



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PARVÅRD – ETT SJÄLVKLART ARBETSSÄTT?

En kvalitativ intervjustudie

Helena Preinitz Gärdinge & Clara Bergstedt

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT/2018
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Azar Hedemalm

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Stort tack till de sjuksköterskor och undersköterskor som delat med sig av sin tid, sina erfarenheter och åsikter. Ert bidrag till denna studie har varit mycket värdefullt och lärorikt. Tack även till avdelningens enhetschef för att vi fick möjlighet att utföra denna studie.

Tack till Harshida Patel för god handledning och kloka synpunkter under arbetets gång. Vi har uppskattat dina uppmuntrande ord och vägledning. Vi vill även tacka Kristina Rosengren för hjälpen att starta igång arbetet på avdelningen.

Göteborg 2018-11-23

Helena Preinitz Gärdinge & Clara Bergstedt

Titel (svensk)	Parvård – ett självklart arbetssätt?
Titel (engelsk)	Primary nursing – a given working model?
Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT/2018
Författare	Helena Preinitz Gärdinge & Clara Bergstedt
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Azar Hedemalm

Sammanfattning

Valet av arbetsmodell på en vårdavdelning har betydelse för arbetsmiljön, vårdkvaliteten och samarbetet mellan vårdpersonalen. Modellen primary nursing innebär att en sjuksköterska och undersköterska har gemensamt helhetsansvar för en grupp patienter och deras totala omvårdnad. I Sverige är detta sätt att organisera vården benämnt som parvård. Utvärdering av hur väl en arbetsmodell fungerar kan generera värdefull information och utgöra en viktig källa för förbättringsarbete. Denna arbetsmodell etablerades på en slutenvårdsavdelning när sjuksköterskor uttryckte avsaknad av delaktighet i omvårdnaden. Syftet med denna studie var därför att beskriva sjuksköterskors och undersköterskors erfarenheter av att arbeta enligt arbetsmodellen parvård på en slutenvårdsavdelning. En deskriptiv studie med kvalitativ ansats utfördes på en medicinavdelning tillhörandes Sahlgrenska Universitetssjukhus i Göteborg. Data samlades in via åtta semistrukturerade intervjuer och analyserades med induktiv innehållsanalys. Resultatet visade att införandet av arbetsmodellen haft positiva effekter på arbetsmiljön med stärkt sammanhållning i personalgruppen. Modellen främjade kontinuitet och sjuksköterskans delaktighet i den patientnära omvårdnaden. Även patientsäkerheten upplevdes ha ökat sen implementeringen av parvård. Dock framkom det att i de fall då antalet patienter per sjuksköterska översteg sex stycken var modellen inte lika hållbar. Modellen kunde också resultera i en utsatt position för undersköterskan, om sjuksköterskan i paret blev låst vid andra arbetsuppgifter eller var ovillig att delta i omvårdnaden. Kommunikation angavs som det mest centrala för att modellen skulle fungera. Slutsatsen var att ett byte av arbetsmodell kan vara ett sätt att åtgärda stressrelaterade problem på en vårdavdelning och att modellen parvård ställer krav på kommunikation och tydliga direktiv från ledningen. En extra resurs på varje arbetspass, i form av en "löpare", kan vara ett sätt att kompensera bristerna i modellen.

Nyckelord: Primary nursing, parvård, nursing care delivery model, patient safety, work environment, interprofessional collaboration

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Primary nursing	3
Sjuksköterskans etiska och juridiska ansvar.....	4
Omvårdnadens konsensusbegrepp.....	5
Samarbete mellan sjuksköterska och undersköterska.....	6
Syfte	7
Metod	7
Design.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Dataanalys	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	9
Stärkt samarbete	10
Skörhet i att ”bara vara två”	12
Kravet på kommunikation	14
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats och implikationer	21
Referenslista	22
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Inledning

Hur arbetet inom vården organiseras har betydelse för både personalens och patienternas upplevelse av omvårdnaden (Sjetne, Helgeland & Stavem, 2010). För att optimera kommunikation och planering för vårdpersonal är en väldefinierad arbetsmodell ett viktigt underlag, detta innebär en modell som strukturerar och ger vårdpersonalen kontroll över sitt arbete (Dal Molin et al., 2017). En arbetsmodell som implementerats på många platser världen över är den amerikanska modellen *primary nursing* som innebär att en sjuksköterska antar en roll där hen har ett helhetsansvar för en grupp patienters totala omvårdnad. Detta

ansvar delas oftast med en undersköterska (Manthey, Ciske, Robertson & Harris, 1970). I Sverige benämns detta sätt att organisera arbetet därför som *parvård*, sjuksköterskan och undersköterskan utför omvårdnad och ansvarar för patienterna i par. Idealt sett ansvarar samma två personer för den tilldelade gruppen patienter under flera på varandra följande arbetspass, men i praktiken kan personerna i paret variera beroende på schemalaggningen.

Olika arbetsmodeller har olika för- och nackdelar. På grund av otydlig och inkonsekvent klassificering av modeller inom vården saknas dock övertygande forskningsresultat gällande detta (Sjetne et al., 2010). Därför är det av intresse att fördjupa sig i erfarenheter av arbete inom olika arbetsmodeller, exempelvis parvård. Att adekvat kunna utvärdera hur väl en modell fungerar är av vikt, då det kan vara avgörande för både resultatet av vårdinsatser och arbetsförhållanden för personalen (Sjetne et al., 2010). I denna uppsats ämnar vi beskriva erfarenheter av arbetsmodellen parvård utifrån vårdpersonalens perspektiv på en slutenvårdsavdelning och vilken påverkan modellen har på arbetsmiljön, kommunikationen, patientsäkerheten och patientdelaktigheten.

Bakgrund

Vilken arbetsmodell som tillämpas på en arbetsplats inom vården har stor betydelse för vårdkvaliteten och arbetsmiljön för personalen (Sjetne et al., 2010; Mäkinen, Kivimäki, Elovainio, Virtanen & Bond, 2003). Olika modeller ger olika möjlighet till patientdelaktighet, kommunikation och skapandet av en god vårdrelation. Hur arbetet organiseras på en avdelning påverkar samordning av vården, vilket anses vara en viktig faktor för god vårdkvalitet (McGillis Hall & Doran, 2004). Utöver parvård tillämpas även modeller som exempelvis *teamvård*, där en sjuksköterska leder arbetet tillsammans med ett antal undersköterskor, och *functional nursing*, där sjuksköterskorna delar upp ansvarsområden och arbetsuppgifter mellan sig under ett pass, istället för en uppdelning av patienter. Ytterligare en omvårdnadsmodell är *total patient care* där patienter tilldelas en sjuksköterska i början av ett arbetspass och totalt patientansvar för dessa fordras av sjuksköterskan till arbetspassets slut. Patientfokuserade modeller, som parvård och teamvård, kan associeras till färre interpersonella problem i arbetsgruppen. Möjligheten till dokumentation och planering av patientvården är en viktig faktor för detta, och denna möjlighet främjas främst inom parvård (Mäkinen, Kivimäki, Elovainio & Virtanen, 2003).

I functional nursing delar sjuksköterskorna upp arbetsuppgifterna, som exempelvis läkemedelsansvar eller ansvar för att ronda alla patienter med läkarna, mellan sig och ägnar sig huvudsakligen åt dessa uppgifter under arbetspasset. Detta gör att alla sjuksköterskor är inblandade i alla patienters omvårdnad, men ansvarar för olika delar (Mäkinen, Kivimäki, Elovainio & Virtanen, 2003). Uppdelningen av arbetsuppgifter kan dock leda till att sjuksköterskor upplever sig understimulerade, och arbetsmodellen kan leda till lägre arbetstillfredsställelse (Marquis & Huston, 2012). Närbkontakten med patienterna begränsas för de sjuksköterskor som under arbetspasset tilldelas exempelvis läkemedelsansvar, då iordningställande och administrering av läkemedel för alla patienter tar mycket tid i anspråk.

Teamvård innebär att omvårdnadsarbetet samordnas under ledning av en ansvarig sjuksköterska, där de övriga medlemmarna i teamet oftast består av minst två undersköterskor (Mäkinen, Kivimäki, Elovainio & Virtanen, 2003). Den ansvariga sjuksköterskan samordnar kommunikationen mellan de inblandade professionerna och ansvarar för att tillhandahålla de

resurser patienten kan behöva från de andra i teamet (Marquis & Huston, 2012). Detta innebär att den ansvariga sjuksköterskan har huvudansvaret för ett större antal patienter jämfört med andra arbetsmodeller. Denna modell kan för vissa sjuksköterskor upplevas som att de blir begränsade av att behöva delegera omvårdnadsuppgifter till annan personal, vilket leder till minskad kontroll. Ledarskapet ställer krav på sjuksköterskan och medför ett stort ansvar. Ojämn arbetsbelastning, brist i kommunikationen och förvirring mellan teamrollerna har identifierats som hinder för teamvård (Cioffi & Ferguson, 2011). Liksom inom functional nursing placerar detta arbetssätt sjuksköterskan längre ifrån den patientnära omvårdnaden, då undersköterskorna i teamet utför detta arbete.

Total patient care är den äldsta arbetsmodellen inom omvårdnad och var den dominerande modellen i början av 1900-talet. Modellen bygger på att sjuksköterskan har fullt ansvar för sina tilldelade patienter under pågående arbetspass. Till skillnad från andra modeller krävs ingen avancerad planering, då uppdelningen sker i början av arbetspasset, men innebär ofta att sjuksköterskan inte har tidigare kännedom om patienterna. Arbetet kring patienterna sker i ledning av en patientansvarig sjuksköterska som tilldelar arbetsuppgifter bland undersköterskor. Detta ställer krav på att undersköterskan återkopplar till sjuksköterskan gällande patienten. När patienten blir tilldelad olika sjuksköterskor för varje skift resulterar detta i en förvirring för patienten och kan även resultera i vård av varierande kvalitet, vilket kan ses som en nackdel i arbetsmodellen (Marquis & Huston, 2012).

Primary nursing

Arbetsmodellen *primary nursing*, eller parvård, uppkom ursprungligen i slutet av 1960-talet på University of Minnesota i USA. Det är ett omvårdnadssystem som betonar kontinuitet och ansvarstagande genom att en legitimerad sjuksköterska står för den totala omvårdnaden av en patient under hela dennes vistelse på en vårdavdelning eller inom en verksamhet. Detta omvårdnadsansvar delas oftast med en undersköterska (Manthey et al., 1970).

Konceptet är väl etablerat i många länders sjukvårdssystem men huruvida systemet är överlägset andra arbetssätt är omdiskuterat. Det finns visst stöd för att parvård skulle leda till högre tillfredsställelse både bland patienter och personal då det för patienten ger en kontinuitet i omvårdnaden och för sjuksköterskan en större förståelse och kunskap om patienten hen vårdar (Sellick, Russell & Beckmann, 2003; Nadeau, Pinner, Murphy & Belderson, 2017). Arbetsmodellen är i vissa fall, trots att den bidrar med ökad arbetstillfredsställelse, svår att implementera på grund av det ansvar och den självständighet som fordras av sjuksköterskan. Modellen ställer krav på klinisk erfarenhet och kompetens, vilket gör att sjuksköterskor som initialt saknar detta kan känna sig obekväma med den roll de måste ta (Marquis & Huston, 2012).

Arbetet med parvård startar när patienten ankommer till avdelningen och fortsätter genom hela vårdförloppet. Den kontinuitet som det innebär skapar en god patientrelation och bidrar till ett personcentrerat arbetssätt kring patienten (Nadeau et al., 2017). Det finns även uppfattningar om att modellen är förvirrande och otydlig, och hur väl arbetssättet fungerar varierar mycket beroende på sjuksköterskan (Korhonen & Kangasniemi, 2013). Sjuksköterskor har rapporterat en rad positiva aspekter med parvård. Exempelvis möjliggörs mer självständigt beslutsfattande, känsla av meningsfullhet i arbetet och självbestämmande över arbetstempo (Sellick et al., 2003). Den ökade kontinuiteten kan leda till mer framgångsrik patientundervisning och noggrannare uppföljning, samt en upplevelse av ökad

patientsäkerhet. Att patientsäkerheten upplevs som högre kan bero på att sjuksköterskan får ökad möjlighet att upptäcka förändringar i patienternas kliniska tillstånd. Parvård möjliggör även en starkare patientrelation och underlättar för sjuksköterskans framställande av en individualiserad vårdplan (Nadeau et al., 2017).

Även patienter upplever att kontinuiteten har positiv inverkan på vården. Studier visar att med god kontinuitet fungerar patientundervisningen och kommunikationen med anhöriga bättre, vilket ger både patienten och anhöriga mer information och bättre förståelse för den egna sjukdomen eller tillståndet (Sellick et al., 2003; Nadeau et al., 2017).

Att vårdpersonal har insikt i hur arbetsmodellen fungerar på bästa sätt är viktigt, men detta är inte alltid fallet i alla verksamheter där den tillämpas (Korhonen & Kangasniemi, 2013; Moore & Prentice, 2013). Förståelsen för hur det praktiska arbetet ska utföras och hur implementeringen av det interprofessionella samarbetet ska ske kan vara otillräcklig, och även bristande stöd och direktiv från ledningen kan utgöra ett hinder för att modellen ska kunna användas framgångsrikt (Moore & Prentice, 2013).

Sjuksköterskans etiska och juridiska ansvar

Sjuksköterskor har ett moraliskt och ett etiskt ansvar över sina beslut och bedömningar inom vården. Det är viktigt att ha förståelse för andra yrkesgrupper och främja samarbetet mellan professioner för att kunna tillgodose patienternas olika behov. Genom att följa riktlinjer som skapar förutsättningar för en god arbetsmiljö samt utarbeta arbetssätt som stödjer etiska värderingar och förhållningssätt för alla samverkande professioner kan god vård bedrivas (International Council of Nursing, 2017). Kraven på att god hälso- och sjukvård bedrivs bygger på att främja goda kontakter vårdpersonal emellan samt med patienten. Det åligger även vårdpersonal att tillgodose patienten med kontinuitet, trygghet och säkerhet samt leverera vård som bygger på respekt för patienters rätt till självbestämmande (Hälso- och sjukvårdslag, SFS 2017:30).

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning framgår att hen skall kunna samverka i ett team. Detta innefattar planering, samordning och drivande av kommunikation mellan medlemmarna i teamet för att garantera en säker vård som möter patientens behov och ser till dennes resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Dokumentation av personuppgifter och åtgärder inom hälso- och sjukvården benämns som grundläggande för patientsäkerheten. För att bidra med en god och säker vård finns en skyldighet att föra patientjournal för varje enskild patient och detta åligger enligt Patientsäkerhetslagen (PSL, SFS 2010:659) legitimerade sjuksköterskor. Således finns ett dokumentationskrav inkluderat i sjuksköterskans arbetsuppgifter. Dokumentationen fungerar som en informationskälla för patienten själv, men även som ett arbetsverktyg för uppföljning och utveckling för verksamheten (Patientdatalag, SFS 2008:355). Med en väl förd patientjournal ökar tryggheten hos hälso- och sjukvårdspersonal och reducerar risken för missförstånd (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, 2016). Dokumentationsansvaret är därför en väsentlig del av hälso- och sjukvården och en viktig prioritet för sjuksköterskan.

Omvårdnadens konsensusbegrepp

Kunskap om den vårdvetenskapliga disciplinens begrepp är viktigt för att kunna anta utmaningar i praktiken och analysera företeelser ute i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Inom omvårdnad finns fyra så kallade konsensusbegrepp: person, miljö, hälsa och vårdande. Det är alltså dessa delar, i relation till varandra, man avser skapa kunskap om inom vårdvetenskapen (Bergbom, 2012). Det särskilda perspektiven som kommer ur konsensusbegreppen bildar ett mer specifikt sätt att betrakta och studera aktuella fenomen. Begreppen som syftar till disciplinen studeras inte bara utefter dess enskilda betydelse utan bör sättas i ett sammanhang (Dahlberg & Segesten, 2010).

Begreppet person har tidigare setts som en mottagare av vård. Idag refererar begreppet till en individ, människa, som ingår i familjer, samhällen eller grupper som kan ses som deltagare i vården (Bergbom, 2012). Det kan således innefatta även exempelvis närstående (Dahlberg & Segesten, 2010). Begreppet kan i vissa kontexter dock fortfarande innebära en människa som mottagare av vård (Bergbom, 2012), man kan även använda begreppet patient när man talar om "vårdandets huvudperson" (Dahlberg & Segesten, 2010). Att förhålla sig till patienten som en person och en deltagare i vården är en förutsättning för att kunna planera och genomföra omvårdnad i det partnerskap man som sjuksköterska eftersträvar (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Miljö, eller omgivning, är ett kontextuellt begrepp som innefattar både den fysiska miljön, viktiga personer i omgivningen och de omständigheter under vilka vårdandet sker. Begreppet sträcker sig mellan allt från en enskild persons hem till globala förhållanden och innefattar även kulturella, sociala, politiska och ekonomiska omständigheter som är förknippade med människors hälsa (Bergbom, 2012). Hur arbetet organiseras i en vårdverksamhet är en faktor som påverkar miljön och under vilka förhållanden vårdandet sker.

Inom vårdvetenskapen refereras begreppet hälsa till en persons tillstånd och upplevda välbefinnande. Detta innebär att personens tillstånd kan variera från friskt och välmående till allvarligt sjuk (Bergbom, 2012). Inom hälso- och sjukvården är det övergripande målet att stödja en persons hälsoprocess, det innefattar att lindra effekter av förekommande sjukdomar men även annat lidande (Dahlgren & Segesten, 2010).

Begreppet vårdande syftar till de handlingar som vårdare utför och initierar, antingen i samspel med en person eller å en persons vägnar, mot ett mål. Vårdandet är en process som innefattar bestämmelser, planering och utvärdering samt själva interventionen (Bergbom, 2010). Begreppet utgår från att bekämpa eventuell ohälsa och sjukdom, men har utvecklats till att även innebära lindring av lidande samt att stärka och synliggöra en persons resurser. Patientens delaktighet i hälsofrämjande insatser ingår i vårdprocessen och skall i begreppet vårdande vara ett fokusområde för att stödja, bevara och stärka hälsa vilket utgör en grund för en persons välbefinnande (Dahlgren & Segesten, 2010).

Samarbete mellan sjuksköterska och undersköterska

Sjuksköterskan har omvårdnadsansvar för patienterna som hen arbetar med. För att kunna ägna tid åt den avancerade och specifika omvårdnaden finns undersköterskor som kan ansvara för den basala omvårdnaden och delegeras de omvårdnadsuppgifter som inte särskilt kräver sjuksköterskelegitimation. Undersköterskans roll är att i samarbete med en sjuksköterska utföra patientnära omvårdnad för att möta hälsobehov hos patienter och anhöriga (Moore & Prentice, 2013).

Ett hinder för samarbetet mellan de två professionerna kan vara sjuksköterskans administrativa roll. Att mycket av sjuksköterskans tid och arbetskraft går åt till administration innebär mindre patientnära arbete, och därmed reduceras samarbetet med undersköterskan (Moore & Prentice, 2013). Administrationen i sjukvården är en viktig del för fungerande samordning, patientsäkerhet och kommunikation, men är också tid- och resurskrävande. Om sjuksköterskans roll uppfylls av alltför mycket administration kan en avskiljning mellan professionerna uppstå och man upplevs arbeta parallellt istället för tillsammans. Professionerna har olika kompetensområden och uppdrag på en vårdavdelning men det interprofessionella samarbetet är viktigt, både för vårdkvaliteten och för arbetsmiljön. Att överbrygga gränsdragningen mellan sjuksköterskan och undersköterskan är därför önskvärt för att optimera arbetet. Med ett fungerande samarbete sjuksköterska och undersköterska emellan blir arbetstillfredsställelsen högre, vilket även ger högre vårdkvalitet (Moore & Prentice, 2013).

När en legitimerad sjuksköterska och en undersköterska tillsammans ansvarar för en grupp patienter får de båda en holistisk bild och kommunikationen blir central (Sjetne et al., 2010). Enligt Moore & Prentice (2013) underlättas samarbetet om båda parterna delar liknande vårdfilosofi samt uppvisar tillit och respekt gentemot varandra. Från undersköterskans perspektiv kan tilliten i samarbetet öka om den sjuksköterska som ingår i paret har mycket klinisk erfarenhet, då detta bidrar till en självsäkerhet och bättre kommunikationsförmåga (Moore & Prentice, 2013).

Attityden hos sjuksköterskor och undersköterskor till det interprofessionella samarbetet som fordras inom parvård är en av de faktorer som styr samarbetets utfall (Moore & Prentice, 2013). En upplevd positiv effekt av fungerande parvård resulterar i stärkt drivkraft till fortsatt samarbete. Ökningen av sjuksköterskans delaktighet i omvårdnaden medföljer att etableringen av parvård ses som positiv och den ökade insikten i varandras arbetsuppgifter och ansvarsområden ger ett öppnare arbetsklimat. Detta underlättar samarbetsförmågan, kommunikationen, konflikthanteringen och möjligheten att ge feedback inom arbetsgruppen (Kalisch, Curley & Stefanov, 2007). Dessa aspekter har visat sig ha betydelse för vårdkvaliteten, minskat vårdkomplikationer och personalomsättning samt bidragit till ökad produktivitet (Kalisch et al., 2007). För att samarbetet mellan undersköterskor och sjuksköterskor ska kunna förbättras bör utbildning inom teamarbete erbjudas, då det i vissa fall uppstår tveksamhet om hur parvård ska fungera som arbetsmodell i verksamheten (Kalisch et al., 2007; Moore & Prentice, 2013).

Att organiseringen av arbetet har betydelse för kvaliteten på den vård som levereras är tydligt och vilken arbetsmodell som tillämpas på arbetsplatsen påverkar flertalet faktorer. För patienternas möjlighet att vara delaktiga i sin vård och även för patientsäkerheten är

kommunikationen essentiell och hur denna fungerar beror till stor del på arbetsmodell. Även personalens välbefinnande och arbetstillfredsställelse är beroende av detta. Etablering av modellen parvård blev aktuell när sjuksköterskorna på en medicinsk sjukvårdsavdelning upplevde att de inte hann träffa sina patienter i tillräcklig utsträckning när de ansvarade för åtta till tio patienter per arbetspass. Samtidigt såg man att avvikelser gällande risker för vårdskador ökade markant. En omorganisering gällande arbetsmodell genomfördes på avdelningen. Teamvård ersattes med parvård och patientantalet minskades till fem till sex patienter per sjuksköterska. Att utvärdera hur väl en arbetsmodell fungerar på en arbetsplats ger värdefull information om effektivitet, patientsäkerhet och trivsel, och utgör en viktig källa för förbättringsarbete. Efter etableringen av parvård var man därför nu intresserad av att utreda hur arbetsituationen på avdelningen har påverkats.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors och undersköterskors erfarenheter av att arbeta utifrån arbetsmodellen parvård avseende arbetsmiljö, kommunikation, patientsäkerhet och patientdelaktighet.

Metod

Design

En deskriptiv studie med kvalitativ ansats genomfördes. Valet av design och datainsamlingsmetod är lämpligt eftersom syftet är att beskriva erfarenheter av ett fenomen (Danielsson, 2017^a). Den kvalitativa designens syfte är att skapa kunskap kring ett fenomen genom personers erfarenheter och tolkningar (Henricsson & Billhult, 2017) och är därför i detta fall ett lämpligt val, eftersom problemet som undersöks gäller vårdpersonalens egna upplevelser.

Urval

Studien genomfördes på en medicinavdelning tillhörande Sahlgrenska Universitetssjukhus i Göteborg. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha arbetat på avdelningen sedan minst sex månader tillbaka, för att säkerställa att alla deltagare varit med om införandet av modellen parvård som implementerats tre månader före studiens början.

Ett strategiskt urval användes för att samla deltagare som kunde beskriva det fenomen som studien syftade att belysa och som kunde ge underlag svarande till syftet (Henricson & Billhult, 2017). Sjuksköterskor och undersköterskor inkluderades på en specifik avdelning för att generera data.

Datainsamling

Kontakt med avdelningens verksamhetschef togs via mail och följdes sedan upp med ett möte på avdelningen. På uppdrag av verksamhetschefen, medierat av Göteborgs universitet, utfördes studien för att ligga till grund för avdelningens framtida förbättringsarbete. Verksamhetschefen försågs med ett informationsbrev (se bilaga 1) där studiens syfte och planerat tillvägagångssätt beskrevs. Sjuksköterskor och undersköterskor anställda på avdelningen uppmanades att anmäla intresse via mail. Brevet inkluderade även information

om att deltagande skulle ske frivilligt och kunde avbrytas när som helst, att ljudinspelning skulle ske under hela intervjun samt att insamlad data skulle behandlas konfidentiellt.

Informationsbrevet tilldelades personalen på enheten. De första fyra sjuksköterskorna och de första fyra undersköterskorna som anmälde sitt intresse bokades in till intervju. Intervjuerna genomfördes individuellt i ett avskilt rum på avdelningen under personalens arbetstid. En kort introduktion hölls innan varje intervju där intervjuaren gjorde en kort presentation av sig själv, studiens syfte samt en beskrivning av hur intervjun skulle gå till. Deltagaren påmindes även under introduktionen om konfidentialitet samt att hen hade möjlighet att avbryta sitt deltagande när som helst, utan att uppge någon anledning, samt att ljudinspelning skulle ske under intervjun. Under fyra av intervjuerna antog den ena författaren rollen som intervjuledare och den andra förde anteckningar. Dessa roller skiftades för resterande fyra intervjuer. Följdfrågor ställdes av båda författarna under alla intervjuer.

Intervjuerna hade en semistruktur, vilket innebar att en intervjuguide (se bilaga 2) användes som underlag vid intervjuerna. Detta för att hålla interaktionen med deltagarna flexibel och naturlig, men även för att hålla samtalet relevant för studiens syfte och inom planerad tidsram (Danielsson, 2017^a). Inledningsvis ställdes frågor gällande kön, ålder och arbetslivserfarenhet. Sedan ställdes en öppen fråga, "Vad tänker du på om jag säger parvård?", följt av ett antal direktivfrågor härledda från studiens syfte. Följdfrågor, såsom "vill du berätta mer om detta?" och "hur menar du?", ställdes även utifrån deltagarens svar för att möjliggöra fördjupade och utvecklade svar. Tystnad tilläts för att ge deltagarna tid att reflektera och utveckla sina tankar. Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades ordagrant.

Dataanalys

Ett induktivt förhållningssätt valdes, vilket innebär att studien utgår förutsättningslöst från deltagarnas erfarenheter av det fenomen som beskrivs. Detta för att sedan kunna diskutera intervjuernas innehåll utan låsta direktiv och utforma teoretisk kunskap (Henricson & Billhult, 2017).

Innehållsanalys valdes för att analysera data stegvis enligt Graneheim & Lundman (2004), förklarad av Danielsson (2017^b). Intervjuernas innehåll, men även ansiktsmimik, känslouttryckningar och interaktionsaspekter som observerades under datainsamlingen lade grunden för analysen. Dataanalysen påbörjades i samband med transkriberingen, vilket gjordes i anslutning till varje intervjutillfälle. De transkriberade intervjuerna lästes enskilt upprepade gånger och den text som ansågs relevant för syftet markerades. Kondensering av texten gjordes för att ge bättre förståelse för materialet och efterföljande kodning gjordes. Detta innebar att det transkriberade materialet utlästes för att urskilja ord, meningar eller stycken med gemensamma drag och som svarade till studiens syfte. Genomläsning och kodning skedde separat, där författarna kodade hälften av intervjumaterialet var, och efterföljande analysarbete utfördes gemensamt. Koderna diskuterades och grupperades efter gemensamma drag. Initialt genererades över 100 koder. De koder med gemensamt innehåll bildade 16 subteman, som resulterade i tre teman efter vidare bearbetning av materialet. Detta skedde via kontinuerlig diskussion författarna emellan och upprepad återgång till intervjutranskripten för att inte mista den egentliga meningen i deltagarnas uttalanden.

Etiska överväganden

Etiska överväganden gjordes enligt Vetenskapsrådets fyra principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, u.å.). Studien genomfördes på initiativ av enhetschefen på avdelningen. Denne fick i uppgift att informera personalen att en studie skulle genomföras, samt distribuera informationsbrevet på avdelningen. I enlighet med informationskravet angavs information om studiens syfte, upphovspersoner, ändamål med data, frivillighet och möjlighet att avbryta deltagande både skriftligen via informationsbrevet till avdelningen, och muntligen i direkt anslutning till de enskilda intervjuerna. Samtycke ansågs inhämtat då deltagarna själva fick anmäla sitt intresse för deltagande och de tilläts återta sitt samtycke när som helst under intervjuerna. Insamlad data hölls otillgängligt för obehöriga och avidentifierades före databearbetning i enlighet med konfidentialitetskravet.

Resultat

Deltagarna bestod av sju kvinnor och en man och deras ålder varierade från 23 år till 61 år. Deltagarnas arbetslivserfarenhet inom vården varierade från 15 månader till 41 år (medianvärde = 5 år), och de hade arbetat på den specifika avdelningen mellan åtta månader och 15 år. Alla deltagare var införstådda i vad modellen parvård innebär gällande organiseringen av arbetet, det vill säga att en sjuksköterska och en undersköterska som ett par gemensamt har helhetsansvar för en grupp patienters omvårdnad.

Resultatet visade att införandet av arbetsmodellen haft positiva effekter på arbetsmiljön, både psykosocialt och avseende stress. Även patientsäkerheten upplevdes ha ökat sen implementeringen av parvård. Dock framkom det att i de fall då antalet patienter per sjuksköterska översteg sex stycken var modellen inte lika hållbar. Resultatet delas in i tre teman som illustrerar personalens erfarenheter av att arbeta enligt arbetsmodellen parvård. Resultatet presenteras med stöd av citat från intervjuerna för att öka trovärdigheten. De teman som framkommit är *Stärkt samarbete*, *Skörhet i att "bara vara två"* samt *Kravet på kommunikation*.

Tabell 1. Exempel från dataanalysen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subtema	Tema
Man blir ofta ett litet vi liksom, undersköterskan och sköterskan. Det är lite, ja, det kan väl kännas lite trevligt när man kommer in och sådär.	Undersköterskan och sköterskan blir ett vi, det är trevligt.	Teamkänsla God arbetsmiljö	Förbättrad arbetsmiljö	Stärkt samarbete

Men helgerna kan just vara lite mer påfrestande, för då har vi oftast fler patienter och då kan det vara upp mot åtta stycken. Och då är det väldigt... det kan vara väldigt påfrestande och tidskrävande att vara bara två stycken. Det blir väldigt skört.	Helgerna kan vara påfrestande då vi har fler patienter. Det är tidskrävande och skört att bara vara två.	Högre patientantal Högre arbetsbelastning Skört arbetssätt att bara vara två	Stress relaterat till patientantal per sjuksköterska	Skörhet i att "bara vara två"
Om det inte finns kommunikation så missar jag ju allt det där som undersköterskorna gör och undersköterskorna missar ju det som jag gör	Utan kommunikation missar jag vad undersköterskorna gör och de missar vad jag gör.	Kommunikationens betydelse	Samarbetsförmåga	Kravet på kommunikation

Stärkt samarbete

Temat *Stärkt samarbete* handlar om gemensam planering, förbättrad arbetsmiljö, lägre patientantal, kontinuitet, kompletterande perspektiv och ökad delaktighet i vårdens olika delar för både sjuksköterska och undersköterska.

Alla intervjuade deltagare uppger generellt positiva erfarenheter av att arbeta i parvård. Arbetssättet omnämns som "givet" och "självkänt", med positiva effekter på bland annat arbetsmiljön. Att varje sjuksköterska nu ansvarar för fem till sex patienter, jämfört med tidigare då patientantalet var åtta till tio per sjuksköterska, möjliggör ökad delaktighet i den patientnära vården vilket ger en mer holistisk bild av patienten och upplevelse av ökad kontroll. Detta fungerar stressreducerande.

"Det är ett mycket mer behagligt tempo och man känner att man själv gör ett bättre jobb, för man tar sig tid och man hinner dokumentera och man hinner liksom göra det man ska göra." (Sjuksköterska C)

Att sjuksköterskorna och undersköterskorna nu arbetar närmare varandra har lett till att personalen lärt känna varandra bättre över yrkesgrupperna, vilket har förbättrat sammanhållningen och den psykosociala arbetsmiljön. Arbetssättet har medfört en ökad teamkänsla och minskad uppdelning mellan professionerna. Detta uppskattas och anses sunt för kulturen på arbetsplatsen.

Parvården har bidragit till ökad kontinuitet, både för personalen och för patienter och anhöriga. Att personalen får följa samma grupp av patienter över flera arbetspass medför att de lär känna patienten, dennes behov och specifika preferenser. Detta ger ökad känsla av kontroll och lugn, i och med att mindre tid behöver läggas på att dagligen utröna olika patienters omvårdnadsbehov. Patientsäkerheten anses öka som följd.

“... bli lättare för oss att känna igen, komma ihåg och ha koll på dem. Det blir bättre för patienterna att de känner sig trygga [...] jag tycker att för båda parter skull så tycker jag att det är mycket, mycket bättre.” (Undersköterska C)

Patienterna upplevs som mer bekväma och trygga i sin patientroll när de träffar samma personal kontinuerligt, istället för att mötas av alltför många olika personer på kort tid. Att huvudsakligen träffa enbart en sjuksköterska och en undersköterska, som samarbetar och kommunicerar både med varandra och med patienten, ger möjlighet till att bygga en tillitsfull vårdrelation och göra patientens situation på avdelningen mindre tumultartad, jämfört med innan införandet av parvård.

“Jag tycker att det nästan är bättre, för patienterna blir lite förvirrade när det är så många som springer runt dem [...] Patienterna blir förvirrade, de kan knappt hålla koll på sina egna namn. De kan inte hålla koll på tre personal. De vet inte vem de ska fråga eller vem de ska prata med. Och anhöriga blir också lite stressade.” (Undersköterska C)

Parvårdsmodellen har gjort sjuksköterskan mer delaktig i den patientnära omvårdnaden, samt främjar undersköterskans delaktighet i samarbetet med övriga professioner, exempelvis läkare. Undersköterskan ges nu möjlighet att delta i läkarronden, vilket ger en tydligare helhetsbild av patienten och vården denne erhåller. Att sjuksköterskan deltar mer i omvårdnadsarbetet underlättar dokumentationen, då denna kan byggas i större utsträckning på förstahandsinformation som sjuksköterskan själv kunnat inhämta från patienten. Flera deltagare uttrycker att samarbetet i ett par om en sjuksköterska och en undersköterska ger ökad patientsäkerhet då man från respektive profession kan bidra med information och perspektiv som kompletterar varandra i utformandet av vården kring en patient.

“... då kan jag faktiskt ganska snabbt få hjälp av min sköterska, att hon kommer in och slänger ett öga på det [...] hon ser saker som kanske inte jag ser [...] de kommer snabbt. Och de kollar, de kikar. Det kanske de inte gjorde förut, för då hade de inte riktigt den patientkontakten.” (Undersköterska A)

“I och med att man jobbar nära varandra så ser man ju samma saker. Och man... det är fyra ögon som uppfattar sakerna istället för att det bara är en som ger muntligt sen att “det här har jag sett” liksom. Då ser man ju det bägge två. Och det är ju mer patientsäkert också.” (Undersköterska B)

Skrivandet av omvårdnadsplaner görs nu i större utsträckning än tidigare tillsammans av både sjuksköterska och undersköterska. Med färre patienter att hålla koll på möjliggörs ökad delaktighet i omvårdnadens olika delar för båda yrkeskategorierna, vilket ger en ökad känsla av att arbeta tillsammans istället för parallellt. Detta underlättar även kommunikationen med patienter och anhöriga, då båda parter i paret kan ge konsekvent och samstämmig information.

“Det är klart att har man samma information så är det ju lättare att prata med anhöriga och att de får samma information, än om man jobbar bredvid varandra och ingen kommunikation med varandra. Då kan det ju bli lite olika information som patienter får, och anhöriga.” (Undersköterska B)

Ytterligare en positiv effekt för sjuksköterskorna uppges vara att i och med att man nu ansvarar för färre patienter än tidigare frigörs mer tid för anhörigsamtal och patientsamtal, vilket medför både godare vårdrelation och mer holistisk bild av patienterna. Tidsutrymmet för att lyssna på patienten och hålla utförligare ankomstsamtal utökas.

Något som upplevs som viktigt, som också möjliggjorts av införandet av parvård, är gemensam planering. Modellen ger personalen möjlighet att sitta ner tillsammans, två och två, och planera dagens arbete i början av ett pass och diskutera upplägget för dagen. Då görs en planering av vilka uppgifter som kan utföras enskilt och vilka som kan utföras gemensamt. Avstämning under passets gång anses också viktigt. Möjligheten till gemensam planering upplevs som positiv och ger en stärkt känsla av att arbeta enat kring den tilldelade gruppen patienter.

“Men annars så tycker jag att det direkt har stärkt samarbetet här på avdelningen på ett sätt [...] så länge man pratar med varandra, så att man gör upp en liten plan med tider och att man gör saker i en viss ordning.” (Sjuksköterska D)

“Det är inte dina uppgifter, och mina. Det är våra uppgifter.” (Sjuksköterska C)

Skörhet i att ”bara vara två”

Skörhet i att “bara vara två” handlar om stress som uppstår om patientantalet per sjuksköterska ökar, ovilja till omvårdnadsuppgifter från sjuksköterskan, ambivalens och omprioritering, hierarki, bristande förståelse för varandras ansvarsområden samt undersköterskans utsatthet.

Vid införandet av parvård fanns det en rädsla hos undersköterskor att modellen skulle innebära ett tungt och ensamt arbete, att de nu skulle bli ensamma i den patientnära omvårdnaden. Det hade tidigare setts en attityd hos vissa sjuksköterskor som tydde på ovilja att delta i omvårdnadsarbetet. Ett hinder för att modellen skulle fungera anses uppstå om man från respektive profession inte ser varandra som jämlika och om det finns ett antagande att undersköterskan ska sköta omvårdnaden. Följden blir då samarbetsproblematik och en orättvis arbetsbelastning för undersköterskan. Sjuksköterskans inställning anses därför vara en betydande faktor för att arbetsmodellen ska fungera.

“Och att vi ser varandra som likvärdiga. Det är inte den här, gå du och gör ditt, så sitter jag här. Utan vi samarbetar [...] just det att man ser varandra som likvärdiga, vi hade ju lite problem med sån, parvård innan då vissa inte ansåg att de skulle vara i omvårdnaden [...] det togs för givet att uskorna skulle göra mycket.” (Undersköterska A)

Efter implementeringen av parvård verkar dock rädslan för att bli ensam i omvårdnaden inte ha infriats, utan samarbetet kring basal omvårdnad är generellt sett fungerande. Delaktighet i omvårdnaden ses av sjuksköterskorna som positivt och något som eftersträvas. Viljan att ha

nära kontakt med patienterna finns och det är när andra uppgifter som fordras av sjuksköterskan måste prioriteras som en viss ambivalens uppstår. En kluvenhet uppkommer då deltagande i omvårdnadsarbetet och exempelvis läkemedelsadministrering samtidigt gör anspråk på sjuksköterskans uppmärksamhet.

Förutom att inställning till omvårdnad spelar roll för sjuksköterskans delaktighet, ses även antalet patienter per sjuksköterska som betydande. I de fall då patientantalet överskrider sex patienter per sjuksköterska upplever sjuksköterskorna att parvården inte fungerar. Det förekommer främst under helgerna på grund av att patientantalet då stiger till mellan åtta och tio patienter per sjuksköterska. Detta medför stress och tidsbrist för sjuksköterskan och resulterar i att hen inte kan delta i omvårdnaden i önskad utsträckning. När sjuksköterskan inte kan vara delaktig blir istället undersköterskan utsatt och anser att arbetet blir ensamt.

“... ganska känsligt eftersom man bara är två stycken så man är ju beroende av varandra väldigt mycket [...] det kan vara väldigt påfrestande och tidskrävande att vara bara två. Det blir väldigt skört.” (Sjuksköterska D)

“... så kan det nästan bli ohållbart då om inte sjuksköterskan kan hjälpa till i vården [...] parvården gör undersköterskorna oftast med varandra, eftersom sjuksköterskorna tyvärr inte har tid.” (Undersköterska A)

Det framgår att dokumentationen ofta blir åsidosatt för att sjuksköterskan ska kunna delta i omvårdnaden. En positiv effekt av att parvården främjar sjuksköterskornas delaktighet i omvårdnaden är att det underlättar dokumentationen, men samtidigt brottas sjuksköterskorna med att hinna med sina andra uppgifter. Detta gör att sjuksköterskan ibland måste stanna kvar efter sitt arbetspass för att slutföra dokumentationen.

Förståelse för yrkeskategoriernas olika arbetsuppgifter benämns som en faktor för att parvården ska vara effektiv och fungerande. Detta blir essentiellt då parvården gör undersköterskan och sjuksköterskan väldigt beroende av varandra. När förståelsen finns medför det respekt för vardera yrkesgrupps behov att arbeta individuellt, och för vilka situationer som fordrar samarbete. Vissa undersköterskor upplever att sjuksköterskan “låser in sig” i läkemedelsrummet eller fastnar vid dokumentationen, vilket lämnar dem själva ute i omvårdnaden.

“Med vissa funkar det jättejättebra, vi har några sköterskor som otroligt, otroligt duktiga och kan multitaska, medans fixa lite mediciner, gå och hjälpa till, fixa lite mediciner, lite dropp, lite antibiotika. Medans andra nästan blir låsta vid datorn.” (Undersköterska A)

Från sjuksköterskornas perspektiv finns en medvetenhet om den utsatthet som drabbar undersköterskan när arbetsbelastningen och vårdtyngden stiger. Dock efterfrågas en förståelse för att vissa arbetsuppgifter som krävs av sjuksköterskan måste få prioritet, även om det tilltänkta arbetssättet i parvård då brister.

“Jag tror ibland att undersköterskorna inte riktigt förstår det här med att vi behöver vara ifred vid medicinering och antibiotikagivning.” (Sjuksköterska B)

Den begärda förståelsen för sjuksköterskans ansvar är ändå förekommande och kan i vissa fall leda till en osäkerhet i undersköterskans arbete gällande i vilka lägen det är rimligt att be om hjälp från sjuksköterskan. Att sjuksköterskan har andra åtaganden inses av undersköterskan, men en otydlighet gällande prioriteringsordning kan förekomma. Det finns då en oro att upplevas som ett störningsmoment och att stjåla uppmärksamhet från andra uppgifter.

“...det kan till exempel bli stressigt för mig om jag rädd för att störa sköterskan. Jag känner ändå rätt så stor respekt för vad hon måste göra. Jag har ganska dålig översikt om vad som är... när det är rimligt och inte rimligt när hon har tid för våra gemensamma uppgifter sådär.” (Undersköterska D)

Känslan av att vara beroende av varandra blir påtaglig i stressade situationer, när patientantalet stiger och belastar sjuksköterskan, och undersköterskan lämnas själv med de tunga omvårdnadsuppgifterna. I dessa situationer framgår skörheten i arbetsmodellen. Det framhålls ett behov av att motverka denna brist och täcka den upplevda lucka som uppstår när sjuksköterskan hindras från delaktighet i omvårdnaden. Det finns en efterfrågan från både sjuksköterskor och undersköterskor att vid varje arbetspass ha en så kallad “löpare”. Det innebär en ytterligare person under passet som inte tilldelas ansvar för en grupp patienter, utan hjälper till i alla grupper när det blir nödvändigt.

“Men jag önskar att vi på fast schema hade haft extra sköterska och extra personal varje tur. För att öka patientsäkerheten [...] då kan hon bara slinka in där och hjälpa mig, istället för att jag ska känna mig stressad.” (Undersköterska A)

Deltagarna talar om att personkemin mellan undersköterska och sjuksköterska har viss påverkan på samarbetet och arbetsmiljön. Det anges dock att personkemin alltid kommer att skilja mellan personer och påverka det dagliga upplägget av arbetet. Den gemensamma planeringen som ska ske mellan undersköterska och sjuksköterska är en följd av fungerande samarbetsförmåga som grundar sig i personkemin. Det är därför märkbart och uttrycks som känsligt i de fall då personkemin brister.

“De beror ju också på vem man jobbar med och det är väl just det, att det är väldigt blandade åsikter och hur man lägger upp och prioriterar sitt arbete.” (Sjuksköterska D)

Kravet på kommunikation

Kravet på kommunikation handlar om samarbetsförmåga, rapportering och tydliga direktiv från ledningen. Alla deltagare anger kommunikation som den viktigaste beståndsdelen för att parvården skulle fungera på ett tillfredsställande sätt.

Att arbeta i par tillsammans med någon som inte tar initiativ till avstämning under passets gång kan utgöra ett hinder för samarbetet och försvåra dagens arbete. Kommunikationen mellan sjuksköterskorna och undersköterskorna har förbättrats i och med införandet av parvård. Personalen märker av att arbetet inte fungerar utan kontinuerlig kommunikation och därför tvingas de till att prata mer med varandra.

“Det är väl som med allt annat, man kanske har lättare att kommunicera och arbeta med vissa personer än med andra. Men om man tar första steget och säger att det är viktigt att vi

stämmer av med varandra under passets gång så brukar det smitta av sig lite också.”
(Sjuksköterska D)

Varierande personkemi och att det är lättare att arbeta med vissa personer än andra talas som ett ofrånkomligt faktum, men betydelsen av detta är något som arbetsmodellen kan motarbeta. Att arbetssättet fordrar kommunikation gör att oavsett vem man jobbar med kan arbetet utföras på ett trivsamt och patientsäkert sätt. Tvingas man kommunicera får personkemin mindre relevans.

Något som efterfrågas för att kommunikationen verkligen ska fungera är tydliga direktiv. Ledningen behöver klart signalera att alla måste arbeta enligt modellen och därmed göra vad som krävs av den. Parvården kräver att sjuksköterskan är lyhörd för behovet av samarbete i den patientnära omvårdnaden och att dialog måste föras inom paret. Information om vad respektive person har gjort och planerar att göra bör alltid kommuniceras för att undvika missförstånd som får konsekvenser för patienterna. Att det ännu inte finns en fast rutin gällande kommunikationen inom parvården på avdelningen benämns som en “Akilleshäl” och tydliga direktiv uppifrån efterfrågas.

“Egentligen bara ett beslut. Alltså, såhär jobbar vi, det är liksom inte valfritt [...] och då är det ju återigen det, kommunikationen. Och ja, men jag tror det behövs vara mer bestämda rutiner. Då tror jag det går jättebra.” (Sjuksköterska C)

Även den eventuella attityden att sjuksköterskans inte ska prioritera basal omvårdnad, utan lämnar det åt undersköterskan, ställer krav på direktiv från ledningen. Om det tydligt kommuniceras hur professionerna ska samarbeta kan modellen fungera, annars inte. Parvårdsmodellen bryts om det tilltänkta samarbetsmönstret inte följs, så detta bör motarbetas med bestämda rutiner och direktiv.

“Det finns alltid sjuksköterskor som inte går ut i omvårdnaden. Kommer alltid finnas. Och då fungerar inte parvård.” (Sjuksköterska B)

Rapporteringen uppges som ett essentiellt moment inom arbetssättet. När patienter som ska skrivas in på avdelningen överrapporteras till sjuksköterskan måste även undersköterskan som ska vara medansvarig för patienten informeras. Att komma överens om en plan är viktigt för att kunna arbeta enat kring patienten.

“Så fort det är nya patienter som vi måste fort rapportera till undersköterska och sen planera. Vad ska vi göra med patienten? [...] ja, det är alltid kommunikation är viktigt. Superviktigt.” (Sjuksköterska A)

Rapport mellan dagpersonal och kvällspersonal är också viktigt, och något som förändrats efter införandet av parvård. Förutom att sjuksköterskorna rapporterar har nu även undersköterskorna en egen rapport. Detta upplevs som positivt och anses ha ökat patientsäkerheten, då undersköterskorna får tid avsatt att göra en ordentlig överlämning vid avslutat pass. Att muntligt förmedla hur dagen har gått gällande varje patient och vilka planerade uppgifter som ännu finns kvar att göra kan öka patientsäkerheten. Det blir lättare för kvällspersonalen att påbörja sitt arbete och dagpersonalen kan avsluta sitt pass med vetskapen att den viktigaste informationen gällande varje patients omvårdnadsbehov har

kommunicerats. Det upplevs även som avlastande för sjuksköterskorna att undersköterskorna har en egen rapport gällande den basala omvårdnaden.

Diskussion

Metoddiskussion

Valet av kvalitativ ansats ansågs vara lämpligt då syftet var att beskriva sjuksköterskors och undersköterskors erfarenheter av att arbeta utifrån arbetsmodellen parvård avseende arbetsmiljö, kommunikation, patientsäkerhet och patientdelaktighet. Vårdpersonalens egna erfarenheter var av intresse och för att få ta del av deras berättelser så förutsättningslöst som möjligt valdes induktivt förhållningssätt. Förhållningssättet bidrog till att insamlad data kunde användas som utgångspunkt för teoretisk förståelse och öppnade för analys utan begränsning till en specifik teoretisk förklaringsmodell (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Med ett öppet förhållningssätt ges en verklighetsnära inblick, vilket är viktigt för att resultatet på bästa sätt ska kunna vägleda framtida förbättringsarbete.

Att enbart personal som arbetat på avdelningen i minst sex månader inkluderades i urvalet garanterade att alla deltagare hade erfarenhet av både tidigare modell och införandet av parvårdsmodellen. Förutom att säkerställa att deltagarna kunde generera data som svarade mot syftet kunde dessa även berätta om parvården i jämförelse med tidigare arbetssätt, vilket tydliggjorde arbetsmodellens påverkan avseende arbetsmiljö och samarbete. Inom kvalitativ forskning designas sällan studier med explicit avsikt att göra jämförelser, men mönster kan framkomma ur data som indikerar att vissa jämförelser är relevanta och fungerar belysande (Polit & Beck, 2016).

Urvalet är förhållandevis litet. Totalt genomfördes intervjuer med fyra sjuksköterskor och fyra undersköterskor på en slutenvårdsavdelning med totalt 21 respektive 25 anställda. Att utöka antalet deltagare skulle kunna ge en bredare och rikare beskrivning av personalens erfarenheter, men på grund av tidsramen för studien ansågs fyra intervjuer inom respektive profession tillräckligt. Ett större antal intervjuer skulle generera större mängd data, vilket skulle försvåra analysen och vara mer tidsmässigt krävande. Resultatets överförbarhet begränsas av urvalets storlek, men fynden kan möjligen i viss utsträckning motsvara erfarenheter på liknande vårdavdelningar inom svensk hälso- och sjukvård. Deltagarnas ålder och erfarenhet inom hälso- och sjukvården varierade och deras anställningar på den specifika avdelningen likaså. Denna spridning gav troligtvis mer variation i data än om alla deltagare varit lika erfarna. I urvalet ingick en man och sju kvinnor. Detta är en snedfördelning, men utifrån vår data sågs inga specifika särskiljande drag i berättelsen från just den manliga deltagaren som kan härledas till kön. Med en bredare tidsram och ett större urval hade det kunnat vara av intresse att se om en jämnare könsfördelning eventuellt skulle kunna påvisa något mönster utifrån kön i resultatet.

Datainsamlingen genomfördes på deltagarnas arbetsplats. Platsen för intervjuerna var ett separat rum på avdelningen som försäkrade avskildhet och möjliggjorde samtal utan avbrott och störningsmoment. Att utföra datainsamlingen på arbetsplatsen gjorde att den tog mindre tid i anspråk för deltagarna än om den skett på annan plats och tidpunkten för varje intervju kunde anpassas efter varje deltagares egna preferenser. Att intervjuerna utfördes individuellt gav deltagarna tillfälle att tala utifrån sina egna, upplevda erfarenheter utan att förhålla sig till

andra åhörare. I exempelvis en fokusgrupp hade deltagarnas svar kunnat påverkas av kollegornas närvaro och perspektiv. En nackdel med intervjumetod skulle kunna vara att vissa personer är mindre bekväma med att berätta om sina erfarenheter muntligt, då kan en enkätmetod ge mer genuina svar. Dock skulle en enkätmetod begränsa möjligheten till utförliga svar och chansen till vidare fördjupning via följdfrågor.

Intervjuerna var semistrukturerade, vilket gjorde att varje intervju utgick från samma frågor, (se bilaga 2). Innehållet varierade dock då deltagarnas berättelser öppnade upp för olika följdfrågor och tog olika riktningar. Frågorna i intervjuguiden ansågs svara mot studiens syfte. Intervjuernas semistruktur säkerställde att innehållet hölls relevant för studiens syfte, men tillät deltagarna att även ge vidare beskrivningar av sina erfarenheter. En svaghet i intervjuguiden var att frågan gällande hur parvården påverkar patientdelaktigheten uppfattades på olika sätt av olika deltagare. Uppfattningen om vad begreppet patientdelaktighet innebar verkade variera mellan deltagare, svaren som framkom representerade inte patientdelaktighet i förhållande till arbetsmodellen parvård och svarade därför inte till studiens syfte. En tydligare förklaring av begreppets användning i detta fall eller omformulering av den specifika frågan hade kunnat generera mer relevant data för det formulerade syftet. För att parera denna svaghet i intervjuguiden hade det varit fördelaktigt att genomföra en pilotintervju där detta problem hade kunnat upptäckas och korrigeras före datainsamling. Anledningen till att en pilotintervju inte utfördes i föreliggande studie var att vid tiden för datainsamling hade åtta personer anmält intresse att delta, vilket var tillräckligt för antalet deltagare. Därför ansågs att alla inhämtade berättelser från de åtta deltagarna behövde inkluderas i resultatet.

Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades ordagrant. Deltagarnas exakta formuleringar användes vid både transkribering och citering, utan ändring av den grammatiska uppsättningen, vilket förespråkas för att behålla nyanser i berättelsen (Danielsson, 2017^a). Dataanalysen påbörjades vid transkriberingen, vilket skedde i anslutning till intervjutillfällena. Detta tydliggjorde vilka eventuella följdfrågor som kunde bli relevanta för nästkommande intervjuer. Genomläsning av allt material gjordes av båda författarna för att båda få helhetsförståelse, så att subtematisering och tematisering kunde utföras gemensamt. Att vara två som samarbetar under analysprocessen är en styrka, då dialog kan föras angående sortering och tolkning av data, vilket ökar trovärdigheten i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

En viktig aspekt gällande analysens pålitlighet är författarnas förförståelse (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Då båda författare av denna studie har egen erfarenhet av arbetsmodellen som undersökts kan detta ha färgat analysen. Kunskap, erfarenheter och förutfattade meningar kan påverka förhållningssättet, därför är det en viktig aspekt att medvetandegöra (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). För att minska förförståelsens inflytande över bearbetningen av insamlad data diskuterades detta kontinuerligt författarna emellan under studiens gång för att poängtera vikten av att analysen utgår från materialet och inte präglas av egen erfarenhet. En viss förförståelse för fenomenet som studeras kan dock vara en styrka, då det behövs för att utforma de frågor som är väsentliga att ställa under intervjuerna (Danielsson, 2017^a).

Att studien utfördes på initiativ av enhetschefen kan potentiellt vara ett etiskt problem gällande frivillighet, då de anställda på grund av detta skulle kunna känna sig manade att

delta. Från författarnas sida lades dock stor vikt vid att informera om frivilligheten och att deltagarna skulle känna till förutsättningarna för studien. Att information om studien och deltagarnas rättigheter kommunicerades både muntligt och skriftligt säkerställde att informationskravet och frivillighetskravet uppfylldes. Det gjordes tydligt att deltagande var frivilligt och att påbörjad intervju kunde avbrytas. För att garantera deltagarnas konfidentialitet avidentifierades materialet i samband med transkriberingen och intervjuerna tilldelades slumpmässigt etiketterna A, B, C och D för respektive yrkeskategori. Detta för att minska risken att citat som presenteras i resultatet ska kunna härledas till enskilda deltagare. Bokstavsetiketter valdes istället för siffernumrering för att värna konfidentialiteten även deltagarna emellan, i händelse av att intervjuordningen noterats av någon på avdelningen. Ljudfilerna och transkripten förvarades oåtkomligt för obehöriga enligt etisk praxis (Danielsson, 2017^a).

Resultatdiskussion

Både sjuksköterskorna och undersköterskorna i studien uppgav övervägande positiva erfarenheter av att arbeta efter modellen parvård. Modellens krav på kommunikation och samarbete professionerna emellan angavs ha lett till ett bättre arbetsklimat och stärkt sammanhållning på arbetsplatsen. Enligt Moore & Prentice (2013) utvecklas och upprätthålls goda relationer mellan kollegor från olika yrkeskategorier genom att spendera tid arbetandes tillsammans, vilket parvården bidrar med då det främjar och fordrar ett tätt interprofessionellt samarbete. Den minskade gränsdragningen mellan professionerna är ett positivt bidrag som medverkar till ökad respekt och tillit mellan kollegorna (Moore & Prentice, 2013). Att organiseringen av arbetet har betydelse för arbetsmiljön stärks av denna studie och införandet av parvård hade på avdelningen tillfört flertalet gynnsamma effekter avseende arbetstempo och arbetstillfredsställelse.

Resultatet visade att kommunikation var den mest centrala beståndsdel för att få parvården att fungera tillfredsställande. Kommunikation mellan kollegor krävs oavsett organisationsmodell för att vården ska bedrivas på ett effektivt och patientsäkert sätt, men inom parvård verkar detta vara helt avgörande. Avstämningar mellan sjuksköterskan och undersköterskan under passets gång angavs som grundläggande för att undvika missförstånd och för att känslan av att arbeta som ett lag ska infinna sig. Att arbeta i parvård talades om som att man blir beroende av varandra inom paret, vilket belyser vikten av kommunikation. Med två personer som huvudansvariga för en grupp patienter är det förståeligt att arbetet inte kan fungera utan gemensam planering och avstämningar av vilka uppgifter som utförts. I en studie utförd på en kirurgisk avdelning framkom att bristfällig kommunikation har negativ inverkan på relationerna i det multiprofessionella teamet (de Fátima Cordeiro Trajano, Tavares Gontijo, Wanderley da Silva, De Aquino & Leite Meirelles Monteiro, 2017). Detta går i linje med resultatet i denna studie, då deltagarna uppgav att bristfällig kommunikation avsevärt försvärade arbetet. Kravet på att kommunicera som införandet av parvård fört med sig uppgavs ha förbättrat sammanhållningen mellan yrkesgrupperna och skapat en bättre psykosocial arbetsmiljö. Det stärkta samarbetet och de positiva effekter som det bidragit med kan härledas till den reducerade uppdelningen mellan professionerna och den ökade kommunikationen. Dessa fynd kan i relation till den ökade kontinuiteten för patienterna som, parvården bidragit med, medföra att patienternas vårdbehov identifieras snabbare. När det interprofessionella samarbetet förbättrats i och med ökad kommunikation ges möjlighet för vardera yrkeskategori att stärka och bevara patientens välbefinnande med hälsofrämjande insatser.

Sjuksköterskorna på avdelningen hade tidigare efterfrågat ökad patientkontakt. Införandet av parvård främjade kontinuiteten och gjorde sjuksköterskorna mer involverade i omvårdnadsmoment. Att sjuksköterskan får en kontinuitet leder till bättre kännedom om patienten vilket blir betydelsefullt vid exempelvis såromläggningar, där genomgående delaktighet i omvårdnaden underlättar markant för nästkommande bedömning av tillstånd och insatser. Möjliggörandet av delaktighet bidrog till att dokumentationen och utformningen av vårdplaner i större utsträckning kunde ske utifrån förstahandsinformation. Detta hör enligt Mäkinen, Kivimäki, Elovainio, Virtanen & Bond (2003) ihop med god kontinuitet och individualiserad patientvård. För sjuksköterskan bidrar utformandet av vårdplaner även till ökad arbetstillfredsställelse, personlig utveckling och autonomi. Detta kan jämföras med modellen functional nursing där det är förekommande att delegera ut ansvaret för vårdplaner till annan vårdpersonal inom teamet. Detta har setts skapa tvetydighet kring arbetsrollerna i personalgruppen och sjuksköterskan tappar en del av sin autonomi. En tvetydighet i arbetsroller är förknippat med lägre arbetstillfredsställelse (Mäkinen, Kivimäki, Elovainio, Virtanen, & Bond, 2003). Att sjuksköterskan får ökad möjlighet till patientkontakt underlättar även det partnerskap som eftersträvas för att göra patienten till en medaktör i vården, istället för en passiv mottagare av omvårdnadsåtgärder. Med främjad kontakt mellan sjuksköterska och patient kan mer individualiserade vårdplaner utformas. Patientens delaktighet i omvårdnaden blir mer påtaglig när önskemål och preferenser får förmedlas utan mellanhänder.

Förståelse gällande arbetsuppgifter mellan yrkeskategorierna benämndes som en väsentlig del i fungerande parvård samt medvetenhet kring tidsomfattning som vissa moment kräver, till exempel sjuksköterskans dokumentationsansvar. Det fanns från sjuksköterskan en tvådelad uppfattning gällande tiden tillägnad för dokumentation, då vissa upplevde att de måste stanna kvar efter arbetstid. Detta kan kopplas till en ambivalens kring att vara delaktig i omvårdnaden samtidigt som sjuksköterskan enligt PSL (SFS 2010:659) har ett dokumentationskrav som måste uppfyllas. Detta syntes extra tydligt när patientantalet översteg vad som är rimligt för parvårdsmodellen och kluvenheten till vilka moment som skulle prioriteras skapade stress för sjuksköterskan. Det finns åtaganden i sjuksköterskans arbete som inte går att åsidosätta, som läkemedelshantering. Vid tillfällen då arbetsbelastningen är hög kanske dokumentationen får vänta och bli kvarlämnat till slutet av arbetspasset. Att sjuksköterskan ställs inför val av arbetsmoment samt krav från kollegor att vara delaktig kan det leda till en känsla av otillräcklighet som har påverkan på arbetsmiljön.

Implementeringen av parvård på avdelningen skedde delvis med anledning av att det skett en ökning av avvikelser gällande risk för vårdskador. I denna studie har det inte kontrollerats huruvida antalet vårdskador eller rapporterade avvikelser har påverkats sedan införandet av arbetsmodellen. Dock angav deltagarna en upplevd förbättring av patientsäkerheten. Detta härleddes till minskat antal patienter per sjuksköterska och sjuksköterskans ökade delaktighet i omvårdnaden. Den ökade kontinuiteten, möjligheten till bättre dokumentation och utökad tid spenderad i den patientnära vården upplevdes som bidragande till ökad patientsäkerhet. Att både sjuksköterskorna och undersköterskorna nu erhöll en mer holistisk bild av varje patient och införandet av en egen rapport mellan undersköterskor bör ha reducerat risken för missförstånd och missar i vården. I och med deltagarnas upplevelse av ökad patientsäkerhet och åtgärder av tidigare brister i omvårdnadsorganisationen kan man spekulera att en

reducering av avvikelserapporter kan ha skett. Att ett lägre antal patienter per sjuksköterska, och en förbättrad arbetsmiljö som diskuterat ovan, relateras till högre patientsäkerhet finns underlag för även i annan forskning (Liu et al., 2018).

Vårdpersonalens erfarenheter av parvård var övervägande positiva, men vissa brister med modellen upplevdes också. Den utsatta position som undersköterskan hamnar i när sjuksköterskans andra åtaganden tar tid i anspråk angavs som ett av de mest förekommande problemen. Detta problem upplevdes inte i samma utsträckning under de arbetspass då det fanns en "löpare" som kunde täcka de luckor som uppstod när undersköterskorna behövde hjälp och deras sjuksköterska inte fanns till hands. Att sjuksköterskan har åtaganden utöver basal omvårdnad, som exempelvis läkemedelshantering och dokumentation, och ibland måste prioritera dessa är ofrånkomligt men de organisatoriska problem som uppstår till följd går att motverka. Att ha en "löpare" på varje arbetspass skulle reducera stressen och arbetsbelastningen för vårdpersonalen och framför allt undersköterskorna. Det skulle även kunna reducera den ambivalens sjuksköterskan upplever när hen slits mellan omvårdnadsarbetet och dessa andra åtaganden. Att veta att den undersköterska man samarbetar med har annan hjälp att tillgå skulle kunna minska eventuell känsla av kluvenhet och etisk stress. Parvård, med modifieringen att en extra personal utan en tilldelad grupp patienter att ansvara för, skulle kunna vara en förbättring av arbetsmodellen. Detta skulle vara en modifiering som bekämpar den upplevda skörheten i modellen och bidra till en ytterligare förbättrad arbetsmiljö.

För att parvårdsmodellen ska fungera optimalt krävs tydliga direktiv från ledningen om arbetsmodellen. I tidigare forskning uttrycker sjuksköterskor även att utan stöd från ledningen och konkreta direktiv angående arbetsmodellen, upplever de en ensamhet i ansvaret kring patienterna (Rantanen, Pitkänen, Paimensalo-Karell, Elovainio & Aalto, 2016). Detta blir extra tydligt inom parvård när sjuksköterskan har patientansvar under hela vårdtiden jämfört med arbetssätt som exempelvis total patient care där ansvaret överlämnas till en annan sjuksköterska vid arbetspassets slut (Rantanen et al., 2016). Det kan tänkas medföra en ökad belastning på vårdpersonalen om klara direktiv från ledningen inte finns, delvis för att modellen inte alltid följs i den utsträckning den ska och om stöd efterfrågas bör detta tillgodoses. Enligt Lautizi, Laschinger & Ravazzolo (2009) är en välfungerande ledning sammanlänkat med sjuksköterskans känsla av autonomi och kontroll i det praktiska arbetet. Det finns stöd för att arbetstillfredsställelse har en stark koppling med sjuksköterskans autonomi i ett flertal studier (Rantanen et al., 2016; Lautizi et al., 2009; Mäkinen, Kivimäki, Elovainio, Virtanen & Bond, 2003).

Mycket av forskningen gällande arbetsmodeller inom omvårdnad är utförda i kontexten för somatisk vård. En studie av Rigby, Leach & Greasley (2001) visade att på en psykiatrisk vårdavdelning uppnåddes inte de positiva effekter på exempelvis arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse som man väntat sig efter införandet av parvård. Förutsättningarna för att organisera omvårdnadsarbetet på ett optimalt sätt kan skilja sig mellan somatisk och psykiatrisk vård. Det man inom psykiatrin efterfrågar av en arbetsmodell kan vara annorlunda än inom somatiken. Det finns därför ett behov av att vidare undersöka hur implementering av olika arbetsmodeller fungerar även inom psykiatrin.

Slutsats och implikationer

Parvård är en arbetsmodell inom omvårdnad som kan bidra med både bättre arbetsmiljö, högre patientsäkerhet och ökad delaktighet i den patientnära omvårdnaden för sjuksköterskan. Ett byte av arbetsmodell kan vara ett sätt att försöka åtgärda stressrelaterade problem på en vårdavdelning. För att parvård ska fungera optimalt ställs höga krav på kommunikationen kollegor emellan och tydliga direktiv från ledningen om hur arbetet på avdelningen ska gå till. En extra resurs i form av en "löpare" under arbetspassen är att rekommendera för bästa möjliga resultat.

För att få underlag till fortsatt förbättringsarbete behövs vidare forskning inom fältet för arbetsmodeller inom vården, inklusive parvård. Det kan vara av intresse att undersöka hur olika modeller fungerar inom olika kontexter, exempelvis psykiatrisk vård. Eventuella modifieringar av etablerade arbetsmodeller kan också vara aktuellt att utvärdera via fortsatt forskning.

Referenslista

- Bergbom, I. (2012). Konsensusbegrepp som epistemologiska begrepp. i L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, s. 47-63. Lund: Studentlitteratur.
- Cioffi, J., & Ferguson, L. (2011). Team nursing: experiences of nurse managers in acute care settings. *Australian journal of advanced nursing*, 28(4), 5-11. Hämtad 2018-11-05 från <http://www.ajan.com.au/Vol28/28-4.pdf#page=6>
- Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M., & Croso, A. (2017). The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study. *Journal of Clinical Nursing* 27(5-6), 1094-1102. doi: 10.1111/jocn.14135
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur
- Danielsson, E. (2017^a). Kvalitativ forskningsintervju. i M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*, s. 144-154. Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2017^b). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*, s. 285-299. Lund: Studentlitteratur.
- de Fátima Cordeiro Trajano, M., Tavares Gontijo, D., Wanderley da Silva, M., De Aquino, J. M., & Leite Meirelles Monteiro, E. M. (2017). Interpersonal relationships in the surgical unit from the perspective of nursing workers: an exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(2), 159-169. Hämtad 2018-11-20 från <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5530>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B., & Lundman, B. (2017). Methodological Challenges in Qualitative Content Analysis: A Discussion Paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi: [10.1016/j.nedt.2017.06.002](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002)
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. i M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*, s. 111-119. Lund: Studentlitteratur.
- Hälso-och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

- International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, övers.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. (Originalarbetet publicerat 2012) Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Kalisch, B.J., Curley, M., & Stefanov, S. (2007). An Intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *The journal of nursing administration*, 37(29), 77-84. Hämtad 2018-10-23 från https://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=693686&an=00005110-200702000-00010&Journal_ID=54024&Issue_ID=693655
- Korhonen, A., & Kangasniemi, M. (2013). It's time for updating primary nursing in pediatric oncology care: Qualitative study highlighting the perceptions of nurses, physicians and parents. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 732-738. doi: 10.1016/j.ejon.2013.04.001.
- Lautizi, M., Laschinger, H. K. S., & Ravazzolo, S. (2009). Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 446-452. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00984.x
- Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., Liu, J., Wu, Y., & You, L. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 82-89. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005
- Manthey, M., Ciske, K., Robertson, P., & Harris, I. (1970). Primary nursing - a return to the concept of "my nurse" and "my patient". *Nursing Forum*, 9, 65-84. doi:[10.1111/j.1744-6198.1970.tb00442.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1970.tb00442.x)
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing* (upplaga 7). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- McGillis Hall, L., & Doran, D. (2004) Nurse Staffing, Care Delivery Model and Patient Care Quality. *Journal of Nursing Care Quality* 19(1), 27-33. Hämtad 2018-11-05 från <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=eaa6cacf-2b56-4e9c-8240-e76a9b0aaad5%40sessionmgr4006>
- Moore, J., & Prentice, D. (2013) Collaboration among nurse practitioners and registered nurses in outpatient oncology settings in Canada. *Journal of Advanced Nursing* 69(7), 1574-1583. doi: 10.1111/jan.12017
- Mäkinen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., & Bond, S. (2003). Organization of Nursing Care as a Determinant for Job Satisfaction among Hospital Nurses. *Journal of Nursing Management* 11(5), 299-306. doi: 10.1046/j.1365-2834.2003.00399.x

- Mäkinen, A., Kivimäki, M., Eliovainio, M., & Virtanen, M. (2003). Organization of Nursing Care and Stressful Work Characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 43(2), 197-205. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02694.x
- Nadeau, K., Pinner, K., Murphy, K., & Belderson, K. M. (2017). Perceptions of a Primary Nursing Care Model in a Pediatric Hematology/Oncology Unit. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 34(1), 28-34. doi: 10.1177/1043454216631472
- Patientdatalag* (SFS 2008:355). Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355
- Patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (upplaga 10). Philadelphia: Wolters Kluwer
- Rantanen, A., Pitkänen, A., Paimensalo-Karell, I., Eliovainio, M., & Aalto, P. (2016). Two models of nursing practice: a comparative study of motivational characteristics, work satisfaction and stress. *Journal of Nursing Management*, 24, 261–270. doi:10.1111/jonm.12313
- Rigby, A., Leach, C., & Greasley, P. (2001). Primary nursing: staff perception of changes in ward atmosphere and role. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 525–532. doi: [10.1046/j.1351-0126.2001.00429.x](https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00429.x)
- Sellick, K. J., Russell, S., & Beckmann, J. L. (2003). Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 40(5), 545-551. doi:10.1016/S0020-7489(03)00064-6
- Sjetne, I. S., Helgeland, J., & Stavem, K. (2010). Classifying nursing organization in wards in Norwegian hospitals: self-identification versus observation. *BMC Nursing* 9(3), 8p. doi: [10.1186/1472-6955-9-3](https://doi.org/10.1186/1472-6955-9-3)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20494/2017-3-2.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Vetenskapsrådet. (u.å.) Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2018-10-17 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Bilaga 1



SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Intervjustudie om parvård, avdelning 236 Mölndals sjukhus

Hej,

Vi är två studenter som läser termin 5 på Sjuksköterskeprogrammet vid Göteborgs universitet. I samarbete med verksamhetschef Anna Hovrat Lindqvist genomför vi vårt examensarbete på avdelning 236. Studiens syfte är att beskriva erfarenheter av att arbeta i parvård avseende arbetsmiljöaspekter, patientsäkerhet och patientdelaktighet. Vi skulle vilja ställa några frågor till er, **sjuksköterskor och undersköterskor**, om era erfarenheter och uppfattningar om detta arbetssätt. Vi söker både erfaren och ny personal! Vi önskar att alla deltagare ska ha arbetat på avdelning 236 i minst 6 månader.

Intervjuerna är individuella och planeras att genomföras **under arbetstid** i ett avskilt rum på **avdelning 236** under **vecka 43**. En intervju beräknas ta **ca 30 minuter**. Att delta i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att uppge varför.

Den data vi samlar in kommer att användas till vår kandidatuppsats i vårdvetenskap på Sjuksköterskeprogrammet. Intervjuerna kommer spelas in på ljudfil för att möjliggöra analys. All data kommer att behandlas konfidentiellt, vilket betyder att uppgifterna ej kommer kunna kopplas till dig som enskild person och eventuella citat kommer endast härledas till din yrkeskategori. Data kommer endast användas för studiens syfte, vi tar ansvar för att obehöriga ej får tillgång till insamlat material.

Ni som arbetar på avdelning 236 kommer att få möjlighet att ta del av resultatet när uppsatsen är färdig. Resultatet kommer också presenteras på avdelningen för att användas som utgångspunkt för kommande förbättringsarbete. Publicering i vetenskaplig tidskrift kan eventuellt bli aktuellt.

Är du intresserad av att delta, anmäl ditt intresse till oss via mail så snart som möjligt.

Har du några frågor eller funderingar är du också välkommen att kontakta oss via mail!

Helena Preinitz Gärdinge
guspreihe@student.gu.se

Clara Bergstedt
gusclarbe@student.gu.se

Kristina Rosengren, handledare
docent och universitetslektor i vårdvetenskap,
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet
kristina.rosengren@gu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

-Ålder

-Kön

-Tidigare erfarenheter från arbetsliv (inriktning vård på avd 236) och utbildning

Introduktionsfråga:

Vad tänker du på om jag säger "parvård"?

Direktivfrågor:

- skulle du vilja beskriva din erfarenhet av att arbeta i parvård?
- hur upplever du samarbetet med sjuksköterskan/undersköterskan när ni jobbar i parvård?
- hur påverkas arbetsmiljön här på avdelningen av att arbeta med parvård? (klimatet, stress, effektiviserat arbetet, tidsfördelning)
- hur fungerar kommunikationen inom parvården? (medarbetare, patienter, anhöriga)
- hur upplever du att attityden till parvård är på avdelningen?
- hur påverkar parvård patientsäkerheten? positivt eller negativt?
- hur påverkar parvården patientdelaktighet?
- vilka är de viktigaste "bitarna" för att parvård ska fungera bra?

Uttömningsfråga:

Nu har jag inga fler frågor till dig, är det något som du vill tillägga när det gäller parvård?

Tack för att vi fick ta del av dina erfarenheter!