidens för att ett system skulle vara bättre än ett annat fanns. Detta ämne ansågs dock för brett och därför gjordes en begränsning till det syfte som nu undersökts.

Anledningen till att PubMed, SamSök och Cinahl valdes som databaser, var för att dessa är stora och omfattande databaser. Men att det endast var tre databaser som användes kan ha gjort att resultatet har avgränsats. Titeln på artikeln avgjorde om den valdes ut eller inte. Att endast artiklarnas titlar lästes kan ha gjort att en del användbara artiklar har missats, eftersom det kan förekomma artiklar med missvisande titlar. Vidare hittades en del användbara artiklar som, efter att författarna läst abstraktet, kunde användas till resultatet. Men flertalet artiklar gick inte att komma åt, om inte en avgift på £ 35 betalades. Detta kan ha påverkat studiens resultat eftersom en del viktig information då kan ha missats.

Kraven på patientsäkerhet har ökat under de senaste åren (Jahren Kristoffersen, 2002). Därför ansåg författarna det relevant att artiklarna skulle vara publicerade under de senaste 10 åren.

Artiklarna som hittades i PubMed och SamSök som valdes ut, var de artiklar som passade in på syftet. Målet var att hitta 10 användbara artiklar till resultatet. Med de sökorden som användes hittades totalt 12 artiklar. Eftersom det var svårt att hitta andra litteraturkällor att använda sig av till bakgrunden, togs tre av artiklarna till detta. Det gjorde att det endast blev nio över till resultatet. Totalt grundas alltså resultatet endast på nio artiklar, men författarna ser inte att resultatet skulle ha blivit annorlunda om alla 12 artiklar använts, eftersom även de tre artiklar som användes i bakgrunden kom fram till samma resultat som de övriga nio. Dock var de tre

som användes till bakgrunden inte av samma kvalitet som de övriga nio, de höll låg vetenskaplig kvalitet (se bilaga 2).

Sex av sju steg har följts i Goodmans modell. Detta för att författarna anser att detta examensarbete inte innehåller tillräckligt med vetenskapligt material för att utföra steg sju, d v s att formulera slutsatser som grundas på artiklarnas bevis. Att Goodmans modell för systematiska litteraturstudier (SBU, 1993) har följts, har gjort att det har varit lätt att strukturera upp arbetet och veta vad som skulle göras, eftersom det handlade om att följa de olika stegen.

Från början användes granskningsmallar efter Willman & Stoltz (2006). Men efter att hälften av artiklarna granskats enligt denna modell, uppfattade författarna att det inte gick att motivera varför artiklarna höll en viss kvalitetsgrad. Därför användes istället Carlsson & Eiman (2003) granskningsprotokoll, eftersom författarna ansåg att det då blev lättare att motivera varför en artikel fick en viss kvalitetsgrad. Granskningsprotokollen för kvalitativa och kvantitativa artiklar har med triangulering som ett kriterium för vetenskaplighet i studien. Endast en av de artiklar som valts till resultatet använde triangulering. Detta var dessutom den artikel som inte svarade på syftet. Att endast en av nio artiklar använde triangulering kan göra att resultatet har blivit vinklat. Inte heller de tre artiklar som användes till bakgrunden använde triangulering, men detta ser inte författarna ha någon större betydelse, eftersom att bakgrunden inte ska generera framtida forskning utan leda in läsaren på examensarbetets syfte.

Alla valda artiklar som ingår i studien handlar om rapportering bland sjukvårdspersonal som arbetar i sjukhusmiljö. Detta beror på att vid sökningen av artiklar hittades inte studier om rapportering i annan vårdform, t ex hemsjukvård. Därför gäller resultatet endast för personal verksamma på sjukhus. Sjuksköterskor var den yrkeskategori som skulle studeras, men när artikelsökning påbörjats upptäcktes att det fanns artiklar som tog upp andra yrkeskategorier t ex läkare, undersköterskor och vårdbiträden. Men det gick ändå att urskilja den fakta som handlade om sjuksköterskors synpunkter eftersom detta var något som framkom tydligt i artiklarna.

Resultatet grundas på att inte alla önskvärda artiklar gick att komma åt i fulltext vilket kan ha påverkat. Något annat som kan ha påverkat resultatet är att inte rätt sökord användes, eller att fler sökord hade kunnats läggas till eller kombineras med de sökningar som utfördes. Artikelutbudet var tunt och det var svårt att hitta artiklar som kunde appliceras på frågeställningen. Därför valdes de artiklar som kunde komma åt. Detta kan också ha påverkat resultatet.

Resultatdiskussion

Ingen av de artiklar som använts tar upp något om tyst rapportering eller rapport med bandspelare i sitt resultat. Därför har resultatet angående rapportering med dessa metoder inte hittats. Däremot togs mycket information om tyst rapportering upp i artiklarnas bakgrunder, men detta kunde inte appliceras på resultatet i detta arbete, då originalkällorna inte kunde nås.

Författarna har dock inte funnit att något system skulle vara mer patientsäkert än något annat. Dock tas fler negativa aspekter om muntlig rapport upp, jämfört med bedside. Men detta kan ifrågasättas, eftersom det har använts sex artiklar som tar

upp den muntliga rapporten och endast två som handlar om bedsiderapporten. Resultatet stöds av Sexton (2004) som i sin empiriska studie först utförde en litteraturstudie (review) och då fann att inte någonstans i litteraturen kunde ett rapporteringssystem identifieras att vara mer överlägset eller patientsäkert än något annat (a a). Det handlar om att kunna veta vilket rapporteringssystem som har mest fördelar på den avdelning sjuksköterskan befinner sig.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården; SOSFS (2005:12), anges att patientsäkerhet handlar om resultatet av åtgärder mot risker, tillbud och negativa händelser (a a). Patientsäkerhet är ett mångsidigt begrepp. Det behöver inte enbart handla om direkta situationer som t ex att sjuksköterskan delar fel medicin eller ger för stor eller för liten mängd, utan det kan också handla om patientsäkerhet i rapporteringen. Eftersom man ovan säger att patientsäkerhet handlar om resultatet av åtgärder mot risker, kan detta även innefatta att en viss typ av rapportering används. Här kan både muntlig rapport och bedsidemodellen diskuteras. Enligt Dowding (2001) är nämligen verbal kommunikation vid rapportering inte det mest effektiva sättet att kommunicera information om patienten. Detta kan liknas vid Lamond (2000) som tar upp att vid muntlig rapport förekommer ofta sjuksköterskans egna personliga värderingar om patienter, t ex ges patienter en personlighet eller egenskaper av olika slag. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska vård ges med respekt för alla patienters lika värde. Men om personalen har förutfattade meningar om patienterna, kan detta leda till att sjuksköterskan behandlar patienterna på ett sätt som utgör lägre kvalitet för patienten. Alla patienter har dessutom rätten att själva gå in och läsa det som står i deras journal. Om sjuksköterskans personliga värderingar om patienten då skulle anges där, skulle det leda till att patienten blir kränkt. I patientjournalagen (1985:562) anges att varje anteckning i journalen ska skrivas på ett sådant sätt att patientens integritet respekteras. Därför tror författarna att de personliga värderingar sjuksköterskan kan uttrycka vid muntlig rapport uteblir vid dokumentation. Här kan man titta på det resultat som Benson et al (2007) kom fram till. I den artikeln framkom olika punkter som skulle fungera som riktlinjer för hur rapporten skulle utföras. Det handlade bl a om en objektiv, koncis och relevant rapport där innehållet skulle gynna patientvården, en rapport som skulle utföras inom en tidsram som avdelningen bestämde samt att rapporten inte skulle innehålla rutininformation som kunde hittas på andra ställen/ i andra källor. Rapporten skulle heller inte innehålla onödiga kommentarer om patienten/närstående (a a). Dessa punkter skulle kunna fungera som ett underlag för många avdelningar, bl a de som Meissner et al (2007) har undersökt. Då skulle kanske inte missnöjet upplevas lika stort bland personalen. Meissner et al (2007) kom fram till att det största missnöjet handlade om att sjuksköterskorna upplevde att de blev störda under rapporten eller brist på tid att utföra rapporten. Skulle Benson et al (2007) punkter för hur en effektiv rapport utförs appliceras på dessa avdelningar skulle kanske en del av problemen kunna lösas och missnöjet med rapporteringen minska. Dessutom skulle arbetet med de åtgärder som minskar riskerna för patienterna, d v s patientsäkerhetsarbete, kunna öka.

Det finns dock positiva sidor av den muntliga rapporten. Det positiva är att sjuksköterskan kan förklara mer detaljerat angående patientens omvårdnad. Detta kan vara svårare att utföra i en datajournal (Lamond, 2000). Dessutom erbjuds sjuksköterskestudenter och oerfaren personal möjligheten att socialiseras och formas till sin framtida yrkesroll (Kerr, 2002). Benson et al (2007) kom fram till att rapporten saknade struktur. Om sjuksköterskestudenter och oerfaren personal

ska kunna formos till sin framtida yrkesroll, krävs det att rapporten genomförs på ett sätt som gör att de kan ta till sig informationen. Att upprätthålla en bra struktur så att relevant information framkommer och att rapporten även blir ett tillfälle för studenter att lära sig något och socialiseras är viktigt. Därför kan det diskuteras om det inte hade varit bra att ha rapportering med som en del av sjuksköterskeutbildningen. Detta hade kanske kunnat påverka patientsäkerheten i längden, i den mån att de sjuksköterskor som är nyutbildade även har fått lära sig ett bra och välstrukturerat sätt att utföra en rapport. Då skulle relevant information om patienterna inte glömmas bort på samma sätt.

I resultatet tas det upp att bedsiderapporten gav patienterna en möjlighet att påverka sin egen vård i större utsträckning än vid muntlig rapport. Något som dock kan diskuteras vad det gäller detta är att hur pass involverade patienterna var i sin egen vård berodde mycket på deras tillstånd, om detta var bra eller inte. De patienter som var mycket sjuka kunde inte ha lika stor del i bedsiderapporten som de som var "friskare". Därför kan det ifrågasättas om bedsiderapporten är bra att använda på en avdelning där man har mycket sjuka patienter, exempelvis på onkologen. Författarna vill poängtera att muntlig rapportering och rapportering enligt bedsidemodellen var de enda typerna av rapportering som fanns med i artiklarnas resultat och som därför kunde appliceras på syftet.

I resultatet framkom även att vid rapportering enligt bedsidemodellen var det tveksamt som sekretesslagen (1998:100) följdes. Här kan ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor (2000) appliceras. Eftersom att det där poängteras att sjuksköterskan ska ha ett etiskt tänkande i hela sitt omvårdnadsarbete. Författarna anser att detta är viktigt att ta upp eftersom det då kan diskuteras om det verkligen etiskt korrekt enligt denna internationella kod att använda bedsidemodellen. Ska bedsidemodellen kanske endast utföras på avdelningar med enkelrum för att patientsäkerheten ska hållas hög och tystnadsplikten inte riskeras brytas. Cahill (1998) kom i sin studie fram till att patienterna inte stördes nämnvärt av att bedsidemodellen användes. Men eftersom författarna till detta examensarbete endast hittat en artikel som belyser patienternas synpunkter, kan det ifrågasättas om en generalisering kan göras.

Om man ser till resultatet verkar bedsiderapporten vara den rapport som tar minst tid att utföra och detta gör att sjuksköterskan får mer tid över att vårda sina patienter. Detta skulle då öka patientsäkerheten. Dessutom utförs rapporten inne hos patienten, vilket också minskar risken för att sjuksköterskans egna personliga värderingar om patienten förekommer. Men om man tittar närmre på det hela ser man att rapporten tar i snitt 2 – 3 minuter per patient. Om sjuksköterskan då har åtta patienter tar det 16 – 24 minuter att genomföra rapporten inne hos patienterna. Men innan bedsiderapporten kan genomföras har sjuksköterskan själv läst in information, något som också bör beaktas. I slutändan blir det ändå så att bedsiderapporten hamnar inom det tidsintervall (15 – 55 minuter) som flera av författarna till artiklarna har kommit fram till att det tar att genomföra en muntlig rapport. Man får dock inte glömma bort att vid bedsiderapporten handlar det om direktkontakt med patienterna, det handlar om kommunikation mellan fyra ögon. En del patienter behöver mer omvårdnad än andra och tar därför upp mer av sjuksköterskans tid. Vad gäller patientsäkerheten så ökar denna om sjuksköterskan får mer tid över att vårda sina patienter och inte sitta i en alltför lång rapport. Det hela är dock tvetydigt eftersom det krävs en grundlig rapport för att sjuksköterskan ska kunna få den information hon behöver för att kunna vårda sina

patienter på rätt sätt. Resultatet visar dock att vid muntlig rapport tas även information som inte är relevant för patienten upp. Ur den synvinkeln verkar därför bedsiderapporten generera större patientsäkerhet, eftersom det då handlar om direkt och saklig information.

Typen av rapport har en signifikant betydelse för sjuksköterskans förmåga att planera vården enligt Dowding (2001). Dock tar hon inte upp vilken typ av rapport som är mest effektiv. Detta är något som författarna anser hade varit intressant att få veta.

I resultatet i Lamond (2000) tas det upp att det som dokumenteras frekvent, oftare tas upp i rapporten. Samtidigt säger hon att det ofta missas att tas upp viktiga saker som t ex allergi. Men detta påpekar hon, är något som är dokumenterat väldigt frekvent. Författarna anser att resultatet därför är något tvetydigt.

VIPS-modellen ger ökad kvalitet till vården, vilket då också leder till ökad säkerhet för patienterna (Ehnfors et al, 2005). VIPS kan appliceras på olika avdelningar, t ex finns psyk-VIPS (a a). Detta gör att man kan använda samma grundmodell för dokumentation på alla sjukhus i ett helt land. Om man dessutom använder samma typ av system för dokumentation gör detta att relevant information inte missas och rapporten kan då också utföras på ett sätt som håller hög säkerhet för patientvården. Tyvärr finns VIPS-modellen bara på de svenska sjukhusen och inte på vårdcentralerna. På en vårdcentral utförs inte rapportering i samma mån som det görs på en sjukhusavdelning, men författarna anser att det i längden ändå hade varit bättre om all sjukvård i Sverige hade använt samma system för dokumentation för patientsäkerhetens skull.

Tre av de artiklar som inkluderats i resultatet är Lamond (2000), Kassean & Jagoo (2005) och Benson et al (2007) som alla har resultat vars vetenskaplighet kan ifrågasättas, eftersom de vid bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003) endast fick grad II i betyg. Författarna till detta examensarbete valde att inkludera dem i studien p g a svårigheterna som fanns att hitta material, samt att det var artiklar som berörde syftet till detta arbete.

“The study of nursing documentation complexities” som är skriven av Cheevakasemsook et al (2006) är en artikel som inte svarar på syftet. Författarna har ändå valt att inkludera den i resultatet, eftersom de tar upp att dokumentation är en viktig mekanism som behövs för att vården ska kunna utföras på ett korrekt sätt och även kunna utvärderas. I bakgrunden till detta examensarbete tas det upp att det inte är möjligt att utföra en fullgod rapport utan att det finns relevant och grundlig dokumentation. Cheevakasemsook et al (2006) tar upp att det finns stor komplexitet i omvårdnadsdokumentation. Man har funnit att om sjuksköterskan blev avbruten under tiden hon utförde dokumentationsarbetet ledde detta till att information repeterades. Detta kan då leda till att den information som dokumenteras inte är relevant, vilket gör att den information som sedan tas upp under rapporten inte heller är det. Detta leder då till minskad säkerhet för patienterna.

De flesta av artiklarna kom från Europeiska länder, någon från Australien, en från Thailand och en från Mauritius. Att artiklarna är från länder i Europa gör det lättare att ta till sig informationen och även att föra över resultaten på svensk sjukvård. Cheevakasemsook et al (2006) studie är utförd i Thailand och därför kan överförbarheten till svenska sjukhus diskuteras. Det framgår inte vilket sjukhus

studien är utförd på, endast att det är i Bangkok. Eftersom detta är huvudstaden i Thailand är många av de sjukhus som finns här moderna och håller hög standard (<http://www.evidentmedicare.se/sjukhuset.asp>). Dock finns en annan kultur och ett annat klimat, vilket gör att resultatet kanske inte direkt går att överföra på svenska sjukhus. Likaså Kassean & Jagoo (2005) vars studie är från Mauritius. Mauritius är en ö med liten befolkning (<http://sv.wikipedia.org/wiki/Mauritius>) och det kan vara svårt att överföra det resultat som studien kom fram till på svensk sjukvård. Å andra sidan var det intressant att ta del av den information som framkom eftersom det kan vara så att vi i Sverige kanske har något att lära av deras sätt att se på sjukvård.

I metoddiskussionen ovan tas upp att författarna inkluderade artiklar som var publicerade de senaste 10 åren, eftersom relevant information skulle speglas men också eftersom synen på patientsäkerhet har ändrats under dessa år. Många av dagens patienter har mer medicinska kunskaper än tidigare och är dessutom mer medvetna om sina rättigheter i vården. Den allmänna kunskapsnivån hos befolkningen har ökat och fler av hälso- och sjukvårdens användare har blivit mer medvetna om sina rättigheter. Patienterna har idag bättre förutsättningar att ställa krav på och bedöma kvaliteten på de tjänster som hälso- och sjukvården erbjuder (Anderson & Mangino, 2006; Jahren Kristoffersen, 2002).

Framtida kliniskt värde av vårt resultat

Det vi tar med oss till vårt framtida yrke som sjuksköterskor av detta examensarbete är kunskapen om att det finns mer än ett sätt att rapportera på och att, beroende på var vi hamnar, det sätt de använder sig av att överföra information kanske inte är optimalt för den typen av verksamhet. Vi kan kanske påverka så att rapporteringen på vår arbetsplats utförs på ett mer effektivt sätt och ett sätt som är optimalt och patientsäkert för den typen av patienter som vårdas där.

Framtida forskning

Eftersom det finns så lite forskningsmaterial att tillgå vad gäller detta ämne, anser författarna att fler studier behöver göras på ämnet rapportering. Denna studie skulle kunna fungera som utgångspunkt för en empirisk undersökning. Den empiriska undersökningen skulle då undersöka vilka olika rapporteringssystem som faktiskt finns ute på avdelningarna på sjukhusen och om något är mer säkert för patienterna än något annat.

REFERENSER

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

Benson E et al (2007), Improving Nursing Shift-to-Shift Report. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(1), 80-84.

Björvell C (2001), *Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok*, Studentlitteratur: Lund

Bourne C (2000), Intershift report: A standard for handovers, *Journal of research in Nursing*, 5(6), 451-459

Cahill J (1998), Patient's perceptions of bedside handovers, *Journal of Clinical Nursing*, 7, 351-359

Carlsson S & Eiman M (2003), *Evidensbaserad omvårdnad*, Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola", Rapport 2

Cheevakasemsook A et al (2006), The study of nursing documentation complexities, *Journal of Nursing Practice*, 12, 366-374

Dowding D (2001), Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses care planning ability, *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 836-846

Ehnfors M et al (2005), *VIPS-boken – om en forskningsbaserad model för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*, Bromma-Tryck AB: Stockholm

Evident Medicare, *Sjukhus i Bankok*,
><http://www.evidentmedicare.se/sjukhuset.asp>< 2007-05-31

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor (2000)

Jahren Kristoffersen N (Red) (2002), *Allmän omvårdnad 1. Profession och ämnesområde – utveckling, värdegrund och kunskap*. Liber AB: Stockholm

Jahren Kristoffersen N (Red) (2002), *Allmän omvårdnad 2. Patient och Sjuksköterska – samspel, upplevelse och identitet*. Liber AB: Stockholm

Kassean H & Jagoo Z (2005), Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover – a case study from Mauritius, *BMC Nursing*, 4(1), 1-6

Kerr M (2002), A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective, *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 125-134

- Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
- Lamond D (2000), The information content of the nurse change of shift report: a comparative study, *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 794-804
- Malmö Högskola, Fakulteten för Hälsa och Samhälle, Sjuksköterskeutbildning
>http://www.mah.se/templates/form____46912.aspx< 2007-02-05
- Meissner A et al (2007), Nurses perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses Early Exit Study, *Journal of Advanced nursing*, 57(5), 535-542
- Patientjournallag (1985:562)
- SBU (1993) *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices*, Stockholm, Nordstedts Tryckeri AB
- Sekretesslag (1998:100)
- Sexton A et al (2004), Nursing handovers: do we really need them?, *Journal of Nursing Management*, 12, 37-42
- Socialstyrelsens (1993:20) allmänna råd och föreskrifter om patientjournalagen
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården; SOSFS (2005:12)
- SoS-rapport 2005-105-1, *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*
Socialstyrelsen 2005
- Strople B & Ottani P (2006), Can technology improve nursing intershift report? What the research reveals, *Journal of professional nursing*, 30(2), 112-122
- Sökhjälp – Medicinsk information, *Svensk MeSH*, Karolinska Institutet
>http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm< 2007-04-03
- Thomas Egglund E & Skelly Heinemann D (1994), *Nursing documentation; Charting, Recording and Reporting*, Philadelphia: J.B Lippincott Company
- Wikipedia – den fria encyklopedin, *Mauritius*,
><http://sv.wikipedia.org/wiki/Mauritius>< 2007-05-31
- Willman A & Stoltz P (2006), *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*, Andra upplagan, Lund: Studentlitteratur
- Ödegård S (2006), *Säker vård – patientskador, rapportering och prevention*, NHV-Rapport 2006:1. Västra Frölunda: Intellecta DocuSys AB

BILAGOR

Bilaga 1.1 – 1.3	Granskningsmallar för artikelbedömning
Bilaga 2	Artikelsammanfattning

Bilaga 1.1 Granskningsmall för studier med kvalitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, repetierbarhet)	Ej acceptabelt	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, koding etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citatt, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48 p)	p	p	p	p

Grad I: 80%

Grad II: 70%

Grad III: 60%

Bilaga 1.2 Granskningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, repetierbarhet)	Ej acceptabelt	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabelt	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 47 p)	p	p	p	p

Grad I: 80%
 Grad II: 70%
 Grad III: 60%

Bilaga 1.3 Granskningsmall för litteraturstudier

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Litteratursökning	Ej beskriven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (liknande resultat, relevans etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Vetenskaplig kvalitet på ingående studier	Ej bedömd	Låg	Medel	God
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion och slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Total poäng (max 42 p)		p	p	p

Grad I: 80%

Grad II: 70%

Grad III: 60%

Bilaga 2 Artikelsammanfattning

Författare, Årtal & Titel: Anderson C & Mangino R (2006), Nurse shift report – Who says you can't talk in front of the patient?

Syfte: Undersöka vilka fördelar det finns med bedsiderapportering, jämfört med den muntliga rapporten

Metod: Bedsidemodellen skulle presenteras på en sjukhusavdelning i USA. Genom att gå igenom olika steg, genomfördes förändringen från att avdelningen använde muntlig rapport till att använda bedsiderapporten. En utvärdering genomfördes sedan för att se vad personalen tyckte om det nya rapporteringssystemet.

Resultat: Man fann att bedsidemodellen ledde till ökad kostnadseffektivitet, ökad tillfredsställelse hos patienter och vårdpersonal samt positiva upplevelser gällande personalens förmåga att kunna prioritera sitt arbete.

Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad III

Författare, Årtal & Titel: Benson E et al (2007), Improving Nursing Shift-to-Shift Report

Syfte: Att förbättra patientvården genom att försöka förbättra rapporteringssystemet genom att göra det mer effektivt.

Metod: Litteraturstudie genomfördes

Resultat: Genom synpunkterna av personalen och litteraturstudien fick man fram riktlinjer som kan användas vid rapportering för att förbättra effektiviteten.

Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad II

Författare, Årtal & Titel: Bourne C (2000), Intershift report: A standard for handovers

Syfte: Att beskriva olika sätt som finns att rapportera genom att utföra en litteraturstudie

Metod: En litteraturstudie utfördes

Resultat: Man har kommit fram till att rapportering är mycket viktigt för att få en säker och bra vård för patienter. De bör därför utföras på ett klart och tydligt sätt och ett standardiserat format borde finnas för att förbättra kommunikationen mellan skiften. Man har efter att ha tittat på litteraturen fått fram riktlinjer som kan följas vid rapporten för att hjälpa till.

Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad III

Författare, Årtal & Titel: Cahill J (1998), Patient's perceptions of bedside handovers

Syfte: Att beskriva kirurgipatienters syn på bedsiderapportering

Metod: Ostrukturerade intervjuer utfördes på tio patienter.

Resultat: Tre kategorier framkom: "Att behålla ett professionellt avstånd", "Etablera ett professionellt sätt att dela information" och "Bibehålla patientsäkerheten". Man fann att patienter överlag var mycket nöjda med sättet att rapportera. Naturligtvis hittade man också undantag, men överlag var patienterna positiva

Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad I

Författare, Årtal & Titel: Cheevakasemsook A et al (2006), The study of nursing documentation complexities

Syfte: Undersöka komplexiteten som finns i omvårdnadsdokumentation genom att både använda kvalitativa och kvantitativa metoder.

Metod: Intervjuer genomfördes med sjuksköterskor och en tidstudie gällande arbetsuppgifter och journalföring genomfördes.

Resultat: Man fick fram sex olika teman som skulle förklara komplexiteten i sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation: tre för själva dokumentationen och tre för relaterade faktorer, De tre temana för dokumentationsproblematiken var: att bli avbruten under tiden, ofullständig journalföring och olämplig journalföring. De tre temana för relaterade faktorer var: begränsad kompetens hos sjuksköterskan som dokumenterade, ineffektiva omvårdnadsprocesser och slutligen inadekvat personalutveckling. Man kom fram till att de sex punkterna behövde utvecklas för att dokumentationen skulle kunna fullgöras på ett effektivt sätt.

Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad I

Författare, Årtal & Titel: Dowding D (2001), Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses care planning ability

Syfte: Att undersöka effekten av hur manipulerat innehåll i rapporten påverkar individens förmåga att ta in informationen och sedan planera patientvården

Metod: En kvantitativ experimentell studie utfördes där retrospektiva (uppgiftsorienterade) och prospektiva (patientcentrerade) uppgifter jämfördes.

Resultat: Typen av rapport hade en signifikant effekt på individens förmåga att planera patientvården och typen av information som gavs hade effekt på deras förmåga att ta in och komma ihåg informationen som hördes.

Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad I

Författare, Årtal & Titel: Kassean H & Jagoo Z (2005), Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover – a case study from Mauritius

Syfte: Man tittar på hur en avdelning klarar förändringen från att ha muntlig rapport till att man inför bedsidemodellen. Vad tycker personalen och patienterna?

Metod: Genom att använda Lewins ter steg för förändring, genomfördes skiftet mellan rapporteringssystem. En utvärdering visade sedan vad personalen och patienterna ansåg om det nya rapporteringssättet.

Resultat: Resultatet av förändringen tas upp genom att en utvärdering har gjorts. Förändringen var positiv och både patienter och personal var nöjda med att ha bytt rapporteringssystem.

Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad II

Författare, Årtal & Titel: Kerr M (2002), A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective

Syfte: Att få bättre kunskap om rapporteringens funktioner och effektivitet

Metod: 20 rapporteringstillfällen observerades och 12 intervjuer genomfördes sedan med grupper om två sjuksköterskor i varje.

Resultat: En rapport är mycket viktigt för att sjuksköterskan ska kunna utföra sitt arbete. Men det har också sociala och utbildande funktioner. Flexibilitet i överlämnandet av information är viktigt för effektiviteten

Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad I

Författare, Årtal & Titel: Lamond D (2000), The information content of the nurse change of shift report: a comparative study
Syfte: Att undersöka betydelsen rapportering har för en sjuksköterskas förmåga att ta in information och sedan planera sitt arbete.
Metod: 30 patienter på 2 avdelningar (totalt 60 patienter) en medicinakut och en kirurgakut undersöktes och jämfördes. Spearman's rank order correlation användes för att få fram resultatet.
Resultat: Man fann att överlag fanns det mer information nedskrivna om patienterna, än vad som togs upp under rapporten.
Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad II

Författare, Årtal & Titel: Meissner A et al (2007), Nurses perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses Early Exit Study
Syfte: Undersöka hur sjuksköterskor uppfattar rapportering mellan skift och möjliga skäl till att missnöjdhet med rapportering finns.
Metod: 10 Europeiska länder undersöktes genom att frågeformulär skickades ut till sjuksköterskor på sjukhus i de olika länderna.
Resultat: Man fann att missnöjet med rapportering var som lägst i England, Polen och Slovakien. Mest missnöjda med rapporteringen var Frankrike. Därefter kom Tyskland och Italien. Den mest förekommande anledningen till missnöjet var ”för många avbrott under rapporten” och ”tidsbrist”.
Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad I

Författare, Årtal & Titel: Sexton A et al (2004), Nursing handovers: do we really need them?
Syfte: Att titta på innehållet i en rapport som utförs mellan skift jämfört med formella dokumentationskällor
Metod: 23 rapporteringstillfällen över hela dygnet, spelades in på band och klassificerades sedan efter var på avdelningen de hade utförts.
Resultat: Rapporten gav information som pågående skift behövde. Det var oftast ansvarig sjuksköterska som gav rapporten. Förseningar upp till 7 minuter noterades på grund av utdragen rapport. 9.5 % av informationen var inte relevant för patientvården och 84.6 % av informationen kunde redan hittas i dokumenterad form.
Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad I

Författare, Årtal & Titel: Strople B & Ottani P (2006), Can technology improve nursing intershift report? What the research reveals
Syfte: Genom en litteraturstudie ville författarna få fram om teknologin kunde förbättra rapporteringen
Metod: En litteraturstudie utfördes
Resultat: Man fick fram olika typer av rapportering som finns samt för- och nackdelar med dem. Man kom fram till att rapporten som utförs mellan skift är viktig men att det är tydligt att det behövs en förbättring. Man anser att det är viktigt att få fram globala mål för hur processen ska gå till samt vad en rapport bör innehålla.
Bedömning enligt Carlsson & Eiman (2003): Grad III