Kommunikationsmetoder för dokumentation och rapportering i omvårdnad
- En litteraturstudie

Communication methods for documentation and reporting in nursing
- A literature study

Författare: **Elinor Bard och Julia Westergren**

HT 2016

Examensarbete: *Kandidatnivå 15 hp*

Huvudområde: *Omvårdnadsvetenskap*

Sjuksköterskeprogrammet

Institutionen för hälsovetenskaper, Örebro universitet

Handledare: Sigrid Odencrants, Universitetslektor, Örebro universitet

Examinator: Annica Kihlgren

Sammanfattning

Bakgrund: Brister i kommunikation leder till en mindre säker sjukvård där vårdskador frekvent ökar. Hinder i det dagliga arbetet vid dokumentation och rapportering påverkar både vårdkvalité, omvårdnad och patientsäkerhet. En stark koppling mellan god kommunikation och patientens delaktighet i sin vård visar på en minskad risk för vårdskador. Ett personcentrerat arbetssätt med hjälp av strukturerade metoder för kommunikation främjar en patientsäker vård.

Syfte: Syftet var att beskriva olika metoder för dokumentation och rapportering av patienter i omvårdnad.

Metod: En deskriptiv litteraturstudie med systematisk sökning genomfördes där 12 studier inkluderades och granskades genom en integrerad analys med induktiv ansats. Inklusionskriterier var sjuksköterskors perspektiv samt kliniskt överförbara studier. Sjuksköterkestudenters perspektiv exluderades. Varje beskriven metod analyserades och underliggande samband identifierades vilket slutade i två huvudkategorier.

Resultat: Totalt identifierades 6 olika metoder för dokumentation och rapportering. Elektronisk patientjournal (EPR), Situation Bakgrund Aktuellt Tillstånd Rekommendation (SBAR), Nurse to nurse (NIC), Skriftig dokumentation, ICCCO kategorier samt Bedsiderapportering. Utifrån metodernas innehåll bildades huvudkategorierna dokumentation och rapportering.

Slutsats: De metoder som beskrevs i litteraturstudien hade både fördelar och nackdelar. En kombination av elektronisk patientjournal och bedsiderapportering främjade en personcentrerad vård, en säkrare kommunikation samt stärkt relation mellan patient och sjuksköterska som bidrog till en mer patientsäker vård.

Nyckelord: dokumentation, kommunikation, omvårdnad, patientsäkerhet, personcentrerad omvårdnad, rapportering.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund **1**
1.1 Inledning **1**
2. Kommunikation **1**
2.1 Kommunikation i vården **1**
2.1.1 *Rapportering och överföring av information* 2
2.1.2 *Journalföring och dokumentation* 2
2.2 Patientsäkerhet **2**
2.2.1 *Lagar och förordningar som styr arbetet* 3
2.3 Personcentrerad omvårdnad **3**
2.4 Brister i kommunikation mellan vårdpersonal **3**
2.5 Problemformulering **4**
3. Syfte **4**
3.1 Frågeställning **4**
4. Metod **4**
4.1 Design **4**
4.2 Sökstrategi **4**
4.3 Urval **5**
4.4 Granskning & värdering **5**
4.5 Dataanalys **6**
4.6 Forskningsetiska överväganden **6**
5. Resultat **6**
5.1 Dokumentation **7**
5.1.1 *Skriftlig dokumentation* 7
5.1.2 *Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation- SBAR* 7
5.1.3 *ICCCO- kategorier* 8
5.1.4 *Elektronisk patientjournal- EPR* 8
5.2 Rapportering **8**
5.2.1 *Bedsiderapportering* 8
5.2.2 *SBAR- rapportering* 9
5.2.3 *ICCCO- rapportering* 9
5.2.4 *Elektronisk patientjournal- EPR* 10
5.2.5 *Nurse to nurse rapportering - NIC* 10
5.3 Resultatsammanfattning **10**
6. Diskussion **10**
6.1 Metoddiskussion **10**
6.2 Resultatdiskussion **12**

6.2.1 *Personcentrerad omvårdnad* ... 12
6.2.2 *Patientsäkerhet* ... 13
6.2.3 *Kombination av olika metoder* ... 13
6.3 Kliniska implikationer ... 14
6.4 Vidare forskning ... 14
7. Slutsats ... 14
Referenslista ... 16
Bilaga 1 Sökmatris ... 20
Bilaga 2 Artikelmatris ... 25
Bilaga 3 SBAR-modellen ... 37

1. Bakgrund

1.1 Inledning

Hälso- och sjukvård ska arbeta patientsäkert och utifrån ett personcentrerat perspektiv vilket är fastställt enligt lag. Patientsäkerhetslagen, 2010:659, samt Hälso- & sjukvårdslagen, 1982:763, styr dagligt arbete inom svensk hälso- och sjukvård, ändå sker varje år över 100 000 olika vårdskador som har samband med brister i följsamhet till de stadgade lagar som existerar (Sveriges Riksdag, 2016). Svensk sjuksköterskeförening (2013) beskriver brister i kommunikation mellan vårdpersonal, samt brister i kommunikation mellan vårdpersonal och patient som en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Sjukvården i Sverige ska bedrivas utifrån ett personcentrerat perspektiv som leder till en ökad säkerhet i vårdsituationen för patienten (Socialstyrelsen, 2016).

2. Kommunikation

Begreppet kommunikation innebär överföring av information mellan olika individer. Överföring kan ske verbalt, genom tal och skrift samt genom ett icke verbalt sätt i form av kroppsspråk eller rörelser (Nationalencyklopedin, 2016).

Kommunikation beskrivs som en funktion som ger människan mening med tillvaron och skapar förståelse för livssituationen. Allmänt används kommunikation som ett verktyg för att hämta information, ge information till omvärlden, skapa en gemensam förståelse för ett fenomen samt för att fatta viktiga beslut. Genom tre olika former kan kommunikationen förekomma, förmedlas och registreras. Det är materiella, symboliska och kognitiva former av kommunikation som dagligen hjälper individen att framföra sitt budskap. Materiellt och symboliskt är det information som ges från tidskrifter, arkitektur eller andra typer av medier. De kognitiva involverar människans reflektioner och tolkningar av informationen (Larsson, 2014).

När två eller fler människor integrerar med varandra sker ett byte av information där båda parter är sändare och mottagare. För att kommunikation mellan individer ska ge effekt är det viktigt att varje individ kan använda sig av båda roller, vilket resulterar i en lyckad informationsöverföring i kommunikationen (Balser Riley, 2008).

Shannon & Weavers kommunikationsteori grundas i en människas förmåga att sända och att ta emot information. Teorin bygger på hur väl en sändare genom olika hjälpmedel eller inte kan ge information på ett tydligt och konsekvent sätt så en mottagare kan uppfatta och ta emot den avsedda informationen. Informationen ska genom användaren vara så tydlig att mottagaren inte kan missuppfatta eller misstolka budskapet (Holmes, 2005).

Olika felkällor i kommunikation kan vara både mänskliga och tekniska. Den mänskliga faktorn är förmågan att tolka information på olika vis samt att agera på tolkning som i vissa fall är inkorrekt. Budskapet kan misstolkas på vägen från en avsändare till en mottagare och ge stora konsekvenser vid exempelvis omvårdnad av en patient. De tekniska felkällor som kan förekomma beskrivs som brister i exempelvis dokumentation eller feltolkning av texter (Larsson, 2014).

2.1 Kommunikation i vården

Vården som organisation är en stor kommunikationsgivare mellan vårdpersonal, patienter och ledning. Larsson (2014) lyfter vikten samt behovet av en väl fungerande kommunikation i alla led hos större och mindre organisationer. Dagens sjukvård har flertalet väl framtagna sätt att aktivt förmedla information, ändå uppstår kommunikationsproblem och feltolkningar, både från organisationer i vården och den enskilda individen (Svensk sjuksköterskeförening, 2013)

Sambandet mellan kommunikation och patientens delaktighet i vården är en central del för att bedriva god vård. Vårdpersonal ska genom en välfungerande kommunikation skapa en mening med tillvaron för patienten under vårdtiden (Kirkevold, 2009). Travelbees bok ” Interpersonal aspects of nursing” från 1971 fokuserar kring betydelsen av att innervera patienten i vården genom kommunikation och delaktighet i de beslut som tas. Sjuksköterskan ska fokusera på att inkludera patienten i kommunikationen och främja samspelet mellan båda parter. Den maktposition som finns ska förkastas och istället utövas omvårdnad med fokus vid att inte skapa extra lidande för patienten (Travelbee, 1971). Sjuksköterskans omvårdnad av alla patienter ska ske utifrån ett objektivt synsätt som inte påverkas av egna värderingar, tankar eller åsikter i bedömning, kommunikation eller interaktion med patient eller annan vårdpersonal (Kirkevold, 2009).

2.1.1 *Rapportering och överföring av information*

Överföring av information är en central byggsten i hälso- och sjukvård och används dagligen av samtliga som arbetar inom organisationen. Det finns flertalet olika sätt för förmedling och mottagande av information, det kan ske genom muntliga eller skriftliga rapporter, via journalföring i skrift på datorer eller via papper, via samtal mellan olika professioner och via flertalet andra metoder (Birmingham, D- Buffum, A- Blegen, & Lyndon, 2015).

Sjukvård har flera metoder som används vid muntlig informationsöverföring vid rapportering mellan vårdpersonal samt metoder för användande av en säker kommunikationsmodell för muntlig rapport för att optimera vården (Socialstyrelsen, 2016). Vid användandet av framtagna och strukturerade metoder för säker rapportering minskar felkällor och misstag som kan förekomma vid en fri rapportering av vårdpersonal. Sveriges kommuner och landsting, SKL (2016) poängterar sambandet mellan säker rapportering och säker vård. Enligt SKL skall metoderna användas då en korrekt och säker rapportering som följer samma mönster ger en tydlig struktur i vården som markant minskar risker för vårdskador.

2.1.2 *Journalföring och dokumentation*

Sjuksköterskan har enligt Patientdatalagen, 2008:355, skyldighet att dokumentera och journalföra varje kontakt gällande vård, behandling, undersökning och beslut. Lagen gäller för all legitimerad personal i sjukvården och syftet är att effektivisera informationshantering på så patient- och kvalitetssäkert sätt (Sveriges Riksdag, 2014).

För att skapa en tydlig journalföring av omvårdnadsdokumentation för en patient ska den utformas och följa omvårdnadsprocessens olika steg för att optimera och tydliggöra informationen för nästa mottagare i vårdkedjan. Informationen i journalföringen omfattas av omvårdnadsanamnes, status, diagnos, mål, åtgärder, resultat och slut epikris (Ehnfors & Thorell- Ekstrand, 1992). Dokumentation kan även utformas efter den svenska VIPS modellen eller efter den internationella ICN- modellen (Florin, Ehrenberg, Ehnfors & Björvell, 2012).

2.2 Patientsäkerhet

En central och viktig komponent i vården är patientsäkerhet. Varje individ har rätt till en vård som är god och säker. Individen ska inte riskera att utsättas för skada i samband med vård på grund av misstag från vårdgivarens sida som hade varit möjliga att undvika om arbetet utförts på ett säkert sätt (Andersson, 2013).

För att skapa en patientsäker vård krävs ett ständigt arbete framåt gällande utveckling av säkra metoder. Vikten ligger i att identifiera aktuella problem som hotar säkerheten i vården och hitta strategier för att minimera risker i så stor grad det är möjligt (Barnsteiner, 2013). För att analysera och arbeta fram nya metoder som bidrar till att öka patientsäkerheten

och kvaliteten på vården används händelse, förlopp och riskanalyser som ett verktyg i det systematiska säkerhetsarbetet (Iwarsson, 2010).

Enligt lag ska hälso- och sjukvården bedrivas på ett patientsäkert vis utan onödiga risker för patient och sjukvårdspersonal. Det finns två övergripande lagar för vårdpersonal att arbeta efter relaterat till patientsäkerhet vilka är patientsäkerhetslagen samt hälso- och sjukvårdslagen (ibid.).

2.2.1 *Lagar och förordningar som styr arbetet*

Patientsäkerhetslagen, 2010:659, utformades för att garantera patientens skydd mot eventuella vårdskador (Andersson, 2013). Definitionen av en vårdskada är av kroppslig eller psykisk karaktär, lidande, sjukdom eller dödsfall som hade kunna undvikas om korrekta åtgärder tillämpats av hälso- och sjukvård vid vårdtillfället (Socialstyrelsen, 2016). Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763, syftar till att bedriva en god vård. Lagen innebär att vården ska ges på lika villkor till samtliga i befolkningen. Vården ska bygga på respekt för varje enskild individ, människors värdighet och lika värde. De centrala delarna ska uppfyllas av vårdpersonal samt sjukvården i allmänhet (Sveriges Riksdag, 2016).

2.3 Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad fokuserar på kärnan i vården som är patienten. Grunden av vården är att personen blir respekterad, har rätt till självbestämmande och att det skapas ömsesidig förståelse mellan vårdgivare och vårdtagare (McCance & McCormack, 2013). En personcentrerad omvårdnad är utformad efter förståelse för individens symtom och beteende. Genom att arbeta efter ett personcentrerat perspektiv kan vården uppfylla både ökad integritet och självständighet hos patienten (Socialstyrelsen, 2016). Sjuksköterskeproffessionen har ett stort ansvar att bedriva en personcentrerad omvårdnad vilket beskrivs i den etiska koden från International Council of Nurses (ICN).

ICN:s etiska kod redogör för sjuksköterskans fyra ansvarområden inom yrket. Sjuksköterskan ska sträva efter att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan ska arbeta mot målet att all omvårdnad ska utföras med respekt för mänskliga rättigheter. Omvårdnaden ska ske och genomföras med respekt för patienten oavsett vem, vad eller hur patienten är. Sjuksköterskan ses som ytterst ansvarig för patientens omvårdnad. Mötet mellan sjuksköterska och patient är i fokus. Sjuksköterskan är specialist i ämnet omvårdnad och det ansvarsområde som yrket innefattar berör både vetenskaplig kunskap och patientnära arbete. Sjuksköterskan ska arbeta efter goda etiska förhållanden, respektera kollegor och patienter samt verka på ett sådant sätt att respekt och förståelse för yrket infinner sig hos både patient, kollegor och allmänhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2009).

Den medmänskliga betydelsen inom omvårdnad är kärnan i Joyce Travelbees omvårdnadsteori. Sjuksköterskan har som sin största roll att vårda patienter genom att integrera dem i omvårdnaden för att skapa en mening med vården och livet för patienten under vårdtiden (Kirkevold, 2009). Teorin bygger på att se patienten som sin jämlike. De etiketter eller möjliga hierarkiska roller som existerar ska bortses ifrån och fokus ligger istället på samspelet mellan sjuksköterska och patient samt övrig vårdpersonal för att skapa en god omvärld samt minska lidande (Travelbee, 1971).

2.4 Brister i kommunikation mellan vårdpersonal

God kommunikation mellan vårdpersonal beskrivs vara mycket viktigt i vården för att åstadkomma en felfri kommunikation. För att reducera feltolkningar samt missförstånd är det av största vikt att använda sig av ett *gemensamt etablerat språk* som stöd för vårdpersonal att tolka information på ett likvärdigt sätt. Risker med att använda personliga uttryck, fraser eller

egna erfarenheter bidrar till en ökad risk för misstolkning av informationen som i sin tur ger en mindre säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Det tydliga sambandet mellan en väl fungerande kommunikation samt teamarbete hos vårdpersonal beskrivs som en förutsättning vid åstadkommande av en patientsäker utförd vård. Brister i överrapportering vid skiftbyten, vid skriftlig dokumentation av samtliga personalkategorier, vid informationsöverföring från olika enheter samt personliga tolkningar av information beskrivs som stora felkällor i kommunikation. Vilket leder till en risk för brister i patientsäkerheten (Dufault et al., 2010).

2.5 Problemformulering

Kommunikation samt vikten av en väl fungerande sådan är nödvändigt för både patienter och vårdpersonal. En väl fungerande kommunikation ger en säkrare vård samt en högre vårdkvalité. Metoder för skriftlig dokumentation och muntlig rapportering finns framtagna och används i vården för att säkerställa att ingen information försummas samt risken för felkällor minskar. Trots framtagna metoder och riktlinjer förekommer brister i utförandet av skriftlig dokumentation samt muntlig rapportering samt brister i vårdarbetet av vårdpersonal existerar vilket leder till att vårdkvalitén försämras. Ökad kunskap om effektiva metoder för rapport och dokumentation är en förutsättning för en säkrare vård för patienten.

3. Syfte

Syftet var att beskriva olika metoder för dokumentation och rapportering av patienter i omvårdnad.

3.1 Frågeställning

Vilka fördelar och nackdelar beskrivs vid användning av olika metoder för dokumentation samt rapportering?

4. Metod

4.1 Design

Studien genomfördes som en litteraturstudie med systematiska sökningar med en deskriptiv design. Systematiska sökningar efter relevant litteratur utfördes för att kunna besvara studiens syfte (Kristensson, 2014).

4.2 Sökstrategi

Flera systematiska sökningar efter vetenskapliga artiklar som besvarade studiens syfte genomfördes i två databaser för omvårdnadsvetenskaplig forskning. De databaser som användes var CINAHL och MEDLINE. Sökningen började med att identifiera sökord utifrån studiens syfte. Sökorden som identifierades var dokumentation, rapportering av patient, sjuksköterska samt omvårdnads- journal, som översattes till engelska. Utifrån de översatta sökorden identifierades ”*Nursing records”, ”Medical records”, ”Handoff (patient safety)”, Patient handoff” samt ”Nursing care”* som ämnesord i svensk mesh. För att bredda sökningen användes *Nurs*, Methods*, samt *Handover methods* för sökning i fritext. Trunkering på ordet *nurs* användes för att ytterligare bredda sökningen genom att inkludera alla artiklar som innehöll ordet *nurs*. En kompletterande sökning med ämnesordet *“ SBAR-technique”* utfördes i databasen CINAHL då författarnas förförståelse indikerade att den specifika metoden var väl använd samt efterforskad. Sökorden kombinerades med de booleska termerna ”OR” samt ”AND” för att ge en mer specifik bredd på sökningen (Kristensson, 2014).

Första sökningen i CINAHL resulterade i 207 artiklar. Två kompletterande sökningar genomfördes i databasen CINAHL vilket resulterade i ytterligare 154 artiklar. Den

andra sökningen i databasen MEDLINE resulterade i 13 artiklar. En kompletterande sökning genomfördes även här som resulterade i ytterligare 79 artiklar. De begränsningar som användes vid sökningen i databasen CINAHL var ”Peer rewiewd”, artiklarna var skrivna med engelskt språk samt publicerings år var mellan 2006 fram till 2016. I databasen MEDLINE användes publicerings år från 2006 till 2016.

Tabell 1. *Identifiering av ämnesord samt fritextord*

Svenska	**Engelska**	**Ämnesord/ Fritext**
Dokumentation	Documentation	”Medical records”
Omvårdnads journal	Records	”Nursing records”
Rapportering av patient	Patient report	”Handoff (Patient safety)” ”Patient handoff”
Sjuksköterska	Nurse	Nurs* (fritext)
Metoder/ Modeller	Methods	Methods (fritext)
Överrapportering	Handover	Handover methods (fritext)
SBAR	SBAR	“SBAR- technique”
Omvårdnad	Nursing care	Nursing care (fritext)

4.3 Urval

Urvalet av artiklar till studien startade med ett första urval genom att läsa titlar till 207 artiklar i databasen CINAHL samt 13 i MEDLINE. Urval två inkluderade genomläsning av 93 abstrakt i CINAHL och 13 i MEDLINE för att identifiera de artiklar som bedömdes besvara studiens syfte. Slutligen genomfördes urval tre genom att läsa 67 artiklar i fulltext i CINAHL samt 13 i fulltext i MEDLINE. Det resulterade i en granskning av totalt 8 artiklar som bedömdes besvara studiens syfte *(Bilaga 1)*. De tre kompletterande sökningarna resulterade i genomläsning av 144 titlar i databasen CINAHL samt 79 titlar i MEDLINE. I CINAHL lästes 35 abstrakt och i MEDLINE 20 abstrakt. Slutligen lästes 21 artiklar i fulltext från samtliga databaser. Resultatet av urvalet slutade i inkludering av totalt fyra artiklar till studien.

Inklussionskriterier var studier som fokuserade på sjuksköterskors perspektiv samt studier som var kliniskt beprövade. Exklusionkriterier för sökningen var studier fokuserade på sjuksköterskestudenter, studier där etiskt övervägande inte var beskrivet samt tidigare utförda reviewstudier.

4.4 Granskning & värdering

De studier som inkluderades i studien bedömdes svara på litteraturstudiens syfte och redovisas objektivt i litteraturstudiens resultat. Studierna har genomgått en kritisk granskning i flera olika steg för att säkerställa en tillräckligt hög vetenskaplig kvalité (Kristensson, 2014). De studier som inkluderades var av medelhög eller hög vetenskaplig kvalité. Studier med låg kvalité exkluderades.

Granskningsprocessen startade med att samtliga studier granskades utifrån syfte och frågeställningar. Metod och analys av insamlad data granskades mot inklusions- och exklusionskriterier i studien (Priebe & Landström, 2013). Kvalitativa studier värderades efter grundprincipen *“Trovärdighet”* för att säkerställa styrkor och svagheter (Kristensson, 2014). Granskningen genomfördes genom att använda Kristensson (2014) modell i fyra- steg för mätning av kvalité och trovärdighet. Studierna validerades utifrån begreppen *tillförlitlighet, överförbarhet, verifierbarhet* samt *giltighet*. Kvantitativa studier som inkluderades granskades genom att undersöka dess validitet samt reliabilitet för att säkerställa den vetenskapliga kvalité som efterfrågas. Validitet inkluderar granskning av metod och analys där kontroll av

bortfall och bias genomförs tillsammans med granskning av de olika mätinstrument och statiska mått som används i studien (Kristensson, 2014). Reliabilitet granskas genom undersökning av studiens mått på mätsäkerhet alternativt en frånvaro av mätfel (Gunnarsson & Billhult, 2013). Studien med mixad metod granskades utifrån båda ovanstående nämnda tillvägagångssätt (Borglin, 2013). Styrkor och svagheter hos samtliga studier granskades utifrån ovanstående nyckelord. Granskningen genomfördes av två separata granskare på två olika håll för att objektivt analysera den vetenskapliga kvalitén. Sedan jämfördes resultaten och sammanfördes (Kristensson, 2014).

4.5 Dataanalys

Vid dataanalysen genomfördes en bearbetning av resultatet från samtliga studier genom en integrerad analys (Kristensson, 2014). Första steget var genomläsning av samtliga studier för att identifiera övergripande skillnader och likheter. I steg nummer två identifierades sex metoder utifrån samtliga studiers resultat genom en induktiv ansats *(Tabell 2)*. I det tredje steget analyserades och identifierades två huvudkategorier. Huvudkategorierna som skapades bildade två huvudrubriker (T*abell 2)*.

4.6 Forskningsetiska överväganden

I de studier som inkluderats har det framkommit att alla utom en har granskats av en etisk kommitté eller en etisk nämnd. Studien som saknar tydligt beskrivna etiska granskningar har åtgärder vidtagits i genomförandet av studien som relateras till att hänsyn tagits till etiska aspekter under studien. Analys och presentation utfördes objektivt och all data som besvarade litteraturstudiens syfte presenterades oavsett författarnas förförståelse.

5. Resultat

Efter granskning och analys av 12 vetenskapliga studier framkom olika metoder för rapportering och dokumentation *(Tabell 2)*. Av de 12 olika studierna studerades bedsiderapportering i fem studier, SBAR i två, ICCCO- kategorier i två, elektronisk rapportering i två, skriftlig dokumentation i 9 samt nurse- to nurse rapport i tre.

Tabell 2*: Kategorier identifierade för olika rapportering och dokumentations- metoder i de 12 studierna*.

Metod	Dokumentation	Rapportering
Skriftlig dokumentation	X	
SBAR*	X	X
ICCCO**	X	X
EPR***	X	X
Bedside- rapportering		X
NIC****		X

**Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation*.

*** Identification of the patient, Clinical history, Clinical status, Goals of care*.

**** Electronic Patient Record*.

***** Nurse to nurse rapportering*

5.1 Dokumentation

5.1.1 *Skriftlig dokumentation*

Den skriftliga dokumentationen presenterades som en daglig syssla av kritiskt tänkande rörande en patient som sjuksköterskor utför. Dokumentationsformen beskrivs som ett verktyg för en tydlig kommunikation mellan vårdpersonal där information kring utförd och planerad vård samt aktuellt tillstånd för den specifika patienten beskrevs. Fyra centrala områden av skriftlig dokumentation definierades till inskrivning av patient, patient med oförändrat tillstånd, daglig anteckning samt utskrivning av patient. Anteckningar varierade i kvalitet beroende på patientens aktuella tillstånd och behov av ny information. Dokumentation gällande patienter som vårdats under en längre tid hade en lägre kvalité i form av innehåll än nyintagna patienter där behovet av information ansågs större (Tower, Chaboyer, Green, Dyer & Wallis, 2012).

Tre olika källor av informationsöverföring användes av sjuksköterskor i en studie varav en var skriftlig dokumentation. Resultatet av studien var att flertalet källor till informationsöverföring skapade problematik. Det påvisades en brist med anledning av den skriftliga dokumentationen då ett vanligt förekommande problem var när den muntliga rapporteringen inte blev skriftligt dokumenterad. Sjuksköterskor främjade användning av ett gemensamt framtaget formulär vid skriftlig dokumentation. Det beskrevs som en viktig punkt för att upprätthålla kontinuitet i kommunikationen mellan personalen. Problematiken var brist på datorer då formuläret uppdaterades via en dator (Johnson & S-Cowin, 2012).

I en studie presenterades innehållet i pappersbaserad och elektronisk dokumentation samt dess inverkan på kvaliteten i vården. Det framkom både styrkor och svagheter med respektive metod kopplat till vårdkvalité. Fler brister av den elektroniska formen framkom gällande kvalitetsresultat i jämförelse med den pappersbaserade formen, vilket indikerade att det förekom högre kvalité via skriftlig dokumentation på papper. Skillnader registrerades främst i dokumentation gällande beskrivning av omvårdnadsproblem och omvårdnadsdiagnoser samt identifiering av sjukdomstecken och symtom hos patienten (Wang, Yu & Hailey, 2015).

5.1.2 *Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation- SBAR*

SBAR är en framtagen metod för muntlig rapportering och skriftlig dokumentation. Den används som ett verktyg för att strukturera dokumentation i dagligt arbete i sjukvården. Metoden består av fyra olika kategorier *(Bilaga 3),* framtagna i syfte att skapa en struktur i dokumentationen samt att fokusera på aktuella problem (Cornell, T- Gervis, Yates & Vardaman, 2014).

Införandet av elektronisk dokumentation med SBAR resulterade i en mer effektiv och fokuserad kommunikation för sjuksköterskor. Det visade sig också vara betydelsefullt tidsmässigt då tiden för pappershantering minskade samt samstämmighet mellan sjuksköterskor påverkades positivt. Mindre tid ägnades åt framförande av icke relevant information under dokumentering (Cornell et al., 2014; Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010).

Utveckling av ett elektroniskt formulär för dokumentation enligt SBAR utformades i en studie. Vid dokumentation enligt SBAR- formuläret skapades en förbättrad struktur som var mer konsekvent vilket underlättade för personalen vid datainsamling inför ett arbetspass. Personalen fick en tydlig bild av situationen vilket främjade kritiskt tänkande som bidrog till en mer konsekvent kommunikation. Vid användandet av en elektronisk SBAR minskade inläsningstiden samt hanteringen av papper i studiens tre utförda observationer (Cornell et al., 2014).

5.1.3 *ICCCO- kategorier*

I två studier beskrevs metoden ICCCO för dokumentering som ett verktyg att använda för att skapa struktur och en enhetlig dokumentation för samtliga personalkategorier (Johnson, Sanchez, Suominen, Basilakis, Dawson, Kelly & Hanlen, 2013; Johnson, Jefferies & Nicholls, 2012). Johnson et al. (2013) presenterade de tre mest förekommande kategorierna i dokumentationen som *care plan*, *clinical status* samt *outcome & goals of care*. Kategorierna hade en högre användningsfrekvens av sjuksköterskor i den skriftliga dokumentationen för en patient. Liknande resultat visades i en annan studies analys för användning av ICCCO-kategorier i den skriftliga dokumentationen. Kategorierna *care plan* samt *outcome & goals of care* användes mer frekvent än de resterande vid den skriftliga dokumentationen (Johnson et al., 2012)

5.1.4 *Elektronisk patientjournal- EPR*

Elektronisk patientjournal presenterades som en överföring av information gällande en patient i text på elektronisk väg. Metoden för skriftlig EPR var framtagen för att ersätta fysisk pappersdokumentation (Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki, 2010).

I en studie om EPR intervjuades 21 sjuksköterskor från ett sjukhus i södra Sverige. De var eniga i att en fysisk pappersdokumentation inte var lika effektiv som den elektroniska då den formen av dokumentation var mer tidseffektiv. Det var samtidigt enade om negativa effekter av den EPR baserade dokumentationen. Sjuksköterskor beskrev en osäkerhet i användandet av systemen då det skiljde sig mellan olika tillverkare. Samma typ av information kunde registreras på flertalet ställen i systemet vilket skapade osämja och delade åsikter kring navigeringen och placeringen av olika typer av information i systemen (Stevenson & Nilsson, 2011).

5.2 Rapportering

5.2.1 *Bedsiderapportering*

I fem studier presenterades tillämpning av bedsiderapport. Metoden för rapportering genomförs i samverkan med patient och vårdpersonal på patientens rum med fokus att involvera patientens synpunkter rörande sin egen vård. Studierna beskrev många fördelar vid bedsiderapportering, både för vårdtagare och vårdgivare. Metoden skapade en effektiv kommunikation mellan olika vårdgivare men också mellan vårdgivare och vårdtagare. Det var tidseffektivt, gav förbättrad rapport och ökade leverans av vård och personcentrering. Rapporteringsformen syftade till att både personal och patient var involverade. Patientens deltagande varierade och definierades som aktivt, passivt eller icke deltagande. Patienten ansågs som delaktig när hen gjorde uttalanden om sina förutsättningar, passiv om hen endast nickade eller delgav ytliga kommenterar och icke deltagande om hen inte gav någon respons. Att anpassa språket beskrevs som en viktig faktor för att främja deltagandet hos patienten samt för att åstadkomma en kvalitativ rapportering där patienten förstod informationen. Syftet med rapporteringens utformning var att ge struktur, tydliggöra vad som skulle ingå samt i vilken ordning rapporten skulle genomföras. Utformningen identifierades av tre steg ''före rapport'', ''under rapport'' samt ''efter rapport'' (Chaboyer et al., 2010).

Ytterligare en studie visade hur bedsiderapportering gynnade både patient och vårdpersonal. Sjuksköterskor upplevde att patienterna uppskattade formen av rapportering för att den sociala interaktionen blev respekterad, möjlighet gavs också till vetskap om ansvarig vårdpersonal samt att den skapade delaktighet i diskussionen för patientens vård (Bradley & Mott., 2013).

I tre studier presenterades positiva och negativa effekter av bedsiderapportering. Metoden främjade en god vård där sjuksköterskor fick en bättre överblick av patienten samt kontroll på aktuellt allmäntillstånd. En positiv inverkan på relationen mellan patient och sjuksköterskor utvecklades när båda var närvarande vid rapporteringen. Sjuksköterskors sätt att involvera patienten hade betydelse för utfallet av medverkan under bedsiderapporteringen. Vikten av en god kommunikation och goda kommunikatörer för att åstadkomma en fullgod rapportering framkom. Det syftade till att identifiera och kommunicera om patientens problem och delge viktig information i relation till patientens vård. En mer enskild och specifik rapportering som bedside med komprimerat innehåll ansågs vara effektivare. Flertalet källor för rapportering gav för mycket information som resulterade i feltolkningar och att enbart ha ett sätt som istället ger en fokuserad och välformulerad rapportering var att föredra (Johnson & S-Cowin., 2012; Bradley & Mott., 2013; Chaboyer et al., 2010).

Bedsiderapportering visade sig möjliggöra ett tillfälle för att ställa frågor samt korrigera information som gavs för att säkerställa en adekvat rapportering (Bruton, Norton, Smyth, Ward & Day, 2016). Utmaningar i samband med bedsiderapportering presenterades där hanteringen av känslig patientinformation och bevarandet av sekretess ansågs vara det som var mest komplext (Chaboyer et al., 2010; Johnson & S-Cowin., 2012). Sjukhusmiljön var inte optimal då varje patient inte hade enkelrum och därmed var andra patienter närvarande under rapporteringen. Patienterna upplevde i samband med det obehag samt en osäkerhet under rapporteringsförloppet (Johnson & S-Cowin., 2012). Ytterligare en utmaning med bedsiderapportering var att sjuksköterskor endast fick rapport om de specifika patienter hen ansvarade för. Rapportering gällande övriga patienter saknades, vilket skapade problem vid situationer när kollegor skulle hjälpa varandra under kritiska tillfällen (Chaboyer et al., 2010).

5.2.2 *SBAR- rapportering*

Metoden SBAR framtogs i syfte att förbättra och effektivisera kommunikationen i sjukvården. Metoden bidrog med struktur samt fokusering som riktades på den mest relevanta informationen för att åstadkomma en så god och effektiv vård som möjligt. SBAR benämndes vara framtagen för kommunikation mellan vårdpersonal i akuta situationer men metoden var också av relevans för förbättrad rapportering mellan andra vårdgivare (Cornell et al., 2014). Flera positiva effekter av användningen med rapportering enligt SBAR påvisades i två studier. Den sammanlagda tiden för att utföra en muntlig rapport minskade från 53 minuter till 38 minuter vid användandet av metoden SBAR medan tiden för hela processen från skriftlig till muntlig rapportering ökade däremot i tid. Hela processen innefattade allt arbete som utfördes i samband med rapporteringen, både arbetet som utfördes skriftligt, verbalt samt elektroniskt. Tillämpningen av metoden SBAR minskade även tidsåtgången för pappershantering vilket resulterade i en mer effektiv kommunikation mellan vårdpersonal. Rapporteringen blev mer fokuserad och konsekvent vilket gjorde att mindre tid ägnades åt onödig konversation (Cornell et al., 2014; Chaboyer et al., 2010).

SBAR användes olika av sjuksköterskor och tre specifika situationer då användningen var mer frekvent i rapporteringen framkom. Situationerna var rapportering gällande en ny patient eller om patientens förutsättningar förändrats, om sjuksköterskor inte hade arbetat med den aktuella patienten under en tid samt vid inhyrd vårdpersonal (Chaboyer et al., 2010).

5.2.3 *ICCCO- rapportering*

I två studier presenterades ICCCO- metoden och dess relevans för att skapa en strukturerad och sammanhängande rapport. Tillämpning av metoden var av betydelse för att åstadkomma en rapport av kvalité. Vid framställning av metoden ICCCO identifierades kategorierna

identification of the patient, clinical history and presentation, clinical status, care plan samt outcome & goals of care för att göra rapporten effektiv och mer strukturerad (Johnson et al., 2013; Johnson et al., 2012).

5.2.4 *Elektronisk patientjournal- EPR*

Muntlig rapportering via metoden EPR innebär överföring av patientinformation som i förhand dokumenterats elektroniskt. Rapporteringsformen skapades i syfte att göra den muntliga rapporten mer tidseffektiv då andra metoder beskrev den stora tidsåtgång som registrerats vid delgivning av informationen (Laitinen et al., 2010). Rapportering enligt EPR beskrevs både vara förenad med positiva och negativa effekter. I en studie genomfördes intervjuer om sjuksköterskors upplevelser av användning av EPR där det framkom att patientsäkerheten påverkades vid ett felaktigt användande eller otillräckliga EPRsystem. Deltagarna såg fördelar med EPRsystem och trodde på den enskilda formen av rapportering men att mallar för rapporteringen behövde utvecklas för att passa specifika enheter. Sjuksköterskor ansåg att tiden för rapportering blev mer effektiv och förkortad med utgångspunkt från EPR. Sjuksköterskor var överens om att EPR var betydligt säkrare och mer tidseffektiv än tidigare pappersbaserad rapportering. EPR främjade effektivitet i den muntliga rapporteringen när alla kunde ha tillgång till den skrivna informationen samtidigt som muntlig rapport gavs (Stevenson & Nilsson, 2011).

5.2.5 *Nurse to nurse rapportering - NIC*

I en studie beskrevs expeditionsbaserad- samt rapportering från NIC till NIC. Expeditionsrappotering ägde rum på sjuksköterskors expeditioner utan patienten närvarande. Huvudsyftet med rapporteringsformerna var att överföra information som ansågs tillfredsställande för givare och mottagare. Expeditionsrapporteringen inkluderade hela vårdlaget samt NIC till NIC utfördes mellan omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. Båda sätten att rapportera gav sjuksköterskor en god allmän överblick av samtliga patienter och den specifika avdelningen. Sjuksköterskor beskrev fördelar vid situationer där hjälpinsatser till en kollega utfördes genom en redan etablerad klinisk bild av respektive patient från tidigare rapportering. Expeditionsrapporteringen var till fördel när sjuksköterskor gav generell information kring en patient till en anhörig eller annan vårdpersonal. Patientinformation som var mer lämpad att rapportera mellan färre personer utfördes istället via NIC till NIC då detta kunde innefatta känsliga uppgifter som hela vårdlaget inte behövde vara involverade i (Johnson et al., 2013). Nackdelar som belystes var att det var tidskrävande, en allt för detaljrik och återkommande information vilket gav en sämre rapportering samt att rapporteringen krockade i praktiken med exempelvis avdelningsronder (Bruton et al., 2012).

5.3 Resultatsammanfattning

Sex olika metoder för dokumentation och rapportering beskrevs från 12 studier. Fördelar och nackdelar för varje metod presenterades. En effektiv och säker kommunikation med en tydlig struktur bidrog till ökad patientsäkerhet och en god personcentrerad omvårdnad främjades vid användandet av specifika metoder. Brister i dokumentation och rapportering medförde risker i omvårdnad för både patientsäkerhet och den personcentrerade omvårdnaden.

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Litteraturstudiens syfte var att beskriva olika metoder för dokumentation och rapportering av patienter i omvårdnad. Metoden litteraturstudie användes för att kontrollera kunskapsläget vilket gav vidare information kring området där kunskap saknas och behöver kompletteras. Vid genomförande av en litteraturstudie kan en tydlig bild av bristande kunskap redovisas och

efterforskas (Kristensson, 2014).

En styrka i litteraturstudien var den breda sökningen i två databaser samt en noggrann granskning av de inkluderade studierna som belyste både fördelar och nackdelar med varje metod. Användning av sökning via ämnesord samt fritextsökning kan ses som en styrka för att inhämta en bredare kunskap. Sökningen resulterade i ett stort antal litteraturöversikter vilket visar att området är väl undersökt. Urvalet av de studier som innefattas i litteraturstudien genomfördes med tydliga inklusions- och exklusionskriterier tillsammans med ett fokus på studiens syfte. Det är viktigt med tydliga kriterier för att identifiera relevanta studier. Författarna valde att utesluta sjuksköterskestudenters upplevelser då deras erfarenheter är för novisa för att implementeras kliniskt. Urvalet begränsades också med en tidsperiod på 10 år för att främja användandet av ny kunskap. Studierna granskades sedan i flertalet steg genom integrerad granskning och endast ett fåtal föll bort då författarna bedömde att de hade bristande vetenskaplig kvalité. Detta ses som en styrka då den integrerade granskningen genomfördes noggrant och identiskt efter samtliga sökningar. Tillämpningen av en integrerad analysmetod är en styrka för litteraturstudien då sammanställningen av resultatet sker på ett överskådligt sätt. Resultatet presenteras i olika kategorier i relation till varandra utifrån innehållet i samtliga studier vilket förenklar värderingen av insamlad data. Granskningen genomfördes av två separata och oberoende granskare vilket utgjorde en styrka. Granskningen av studierna genomfördes separat vilket medförde att granskarna inte påverkades av varandra. Den oberoende granskningen gav ett objektivt synsätt från båda granskare vilket styrker den vetenskapliga kvalitén. Den oberoende analysen av studierna bidrog till den kritiska granskningens trovärdighet och kvalité (Kristensson, 2014). Granskningen resulterade i 12 studier som bedömdes tillräckligt för att besvara studiens syfte. De valda studierna tillämpade både kvalitativ, kvantitativ samt mixad metod vilket var en styrka då det gav en bredare kunskap. Studiernas datainsamling genomfördes via intervjuer, kvantitativa enkäter, digitala inspelningar eller journalgranskningar. Valen av metoder undersökte hur metoden tillämpades på respektive klinisk verksamhet (Henricsson, 2013). Efter granskning av studiernas innehåll ansågs en manuell sökning inte behöva genomföras då tillräckligt med data inhämtats.

En styrka under granskningen var författarnas förförståelse i olika rapportering- och dokumentationsmodeller utifrån tidigare arbetslivserfarenheter och från olika praktikplatser under sjuksköterskeutbildningen. För att objektivt granska sökresultat och studier läste båda författarna igenom alla titlar, abstrakt och resultat samt valde kritiskt ut de slutgiltiga studier som inkluderades. Detta för att ta bort förförståelsen och skapa en bättre kvalité på datainsamlingen (Kristensson, 2014).

Valet av forskningsområde är svårt att undersöka då respektive metod för dokumentation och rapportering används i olika frekvens beroende på vart i världen data inhämtas. Det innebär att varje specifik metod är bättre eller sämre att använda sig av beroende på vilken typ av klinik eller verksamhet metoden ska tillämpas på. Litteraturstudien inkluderade studier från flera länder vilket speglar den ojämna användningen av olika dokumentations och rapporterings metoder. Detta var en aspekt som försvårade datainsamlingen då urvalet av information blev svårtolkat beroende på tillämpningen av metoden. Litteraturstudien kan också anses inkludera globalt perspektiv på kommunikation då studier från Australien, Sverige, Irland, Finland och Storbritannien presenterades. I litteraturstudien var åsikterna om att en strukturerad dokumentation och rapportering var mer effektiv enhetlig mellan samtliga länder vilket kan vara en styrka ur ett globalt perspektiv.

Det stora antalet litteraturöversikter som framkom i sökningen försvårade urvalet av studier då flertalet kompletterande sökningar behövde utföras för att uppnå datamättnad. En enskild sökning om SBAR utfördes då författarnas förförståelse beskrev en hög användning av SBAR vilket visade sig vara motsatsen. Författarnas förförståelse genom

tidigare erfarenheter från kliniska verksamheter och undervisning indikerade att användningen av SBAR- metoden var stor och att flertalet kliniker implementerade den i sin verksamhet. Den ursprungliga sökningen gav ett lågt antal träffar på SBAR vilket förvånade författarna då förförståelsen indikerade annorlunda. Därför kompletterades sökningen men den enskilda sökningen med ämnesordet SBAR. Den enskilda sökningen gav en större träff på specifika studier med inriktning att beskriva SBAR än den tidigare sökningen. Kombinationen av tidigare sökord och ämnesord samt kombinationen av de olika fritextorden kan vara en svaghet samt anledningen som gav ett för smalt sökresultat under de första sökningarna.

6.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkom olika metoder för dokumentation och rapportering av patienter i omvårdnad. Fördelar och nackdelar för varje enskild metod beskrevs i relation till omvårdnad, vårdtagare och vårdgivare. Det fanns en tydlig utgångspunkt i de inkluderade studiernas syfte för varje kommunikationsmetod som indikerar att dokumentation och rapportering behöver bli mer effektiv och säker i omvårdnaden. Trots olika metoder för kommunikation beskrev samtliga studier liknande samband i resultatet vilket var en tydlig struktur och dess konsekvenser för sjuksköterskor men också för patienters upplevelser, ju tydligare struktur desto bättre uppfattades den aktuella metoden. Ett samband mellan brister och en ineffektiv kommunikation kan påverka kontinuiteten samt säkerheten i omvårdnad (Andersson, Malone, Shanahan & Manning, 2014; Blair & Smith, 2012; Matic, Davidson & Salamonson, 2010). En säker kommunikation ger en mer patientsäker vårdmiljö samt ökar patientens delaktighet i omvårdnaden (SKL, 2016).

Kommunikation beskrevs i resultatet som en stor felkälla i sjukvården vilket bidrog till en mindre säker vård. Felkällor som benämns är mottagarens sätt att tolka information samt avsändarens tillvägagångssätt vid överföring av information (Andersson, Malone, Shanahan & Manning, 2014; Blair & Smith, 2012; Matic, Davidson & Salamonson, 2010). En mottagare och en avsändare av information ska genom ett strukturerat tillvägagångssätt med eller utan hjälpmedel vara tillförlitliga och informationen ska uppfattas lika hos båda parter (Holmes, 2005). I sjukvården kan Shannon & Weavers kommunikationsteori som beskrivs i Holmes (2005) bok om kommunikation implementeras genom att via hjälpmedel för att skapa en strukturerad överföring av information. Det kan exempelvis vara genom elektroniska hjälpmedel vid dokumentation och rapportering som hjälper vårdpersonalen att skapa struktur och förbättra koncentrationsförmåga då en helhet kan presenteras under hela informationsrapporteringen vilket gör det lättare att följa med under exempelvis muntliga rapporteringar.

6.2.1 *Personcentrerad omvårdnad*

I sju studier var ett huvudsakligt mål med dokumentation och rapportering att skapa en mer personcentrerad omvårdnad (Broderick & Coffey, 2012; Chaboyer et al., 2010; Stevenson & Nilsson, 2011; Bradley & Mott, 2013; Bruton et al., 2012; Johnson et al., 2013; Laitinen et al., 2010). Den personcentrerade omvårdnaden presenterades som ett förhållningssätt mot en patient som grundar sig i ömsesidig respekt vilket ska främja relation mellan patient och sjuksköterskor. En central punkt är patientens delaktighet i omvårdnaden. Omvårdnad ska bedrivas med fokus på att se patienten samt respektera dennes autonomi och värderingar (Broderick & Coffey, 2012). Genom att bedriva omvårdnad efter kärnvärden involveras patienter i sin egen omvårdnad för att skapa en säkrare vård (Andersson et al., 2014).

I en studie beskrevs fördelar med bedsiderapportering för främjande av en personcentrerad omvårdnad (Andersson et al., 2014). Då patienten är närvarande under rapportering kan relationen främjas mellan patient och sjuksköterska. Rapporteringsmetoden

skapade en trygg miljö för patienterna och en säkerhet i att ställa frågor rörande sin omvårdnad infann sig (Burton et al., 2012). Upprätthållande av sekretess, en passiv patient samt hur vårdpersonal kan prata över huvudet på patienten poängterades som de största utmaningarna vid bedsiderapportering (Johnson & S-Cowin., 2012; Bruton et al., 2012; Chaboyer et al., 2010). Patienter som vårdades i delade salar där andra patienter fanns närvarande under rapportering beskrevs också som ett problem vid bedsiderapportering. Det kan medföra en osäkerhet och en passivitet från patienten (Andersson et al., 2014).

Det framkommer tydligt i litteraturstudiens resultat hur en personcentrerad omvårdnad främjar relationen mellan patienten och sjuksköterskor vilket skapar en god och mer säker vård. Bedsiderapportering främjar patientens medverkan för att skapa den goda kontakten samt överföring av information från vårdgivare till patient kan bli tydligare och mer lätt att förstå.

6.2.2 *Patientsäkerhet*

En säker vård förutsätter att kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal fungerar effektivt och säkert. Brister i kommunikationen har en stark koppling till patientsäkerheten och anses vara en av de vanligaste orsakerna till oönskade incidenteter i sjukvården (Matic, Davidson & Salamonson, 2010).

I två studier presenterades användandet av SBAR metoden för att skapa en högre patientsäkerhet och en säkrare vård. Syftet med SBAR beskrevs vara att effektivisera kommunikation mellan vårdpersonal för att rikta fokus på primära åtgärder och mest viktiga vid varje enskilt tillfälle. Tillämpningen av SBAR metoden skapade en mer patientsäker vård då dialogen mellan sjuksköterskor förbättrades, kommunikationen blev mer fokuserad och mindre tid ägnades åt konversationer som inte var aktuella (Cornell et al., 2014; Chaboyer et al., 2010).

Metoden SBAR ger en tydlig struktur för sjuksköterskor att arbeta efter vilket kan minska kommunikationsbrister och ge en förbättrad informationsöverföring mellan vårdpersonal. Det kan ge en tydlig bild av en patients situation under en begränsad tid vilket gör att metoden kan bli mer tidseffektiv. SKL (2016) beskriver tydligt hur riskerna för att information glöms bort eller tolkas fel mellan vårdpersonal minimeras vid tillämpandet av metoden och det kan leda till en minskad risk för vårdskador på längre sikt. Sjuksköterskors rapportering av patienter presenterades i två studier som en viktig komponent för att åstadkomma kontinuitet och säker patientvård (Chaboyer et al., 2010; Johnson & S-Cowin., 2012).

I två studier presenterades användandet av metoden elektronisk patientjournal (Blair & Smith, 2012; Stevenson & Nilsson, 2011). Fördelar i hur en elektronisk journal ger en mer tidseffektiv dokumentation samt hur rapporteringen baserades på den skriftliga dokumenteringen beskrevs. Det presenterades också hur olika system skiljde sig mellan olika tillverkare, vilket försvårade sjuksköterskors arbete då tid ägnades mer åt att orientera sig runt i olika system. Det beskrevs hur sjuksköterskor kunde dokumentera samma information på flera ställen och detta skapade en osäkerhet i vårdgruppen. Blair & Smith (2012) beskrev att utveckling av system som är likartade skulle vara mer effektivt för en säkrare omvårdnad.

6.2.3 *Kombination av olika metoder*

Litteraturstudiens resultat beskriver hur kombinationen av flera metoder ger en mer patientsäker- och personcentrerad omvårdnad (Bradley & Mott., 2013; Broderick & Coffey., 2012; Bruton et al., 2016; Chaboyer et al., 2010; Cornell et al., 2014; Johnson & S-Cowin., 2012; Johnson et al., 2012; Johnson et al., 2013; Laitinen et al., 2010; Stevenson & Nilsson., 2011; Tower et al., 2012; Wang et al., 2015). En kombination av elektronisk patientjournal

samt bedsiderapportering enligt strukturen SBAR kan ge sjuksköterskor en tydlig struktur från början till slut. Den skriftliga dokumentationen kan ske via elektroniska system där färdiga mallar finns tillhands för att effektivisera och strukturera dokumenteringen. Sedan sker en muntlig rapportering tillsammans med patienten bedside med en struktur enligt SBAR. Att involvera patienter genom kommunikation i den egna omvårdnaden samt implementering av nya strukturerade metoder för kommunikation kan bidra till utvecklingen av en patientsäker vård.

6.3 Kliniska implikationer

Denna litteraturstudie ger möjlighet för kliniska verksamheter att använda sig av vid utvärdering och utveckling av dokumentations- och rapporterings metoder som används på respektive klinik. Tillämpning av olika metoder vid dokumentation och rapportering främjar en effektiv och säker kommunikation i sjukvården, både mellan vårdpersonal samt mellan patient och sjuksköterska vilket är viktigt för samhället då en säker vård ger en trygg känsla och skapar ett förtroende för vården. För att skapa en så patientsäker och personcentrerad miljö som möjligt kan litteraturstudien användas för att efterforska vilken metod som är bäst avsedd för respektive klinik. Beroende på behov och efterfrågan av metoder vid olika verksamheter kan litteraturstudien ge möjlighet till införandet av en eller flera metoder av kommunikationsmetoder för att förbättra och effektivisera kommunikation på respektive klinik.

6.4 Vidare forskning

Forskning kring patientsäkra och personcentrerade metoder för dokumentation är ett komplext område som kräver ständig uppdatering och ny forskning. Flertalet studier fokuserar på patientens perspektiv vilket är viktigt för att stärka patientsäkerhet och det personcentrerade arbetssättet från sjukvårdspersonal. Dock behövs fler studier kring hur det är kliniskt genomförbart att använda sig av olika metoder ur sjukvårdspersonalens perspektiv då aktuella former av dokumentation och rapportering är tidskrävande och svåra att implementera i det dagliga arbetet.

Vidare forskning i hur teknik påverkar och används i sjukvården samt hur sjukvården påverkas behövs. Utvecklingen av apparatur går ständigt framåt och tekniken utvecklas i hög takt vilket gör att sjukvården ständigt måste utveckla nya program och verktyg för att underlätta det dagliga arbetet. Studier i hur utvecklingen av teknik och verktyg påverkar vårdens patientsäkerhet och den personcentrerade omvårdandes kan ge oss en bild av teknikens positiva eller negativa effekt på sjukvården. Vi är ständigt omringade och i kontakt med teknisk utrustning och apparatur vilket ger oss många intryck att tolka. Forskning i hur teknik kan påverka tolkningar av situationer eller upplevelser behöver genomföras för att se vilka effekter utvecklingen har på människan och sjukvården idag.

Vidare bör forskning i hur vårdpersonal kan bli bättre utbildade i kommunikation och informationsöverföring genomföras och hur det kan ske på ett säkert och effektiv sätt för att skapa struktur och följsamhet i kommunikationen.

7. Slutsats

Utifrån studiens syfte kan det konstateras att olika metoderna som presenteras i litteraturstudien för dokumentation och rapportering har både fördelar och nackdelar. De som beskrivs ha flest fördelar var bedsiderapportering samt den elektroniska patientjournalen. Patienter och sjuksköterskor upplevde hur kombinationen av en elektronisk patientjournal tillsammans med bedsiderapportering gav en mer patientsäker-och personcentrerad

omvårdnad. En kombination av olika metoder gav en stärkt relation mellan patient och sjuksköterska vilket skapar en säkrare och tydligare kommunikation. Involveringen av patienten under rapportering minskade också risken för vårdskador och misstag som tidigare skett i relation till bristande kommunikation. Samtliga studier främjar en tydlig struktur under den muntliga rapporteringen för att fokusera på de mest adekvata kring patientens situation. Det konstateras att en enhetlig dokumentation och rapportering ger en mer patientsäker och personcentrerad vård.

Referenslista

Anderson, J., Malone, L., Shanahan, K., & Manning, J. (2014). Nursing bedside clinical handover – an integrated review of issues and tools. *Journal of Clinical Nursing,* 24, 662–671. Australien.

Andersson, Å.(2013) Utveckling av kvalitet och säker vård och omvårdnad i Sverige. I G. Sherwood & J. Barnsteiner (Red.), *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad* (s.51- 59). Lund: Studentlitteratur AB.

Balzer Riley, J.(2008). *Communication in nursing*. USA: Elsevier Inc.

Barnsteiner, J.(2009) Säker vård. I G. Sherwood & J. Barnsteiner (Red.), *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad* (s.125- 143). Lund: Studentlitteratur AB.

Blair, W., & Smith, B. (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse,* 41 (2): 160-168. Nya Zeeland.

Borglin, G.(2013). Mixad metod- en introduktion. I M, Henricsson.(Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.269-286). Polen: Studentlitteratur AB.

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. Australien.

Broderick, MC., & Coffey, A. (2012). Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing* 8, 309–318. Irland.

Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing,* Vol 25, No 7. Storbritannien.

Birmingham, P., D- Buffum, M., A- Blegen, M., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and patient safety: Grasping the story and painting a full picture. *Western journal of nursing research,* Vol 37 (11), 1458- 1478. USA.

Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice,* 16: 27–34. Australien.

Cornell, P., T- Gervis, M., Yates, L & Vardaman, J-M. (2014) Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. *MEDSURG Nursing,* Vol 23, No 5. USA.

Dufault, M., E- Duquette, C., Ehmann, J., Hehl, R., Lavin,M., Martin,V., Moore, M-A., Sargent, S., Stout, P., & Willey, C. (2010) Translating av evidence- based rotocoll for nurse-to- nurse shift handoffs. *Worldviews on evidence- based nursing,* 7(2), 59- 75. USA.

Ehnfors, M. & Thorell- Ekstrand, I.(1992) Utveckling av modell för dokumentation av omvårdnad. I L. Rooke (Red.). *Omvårdnadsdiagnostik och dokumentation: olika perspektiv*. (s.108-133). Lund: Studentlitteratur.

Florin, J., Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Björvell, C. (2012) A comparison between the VIPS model and the ICF for expressing nursing content in the health care records. *International Journal of Medical Informatics,* Vol. 82 (2), 108- 117. Sverige.

Henricson, M.(Red.) (2013) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur AB.

Henricson, M.(2013). Diskussion. I M, Henricsson.(Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.471- 478). Polen: Studentlitteratur AB.

Holmes, D.(2005) *Communication theory*. Storbritannien: TJ International.

Iwarsson, S.(2010) *Processutveckling och patientsäkerhet: två olika sidor av samma mynt*. Stockholm: Säve förlag.

Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International Journal of Nursing Practice,* 18: 462–470. Australien.

Johnson, M., & S-Cowin, L. (2012). Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management,* 21, 121–129. Australien.

Johnson, M., Sanchez, P., Suominen, H., Basilakis, J., Dawson, L., Kelly, B. & Hanlen, L. (2013). Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *International Nursing Review* 61, 73–81. Australien.
Kirkevold, M.(2008) *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Malmö: Studentlitteratur.

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

Laitinen, H., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing,* 19, 489–497. Finland.

Larsson, L-Å. (1997) *Tillämpad kommunikationsvetenskap*. (4.1 uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Leksell, J. & Lepp, M. (Red.). (2013) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber AB.

Matic, J., Davidson, PM., & Salamonson, Y. (2010). Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing,* 20, 184-189. USA.

McCance, T. & McCormack, B.(2013) Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s.81- 110). Stockholm: Liber AB.

Nationalencyklopedin. (2016). *Kommunikation*. Hämtad 25 augusti, 2016, från NE., http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kommunikation

Rooke, L. (Red.). (1992) *Omvårdnadsdiagnostik och dokumentation: olika perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 26 augusti, 2016, från Riksdagen., https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2008:355. Patientdatalag. Hämtad 26 augusti, 2016, från Riksdagen., http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Hämtad 26 augusti, 2016, från Riksdagen., https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Sherwood, G.& Barnsteiner, J. (Red.). (2013) *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Sjuksköterskans profession*. Hämtad 24 augusti, 2016, från SSF., http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Kommunikation mellan vårdpersonal*. Hämtad 24 augusti, 2016, från SSF., http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 25 augusti, 2016, från SSF., http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Socialstyrelsen. (2016). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 25 augusti, 2016, från Socialstyrelsen., http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation

Socialstyrelsen. (2016). *Omvårdnad*. Hämtad 25 augusti, 2016, från Socialstyrelsen., http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/centralarekommendationer/omvardnad#1

Socialstyrelsen. (2016). *Patientsäkerhet*. Hämtad 24 augusti, 2016, från Socialstyrelsen., http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

Stevenson, JE., & Nilsson, G. (2011). Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. Journal of Advanced Nursing, 68 (3), 667-76. Sverige.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 25 augusti, 2016, från SSF., http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Sveriges kommuner och landsting. (2016). *SBAR för strukturerad kommunikation*. Hämtad 23 augusti, 2016, från SKL., https://skl.se/download/18.535f453b144f9c99a838419b/1398411819721/skl-sbar-pm.pdf

Sveriges kommuner och landsting. (2016). *Strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården*. Hämtad 13 oktober, 2016, från SKL., https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarforkommunikation.748.html

Tower, M., Chaboyer, W., Green, Q., Dyer, K., &Wallis, M. (2012). Registered nurses' decision-making regarding documentation in patients' progress notes. Journal of Clinical Nursing, 21, 2917-2929. Australien.
Travelbee, J.(1971). *Interpersonal aspects of nursing*. *(2. ed.)* Philadelphia: Davis.

Wang, N., Yu, P., & Hailey, D. (2015). The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. *International Journal of Medical Informatics,* 84, 561–569. Australien.

Bilaga 1 Sökmatris

CINAHL 2016-09-12	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Urval 1 Titel	Urval 2 Abstract	Urval 3 Artiklar	Urval 4 Granskning
S1	MH ”Nursing records” OR MH ”Medical records”		18390				
S2	MH ”Nursing records” OR MH ”Medical records”	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	8693				
S3	MH ”Hand off (Patient- Safety)	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	923				
S4	MH ”Nursing care”	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	4602				
S5	S2 OR S3	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	9571				
S6	Nurs*	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	476048				
S7	S5 AND S6	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	207	207	93	67	1

Medline 2016-09-12	**Sökord**	**Avgränsningar**	**Antal träffar**	**Urval 1 Titel**	**Urval 2 Abstract**	**Urval 3 Artiklar**	**Urval 4 Granskning**
S1	MH ”Medical recors OR ”Nursing records”		69146				
S2	MH ”Medical recors OR ”Nursing records”	2006-2016, Engelska	8426				
S3	MH ”Patient handoff”	2006-2016, engelska	503				
S4	Nurs*	2006-2016, engelska	705 004				
S5	S2 AND S4 AND S3	2006-2016, Engelska	13	13	13	13	7

Cinahl 2016-09-30	**Sökord**	**Avgränsningar**	**Antal träffar**	**Urval 1 Titel**	**Urval 2 Abstract**	**Urval 3 Artiklar**	**Urval 4 Granskning**
S1	MH ”SBAR technique”		44				
S2	MH ”SBAR technique”	Peer rewiewd 2006- 2016	36	36	15	3	1

Cinahl 2016-09-27	**Sökord**	**Avgränsningar**	**Antal träffar**	**Urval 1 Titel**	**Urval 2 Abstract**	**Urval 3 Artiklar**	**Urval 4 Granskning**
S1	Nurs*	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	477 039				
S2	Methods	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	755 843				
S3	Handover methods	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	211				
S4	Nurs* AND Handover methods	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	108				
S7	S2 AND S4	Peer rewiewed, Engelska, 2006-2016	108	108	20	10	2

Medline 2016-09-27	**Sökord**	**Avgränsningar**	**Antal träffar**	**Urval 1 Titel**	**Urval 2 Abstract**	**Urval 3 Artiklar**	**Urval 4 Granskning**
S1	Nurs*	Engelska, 2006-2016	230 759				
S2	Handover methods	Engelska, 2006-2016	178				
S3	S1 AND S2	Engelska, 2006-2016	79	79	20	8	1

Bilaga 2 Artikelmatris

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
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. Australien.	Syftet var att studera den empiriska processen och resultaten av genomförandet av sängrapportering från sjuksköterska till sjuksköterska på tre australienska landsbygdssjukhus.	Mixad metod design Population: akut avdelning på tre sjukhus, deltagarna skulle vara minst 18 år gamla, personalen skulle arbeta på avdelningarna både före och efter genomförandet av studien. Urvalsförfarande: information om studien gavs till personalen vid personalmöte på respektive avdelning, därefter besökte forskarna avdelningarna för att ge ytterligare information. Även informationsblad gavs. Frivilligt deltagande från personal och patienter. Urval: nio patienter, fyrtioåtta vårdgivare. Studiegrupp: fem kvinnor, fyra män från patient grupp samt fyrtiosju kvinnor och en man i personalgrupp. Datainsamlingsmetod: empirisk studie med blandad metod. Etnografiska samtal med patienter och enkät/frågor med 7 gradig likertskala samt etnografiska intervjuer. Analys: kvantitativ – statistisk analys. Kvalitativ – textanalys.	Styrkor: information om studien i flera steg, skapar trovärdighet och kvalité av genomförandet. Kodsystem för att avidentifiera data i studie, skedde via slumpgenerator. Frivilligt deltagande, lämna samtycke. Triangulering av uppgifter för att minska subjektivitet. Välbeskriven dataanalys, beskrivs vad det olika modellerna/processerna innebär och vad syftet är med dessa. Relevanta tabeller. Beskrivs att forskare utförde intervjuer till mättnad ansågs vara uppnådd. Relevanta citat finns med. Tydlig beskrivning av datainsamling. Hög kvalité	Resultaten presenteras i kategorierna – patientens uppfattningar samt personalens uppfattningar. Citat från både patient och vårdpersonal benämns. Påvisning av positiva resultat av sängrapportering. Resultatet pekar på många positiva aspekter med sängrapportering istället för rapportering bakom stängda dörrar. Patienter poängterar deras tillfredsställelse med denna variant av rapport. Endast positiva aspekter lyfts. Tre områden belyses från patientens perspektiv som viktiga och som denna rapport uppfyller – social, sjuksköterska och patientvård. Tydliggörs i figur/tabell. Det framgår att sängrapportering är effektiv och till fördel både för patient och sjuksköterska. Båda parterna beskriver fördelar med detta. Sängrapportering främjar personcentrerad vård och ökar patientens delaktighet i vården.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
Broderick, MC., & Coffey, A. (2012). Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing* 8, 309–318. Irland.	Syftet var att undersökta omvårdnadsdokumentationen inom långtidsvård för att avgöra om det återspeglade en personcentrerad syn samt beskriva aspekter av personcentrerad vård i journalerna.	Deskriptiv kvalitativ studie. Population: Dokumentation för patienter inom långtidsvårds-anläggning. Invånare över 65 år. Urvalsförfarande: Patienter som bott mellan fyra månader till fyra år inkluderades. Urval: Sex patienter samt 56 olika journalanteckningar. (n= 56 anteckningar). Studiegrupp: 6 patienter, ålder: över 65 år. Datainsamlingsmetod: Strukturerades efter PCN- ram utifrån ett personcentrerat synsätt. Analys: innehållsanalys.	Styrkor: Objektivt synsätt. PCN ramverk för att stödja extraktion och analys som testats och godkänts av tidigare empirisk forskning. Begränsning i provtagning - säkerställa representation och tillräckligt med information för analys. Ytterligare metoder beskrivs för att främja trovärdighet i studie samt säkerställa verifierbarhet. Fokus i studie: vårdprocesser för personcentrerad vård – styr datautvinning. Medelhög kvalité	Resultat presenteras i rubriker utifrån vårdprocesser för personcentrerad vård – patientens värderingar, delat beslutsfattande, engagemang, sympatisk närvaro och holitisk närvaro. Relevanta punkter för att etablera personcentrerad vård. Framgår att det saknas struktur i dokumentation gällande bedömning och vårdplanering, och att det är orsaker till bristande personcentrerad vård. Tidsbrist, brist på kunskap och förståelse samt sjuksköterskans attityder och skrivförmåga beskrivs också vara faktorer som påverkar utfallet.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, Vol 25, No 7. Storbritannien.	Syftet var att förstå syftet av , påverkan och erfarenheter av sjuksköterskans rapportering från patient och personal perspektiv.	Kvalitativ metod, beskrivande design. Population: personal och patienter från två akutavdelningar, medicinsk och kirurgisk avdelning. Inklussionskriterier var att deltagaren skulle kunna genomgå en intervju på minst 30 minuter, kunna ge skriftligt samtycke samt kunde läsa och tala engelska. Urvalsförfarande: bekvämlighetsurval för att välja deltagare. Ansvarig sjuksköterska gav förslag till forskare om lämpliga patientdeltagare och dessa blev kontaktade av forskaren. All personal erbjöds att delta, informerades via personalmöte, e-post och informationsblad. Urval: 24 deltagare. Studiegrupp: åtta patienter, tio sjuksköterskor, en sjuksköterskestudent, tre sjukvårdsassistenter, en läkare och en sjukgymnast. Datainsamlingsmetod: semistrukturerade intervjuer. Analys: tematisk analys.	Styrkor: alla deltagare gav skriftligt samtycke. Granskning av två författare. Citat utifrån intervjuer, tydliggör patienters och sjuksköterskors upplevelser. Hög kvalitet	Tre modeller och former av rapportering presenteras: • Kontorsbaserad. • NIC (ansvarig sjuksköterska). • Vid sängkanten/bedside. Resultatet presenteras i rubriker r för överlämningsprocessen. Det framgår vikten av god kommunikation, samspel mellan alla parter, att överlämningen har struktur och rätt innehåll. Överlämningen presenteras som informationsöverföring och ronder som en diskussion med patienten. Rapportering vid säng pekar på många fördelar för både sjuksköterska och patient men även nackdelar benämns. Både patientens och sjuksköterskans syn på överlämning och kommunikation beskrivs samt tydliggörs med citat. Patienterna beskriver vikten av att få vara delaktig i sin vård och få information.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Metod och ev. design**	**Värdering**	**Resultat**
Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice*, 16: 27–34. Australien.	Syftet var att beskriva strukturer, processer och uppfattningar om resultat av sängrapportering i omvårdnad.	Deskriptiv kvalitativ fallstudie Population: Inkl: endast vårdpersonal, rapporter vid eftermiddagsskifts, rapporter inom tre områden – medicin, kirurgi och rehabilitering. Exkl: patienter. Urvalsförfarande: sex avdelningar på två sjukhus. Resulterade i antal observationer och intervjuer. Urval: 534 rapporteringar och 34 sjuksköterskor. Studiegrupp: Majoriteten var kvinnor, runt 40 år, och hade omkring 10 års erfarenhet. Hälften arbetade heltid. Datainsamlingsmetod: semistrukturerade observationer och intervjuer. Analys: textanalys	Styrkor: Egen bedömning av kvalité beskrivs i studien. En tydlig struktur, process, samt resultat genom exempelvis tabeller. Frågor för intervjuer är strukturerat och tydligt listade. Alla deltagare hade lämnat samtycke till deltagande. Citat från deltagare framgår i resultatet. Hög vetenskaplig kvalité.	Resultatet presenteras i relevanta rubriker. Det framgår att modellen, SBAR, för rapportering används i varierande grad och tre specifika situationer då det används mer pekas ut. Vikten av att anpassa språket beskrivs, för att patienten ska förstå informationen och för att rapporten ska bli av kvalité. Effekten av en god kommunikation för god vård beskrivs. Det tydliggörs i text och tabellform tre olika delar som ingår i sängrapporteringen: före, under och efter rapportering då det är specifika aspekter som är viktiga för att åstadkomma en adekvat rapport för god vård. Sjuksköterskor anser att sängrapportering främjar personcentrerad vård.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
Cornell, P., T- Gervis, M., Yates, L & Vardaman, J-M. (2014) Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. MEDSURG nursing, Vol 23, No 5. USA.	Syftet var att mäta användning av SBAR under skriftliga rapporter och tvärvetenskapliga ronder under rapporttider samt mäta rapport och informations kvalité, användning av SBAR- papper och transkriptionshantering samt även patientgranskningstid.	Kvantitativ metod- beskrivande design. Population: sjuksköterskor, chefer, apotekare och socialarbetare inom en medicinsk-kirurgisk enhet på ett förortssjukhus i södra USA. Läkare, patienter och anhöriga exkluderades. Urvalförfarande: inkluderade deltagare informerades om studien och fick sedan frivilligt delta. Urval: 36. Studiegrupp: 36 kliniskt verksamma sjuksköterskor med en genomsnittsålder på 37 år, erfarenhet inom yrket varierar från 6 månader till 36 år (genomsnitt åtta-nio år). Datainsamlingsmetod: direkt observation samt inspelade rapporter. Analys: flera statistiska analyser.	Styrkor: alla observatörer var utbildade och certifierade. Vid utveckling av SBAR testades av olika yrkeskategorier för att avgöra dess lämplighet och kvalité. Svaren från undersökningen var crosscheckade för konsekvens och exakthet. Tidigare metoder har inte gett detalj på frekvens, varaktighet och mönster av sjuksköterskans arbetsflöde, därför datainsamlingsmetod med användning av direkt observation och studerande av fyra variabler. Förtydligande av resultatet med figurer/tabeller. Sjuksköterskor får utbildning i användning av SBAR, skapar kvalité i tillämpning av verktyget och protokollet. Frivilligt deltagande och information gavs om att deltagarna fick avbryta under studien gång. Hög kvalité	Tre uppsättningar av observationer utförs av sjuksköterskor vid skiftrapport. Utvecklingen av SBAR-protokoll presenteras i tre steg. Fem uppsättningar av observationer utförs av ronder. Det framkommer i studien vid både skiftrapport och ronder så medför införandet av SBAR mer effektiv och fokuserad kommunikation. Mer tid läggs på patientuppgifter och mindre tid på icke relevanta berättelser. Vikten av en effektiv kommunikation tydliggörs för att främja både hälsa och säkerhet för patienten. SBAR främjar dialogen mellan vårdgivare och leder till mer konsekventa skiftrapporter det reducerar även granskningstiden av patienten under ronder. Det framkommer att SBAR framförallt är avsett för kommunikation i akuta situationer, men dess relevans för att förbättra vårdgivares kommunikation under skiftrapport och ronder poängteras i denna studie.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *International Journal of Nursing Practice,* 18: 462–470. Australien.	Syftet var att undersöka innehållet i och organisationen av information som överförs i överrapportering genom ICCCO- metoden.	Kvalitativ studie Population: Från sju olika kliniska miljöer, områden som inkluderades var medicin/kirurgi, stroke, respiration, mental hälsa, ortopedi, åldrande vård och demensenheter. Urvalsförfarande: 106 digitalt registrerade kliniska rapporter, största delen av patienterna som inkluderades kom från områdena medicin/kirurgi och mental hälsa. När utskrifterna lästes upptäcktes skillnader gällande innehåll och struktur för akut psykiska enheter så dessa uteslöts. Urval: 81 kliniska rapporter. Studiegrupp: 81 kliniska rapporter, främst från rapporter kring patienter från medicin/kirurgi. Datainsamlingsmetod: Ljudinspelningar av kliniska rapporter. Analys: tematisk analys i samband med innehållsanalys.	Styrkor: forskarnas tillvägagångssätt för att finna sjuksköterskor för deltagande är väl beskrivet. Tydlig beskrivning av medgivande från det som deltog i studien samt hur analysen utformades oh utfördes. Datamättnad beskrivs och granskning har utförts av två forskare för att bekräfta de framtagna kategorier som presenters. Citat i resultat ger en stärkt trovärdighet. Hög kvalité	Fem relevanta huvudteman (kategorier) för struktur av rapportering enligt ICCCO- metoden presenteras: • Identifiering av patient. • Anamnes/presentation. • Klinisk status inklusive observation. • Vårdplan inklusive vård/diagnostiska metoder. • Resultat/mål för vård. Viktiga och relevanta aspekter för varje kategori presenteras och motsvarar viktigt information som ska ingå i rapporteringen. Citat från sjuksköterskor beskrivs under respektive kategori.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
Johnson, M., & S-Cowin, L. (2012). Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management*, 21, 121–129. Australien.	Syftet var att undersöka sjuksköterskors perspektiv på införandet av sängrapportering och användning av skriftliga ark.	Kvalitativ metod Population: sjuksköterskor och undersköterskor på tre sjukhus inkluderades. Specialiserande verksamheter som IVA eller neonatal avdelningar exkluderades. Urvalsförfarande: Studien utfördes i juni 2008. Sjuksköterskor och undersköterskor som mötte inklussionskriterier erbjöds att delta. Urval: 30. Studiegrupp: 6 fokusgrupper med totalt 30 deltagare på medicinsk eller kirurgisk avdelning. Åldern varierade från 21-50 år. Flesta deltagarna var kvinnor (förhållande 5:1). Datainsamlingsmetod: fokusgruppsintervjuer. Analys: induktiv tematisk analys.	Styrkor: citat från svar på frågor som ställdes till deltagare i studien samt tydlig beskrivning av analysen. Datamättnad uppnådd. Jämförelse med olika exempel från fokusgrupper för att stärka trovärdighet och tillförlitlighet beskrivs. Resultat byggt utifrån fem identifierade teman med information och citat från intervjuer ges, skapar trovärdighet och tydlighet. Hög kvalité	Resultatet presenteras i form av identifierade teman som framtagits av deltagare relaterat till förändring i rapporteringen. Det som beskrivs är sängrapporteringens styrkor och svagheter, patienten medverkan, att bra kommunikation handlar om goda kommunikatörer, tre källor av patientinformation och övriga frågor där skriftlig rapportering på ark, problem med tillgång till teknik och modeller av vård ingår. Det framkommer delade uppfattningar från deltagare om införandet av sängrapportering. Flertal ställer sig positiva till det men det framgår även dess utmaningar med patienter, modell av vård och deltagarens kommunikationsförmåga.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	**Syfte**	**Metod och ev. design**	**Värdering**	**Resultat**
Johnson, M., Sanchez, P., Suominen, H., Basilakis, J., Dawson, L., Kelly, B. & Hanlen, L. (2013). Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *International Nursing Review* 61, 73–81. Australien.	Syftet var att undersöka möjligheterna för framtagning av en struktur för uppsättning av patientinformation för rapportering och dokumentation i omvårdnad.	Deskriptiv kvalitativ studie Population: två sjukhus, patientfall från medicinska och kirurgiska avdelningar. Urvalsförfarande: 179 patientfall från start. Fall som ej gav fullständig information exluderades samt fall som gav fullständig information om rapportering och dokumentation inkluderades i studien. Urval: 162. Studiegrupp: 162 patientfall. Datainsamlingsmetod: Begränsad datainsamling från mars till maj 2012. Digitala inspelningar av rapporterings situationer. Transkriberades ordagrant och avidentifierades. Analys: innehållsanalys med befintlig ram.	Styrkor: Datamättnad uppnåddes och giltighet/tillförlitlighet för studien beskrivs med en inter-rater på 88%. Två granskare samt kodning och avidentifiering av text. Datoriserat analysverktyg har använts för att säkerställa innehållet. Samtliga deltagare som ingick i studien fick information och lämnade samtycke till deltagande. Hög kvalité	Resultatet presenteras i tydliga rubriker. Två huvudrubriker som är kopplat till det två saker studiens syftar till – rapportering och dokumentation. Resultatet beskrivs strukturerat efter ICCCO-kategorier. Liknande innehåll presenteras gällande utförande av informationsöverföring för klinisk rapportering och dokumentation - identifiering av patient, vårdplan, klinisk historia och presentation, klinisk status samt utfall/mål för vård utifrån ICCCO- kategorier.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
Laitinen, H., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 489–497. Finland.	Syftet var att undersöka vilka uttryck sjuksköterskor använder när de dokumenterar patientfokuserad omvårdnad i elektroniska patientjournaler.	Kvalitativ metod med beskrivande design Population: fyra avdelningar från två sjukhus. Urvalsförfarande: Endast avdelningar som tillämpade EPR för dokumentation under perioden 12 februari till den 2 mars 2007. Vistelsen för patienterna varierade mellan dagar till veckor. En lista erhölls från sjukhusen av alla patienter från den aktuella perioden, tio journaler valdes av ansvarig forskare, var tredje valdes manuellt tills tio stycken var uppnådda. Resulterade i fyrtio journaler – för tillräcklig datamättnad. Urval: 40. Studiegrupp: 40 EPR, trycktes i pappersformat till 322 sidor. Datainsamlingsmetod: grounded theory (parallellt med analys). Analys: induktiv analys – grounded theory. Konstant jämförande analys.	Styrkor: Tydligt beskrivet resultat. Väl beskriven metod med tydlig dataanalys samt förtydligande i form av relevant tabell. Beskrivning av interventioner för att säkerställa sekretess och konfidentiallitet. Endast forskare som hade tillgång till EPR. Delgav information om studien och dess konfidenstialitet både i form av personalmöte och i skrift. Kodning för att säkerställa sekretess ytterligare. Forskare åtagit sig presentera resultat för avdelningarna efter studie. Hög kvalité	Resultatet presenteras i tre kategorier med fjorton underrubriker för att illustrera patientfokuserad dokumentation. Patientfokuserad dokumentation fokuserar på tre delar – patient, sjuksköterskan och relation mellan vårdtagare och vårdgivare. Patientens roll i vården och hens perspektiv på vård ska dokumenteras för att en patientfokuserad vård ska uppnås. Det finns beskrivet att det finns brister i detta men denna studie visar också att det fungerar på flera punkter. Två aspekter som lyfts fungerande är patientens talan och ömsesidigheten mellan sjuksköterska och patient.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
Stevenson, JE., & Nilsson, G. (2011). Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. Journal of advanced nursing, 68 (3), 667-76. Sverige.	Syftet var att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om användandet av elektronisk patientjournal i det vardagliga vårdarbetet.	Kvalitativ studie med beskrivande design Population: sjuksköterskor från sex avdelningar inom medicin och kirurgi, användning av elektronisk rapport, EPR för dokumentation. Urvalsförfarande: brev som förklarade studiens syfte skickades till sex avdelningar och det sjuksköterskor som var intresserade kunde frivilligt delta. Urval: 21 sjuksköterskor från sex olika avdelningar. Studiegrupp: 21 verksamma sjuksköterskor, endast kvinnor, variation i ålder samt år av verksam erfarenhet. Datainsamlingsmetod: Två veckors period, under november och december 2008 för insamling av data. Fokusgruppsintervjuer som var digitalt inspelade. Ostrukturerade intervjuer utan specifik intervjuguide. Analys: innehållsanalys.	Styrkor: citat från intervjuer, tydliga tabeller, väl beskriven datainsamling och dataanalys. Relevant och tydlig information om sjuksköterskors uppfattningar av användning av EPR. Framgår tydliga interventioner för att säkerställa trovärdighet i studien. Två forskare som utför och analyserar, tillämpar citat för att öka tillförlitlighet samt en kontroll utförs slumpmässigt för granskning och reaktion på data där det framgår att data ger en rättvis bild. Hög kvalité	Resultat presenteras i relation till patientsäkerhet. En huvudkategori med tre relevanta underkategorier riktat mot patientsäkerhet. Framkommer både positiva och negativa aspekter för respektive process i EPR. Det framkommer att patientsäkerheten äventyras vid brister i EPR. Otydligheter, komplexitet, ej adekvat system för att upprätthålla säkerhet och kvalité i dokumentation beskrivs. Slutsatsen av resultatet är att sjuksköterskor inte vill återgå till dokumentation i pappersform, men det vill ha bättre fungerande EPR system för att säkerställa patientsäkerhet. Resultatet ger en bild om vad som fungerar och vad som inte fungerar för att upprätthålla patientsäker dokumentation.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
Tower, M., Chaboyer, W., Green, Q., Dyer, K., &Wallis, M. (2012). Registered nurses' decision-making regarding documentation in patients' progress notes. Journal of Clinical Nursing, 21, 2917-2929. Australien.	Syftet var att undersöka sjuksköterskors beslutsfattande när de dokumenterar patientens framsteg i vården.	Kvalitativ metod med beskrivande design. Population: sjuksköterskor inom medicin från sex olika avdelningar på två sjukhus inkluderades. Urvalsförfarande: samtliga sjuksköterskor kontaktades vis epost av respektive chef, de som visade intresse blev kontaktade igen via e-post och telefon för möte om studien. Deltagare som ville delta fick sedan lämna samtycke. Urval: 17 sjuksköterskor. Studiegrupp: tio sjuksköterskor hade kandidatexamen och sju hade sjukhusdiplom. Tiden för verksamhetserfarenhet kvalificerades mellan 2-40 år (m= 13) och anställning inom medicin mellan 1-30 år (m= 10). Datainsamlingsmetod: Observation utan tak, med kombinerad metod. Uppföljande intervju för extra validering av tolkningar. Analys: systematisk textanalys.	Styrkor: kombinerade metoder vid datainsamling för att säkerställa rigor. Resultat redovisas i tabeller. Användning av pseudonymer för att skydda konfidentialitet. Samtycke från samtliga deltagare. Forskningsassistent utbildad i aktuell datainsamlingsmetod var närvarande under perioden om frågor eller problem skulle uppstå vilket skapar kvalité för säker datainsamling. En uppföljande intervju skedde efter avslutad analys för att validera tolkningar. Hög kvalité	Vikten av god dokumentation beskrivs och sjuksköterskans förmåga till kritiskt tänkande och reflektion kring patientens framsteg poängteras. Utifrån analysen framkom det tre olika scenarier för beslutsfattande: nyantagen patient, patient vars tillstånd var som väntat samt hemgångs-patienten. Dessa scenarier utgör tre huvudteman för presentation av resultatet i studien. Sjuksköterskor visar situationsmedvetenhet på olika nivåer i sina beslutsprocesser. Medan situationsmedvetenhet är viktigt, är det också viktigt att använda en lämplig modell för beslutsfattandet. Kognitiv teori föreslås som en beslutsmodell som skulle kunna stödja situationsmedvetenhet när sjuksköterskorna fattar beslut i dokumentationen för patientvård.

Författare, artikelns titel, tidskrift, land	Syfte	Metod och ev. design	Värdering	Resultat
Wang, N., Yu, P., & Hailey, D. (2015). The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. *International journal of medical informatics,* 84, 561–569. Australien.	Syftet var att utvärdera och jämföra kvalité av pappersbaserade och elektroniskt baserade omvårdnadsplaner på åldrande vårdhem i Australien.	Kvantitativ komparativ metod Population: Data från sju vårdhem, enbart papper och elektronisk skriven omvårdnads-dokumentation. Urvalsförfarande: bekvämlighetsurval. Urval: 111 pappersbaserade och 194 elektroniska omvårdnads-anteckningar från 1989-2011 inkluderades. Datainsamlingsmetod: Revisionsstudie med retroperspektiv med användande av revisionsinstrument. Analys: beskrivande statistik. Ej normalfördelad data, därav icke-parametrisk Mann-Whitney U-test.	Styrkor: bedömning av studiens kvalité utifrån sexton relevanta frågor. Giltighet och inter-bedömnings reliabilitet av frågorna i studien testades under utveckling av instrumentet. Frågorna fokuserar på närvaro och kvalité för varje steg i omvårdnadsprocessen. Likertskala 0-4 för gradering av NCP (Nursing-care plan). Tabeller som visar de olika resultat från de olika mätningarna. Svagheter: Svårtolkade tabeller utifrån resultat. Avsaknad av tydlig slutsats samt vidareutveckling. Medelhög kvalité	Dokumentationen struktureras i fyra sektioner: smärta, rörlighet, livsstil/kost samt avhållsamhet och självkontroll. I resultatet framgår det att information för dessa områden varierar mellan pappersbaserad och elektronisk dokumentation. Patientens problem beskrivs tydligare i elektronisk dokumentation samt utförda insatser beskrivs tydligare i pappersbaserad dokumentation och målen för varje område är likvärdig för det båda formerna. Det framgår inga större förbättringar gällande kvalité på dokumentation med elektronisk metod. Behov av förbättrad omvårdnadsdokumentation, kvalité på dokumentationsmetoder för att främja vårdkvalité.

Bilaga 3 SBAR-modellen

S — Situation

1127-01 Xxxxxxx, Xxxxx X **DOB:** xx/xx/xxxx **Privacy:** No **Password:**

Admit Dt: 11/01/2010 04:56 **Age:** xx Y **Gender:** F **LOS:** 3 Days, 01:30

Active Current Situation: R knee replacement

Chief Complaint on Admission: W - SEVERE DEGENERATIVE ARTHRITIS

Attending Physician: Brilliant, I. M. MD

Consulting MDs: (Only latest 8 listed)
Surgeon, Sergio MD;

Diagnostic Orders: (latest 6 in the last 24 hours)
No Diagnostic Orders

B — Background

Allergies: (Note: Only first 25 Allergies listed)
CODEINE, IV DYE, IODINE CONTAINING

Code Status: (Latest charted since admit)
DNR (no resus) (10/27-10:05)

Isolation: (Latest charted in last 24 hours)
No Charting

Medical Problems: (Only Active Medical problems listed)
Asthma; Osteoarthritis

Precautions: (Latest charted in last 24 hours)
No Charting

Vaccine History:
Influenza: 2009; Pneumonia: 2009

Surgical History:
Cholecystectomy, Appendectomy; Mastoidectomy; Tonsillectomy; Hysterectomy; Comments: Bladder Suspension, Left Mastioidectomy

Barriers to Communication:
No Adverse Charting

A — Assessment

Vital Signs: (latest in last 24 hrs)
Tmp: 97.9F (11/04 06:24)
HR: 64 (11/04 06:24)
RR: 18 (11/04 06:24)
BP: 98/52 (11/04 06:24)
Sat: 97% oxy (11/04 06:24)
BG: Not Charted
Ref: Not Charted

O2/Vent: (latest in last 24hrs)
O2: 2lpm nasal cannula (04:26) Trach size: No Charting
No Vent Charting

Abn Labs: (L 35 last 24hrs) **INR** No result since admit
No Abnormal Labs

Intake and Output: 11/03 23:01-11/04 07:00
Intake: 0 Output: 0 **Net: 0**
Stool(O): 0 Hemodialysis: 0
Urination method: catheter (11/04 04:26)

Cardiac: (latest in last 24hrs)
No Charting

IV Manage:
Lactated Ringers 1000 Ml @100 ml/hr

Tubes/Drains: (latest last 24hrs)
No Charting

Skin/Incisions/Wounds: (latest last 24hrs)
Wound 1: Location- left, knee (11/04 04:26) Type- incisional (11/04 04:26)

Height/Weight: (latest since admit)
152.4cm(11/01-12:32) 95.2543kg(11/01-12:32)

Line Management: (latest in last 8hrs)
Line # 1: Type- peripheral (11/04 04:26) Location- right, forearm Inserted- 11/01/2010

Scores/Scales: (latest since admit)
Braden: 19total per shift (11/03-20:10)

Diet/Supplements:
Diet: regular (11/02 07:00)

Activity: (latest in last 8hrs)
No Charting

Pain: (latest 2 for each site in last 24 hours)
L knee- 6 (11/03 20:10), 10 (11/03 18:06)
PRN Meds Given (last 24 hours):
Oxycodone-Acetaminop 5-325mg 2 Tablet Oral (11/04 00:22) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg 2 Tablet Oral (11/03 17:52) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg 2 Tablet Oral (11/03 13:22) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg 2 Tablet Oral (11/03 08:52)

R — Recommend

Consult Orders: (latest for each since admit)
Acute Rehab Consult (11/01 22:07), Case Management Consult (11/01 23:19), Chaplain Consult (11/01 23:17), Dietitian Consult (11/01 23:20), Ot Initial Evaluation (11/01 22:05), Pt Initial Evaluation (11/01 22:02), Social Service Consult (11/01 23:18)

Nursing Orders: (latest active select orders)
No Active Orders

Nurse Reminders: (latest in last 48hrs)
No Reminders Charted

Core Measures: (latest since admit)
VTE mechanical: ALPs (11/02-07:59) Compress device: calf, alp boots, in place (11/04-04:26)

Medications: (Overdue in the last 12hrs and Non-Confirmed)
Overdue: None
Non-Confirmed: (25) Ondansetron Hcl; (13) Zolpidem; (12) Zolpidem; (11) Diphenhydramine Hcl; (10) Diphenhydramine Hcl; (9) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg; (8) Oxycodone-Acetaminop 5-325mg; (5) Alum-Mag Hyd-Sim200-200-20/5; (4) Magnesium Hydroxide; (3) Acetaminophen; (2) Promethazine

SAMPLE