



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSE AV PERSONCENTRERAD ROND

En kvalitativ intervjustudie

Felicia Kiper Hellman och Johanna Gunhamn

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2020
Handledare:	Johan Nilsson
Examinator:	My Engström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Tack till er sjuksköterskor som deltog i denna studie genom att dela era upplevelser och erfarenheter. Om ändå liten, så bidrar ni med att fylla en kunskapslucka inom ämnet personcentrerad rond. Vi är tacksamma över det varma välkomnande vi fick och möjligheten att utföra ett verksamhetsförankrat examensarbete hos er, särskilt tack till vår resursperson Anette och vårdenhetschefen Camilla. Slutligen vill vi tacka vår handledare Johan för stöd, uppmuntran och feedback under arbetets gång.

Titel (svensk)	Sjuksköterskors upplevelse av personcentrerad rond
Titel (engelsk)	Nurses experience of personcentered ward round
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2020
Författare	Felicia Kiper Hellman & Johanna Gunhamn
Handledare:	Johan Nilsson
Examinator:	My Engström

Sammanfattning:

Bakgrund: Personcentrerad vård ingår i sjuksköterskans kompetensbeskrivning och gör att patienten blir mer delaktig, vilket ökar vårdkvalitén. Patienter med akut sjukdom har ett behov av att bli lyssnad på, och därmed är en god kommunikation viktig. Då rondan är den plats där läkare och sjuksköterskor tillsammans träffar patienten är det viktigt att kommunikationen fungerar, så att patienten kan ta till sig information och känna sig delaktig. Gamla hierarkiska strukturer står i vägen för personcentrerad vård, där läkaren är överordnad sjuksköterska och patient. Personcentrerad rond är ett sätt att göra patienten mer delaktig i sin egen vård, genom ökad integritet och samtal i enrum där alla sitter i samma höjd. Samtidigt förbättras den interprofessionella relationen mellan sjuksköterska och läkare. Det finns idag lite forskning om hur sjuksköterskan upplever det att arbeta med personcentrerad rond.

Syfte: Syftet med denna studie är att undersöka sjuksköterskors upplevelse av personcentrerad rond. **Metod:** Studien har en kvalitativ ansats där semistrukturerade intervjuer har tillämpats för att intervjua sex sjuksköterskor på en kirurgisk akutmottagningsavdelning. **Resultat:** Intervjuerna resulterade i två kategorier *patienten i fokus* och *att arbeta i team*, som bygger på vardera fyra subkategorier. Sjuksköterskors upplevelser är att patientens integritet bevaras, samtidigt som patienten känner sig mer delaktig och att det blir ett mer jämlikt samtal. Samarbetet med läkaren upplevs som positivt och kommunikationen blir bättre. Dock skulle stressen för sjuksköterskan minska om läkarna var mer välinformerade om hur personcentrerad rond fungerar. **Slutsats:** Personcentrerad rond ökar patientens delaktighet och integritet. Jämlikheten och det interprofessionella samarbetet förbättras genom teamarbete och partnerskap med patienten. Personcentrerad rond kan öka möjligheten att prata om omvårdnadsbehov, vilket kan höja omvårdnadsstatusen.

Nyckelord: Personcentrerad rond, personcentrerad vård, delaktighet, integritet, partnerskap, teamarbete, jämlikhet, omvårdnad

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Akutkirurgisk omvårdnad.....	1
Interprofessionellt samarbete.....	1
Rond.....	2
Personcentrerad rond	3
Teoretisk referensram	3
Personcentrerad vård	3
Delaktighet.....	4
Problemformulering.....	5
Syfte.....	5
Metod.....	5
Design.....	5
Urval	5
Datainsamling.....	5
Dataanalys	6
Etiska överväganden.....	6
Resultat	7
Patienten i fokus	7
Delaktighet.....	7
Integritet.....	9
Jämlikhet.....	10
Omvårdnad	10
Att arbeta i team	11
Påverkan av arbetsflödet och arbetsglädjen.....	11
Samarbetet mellan sjuksköterska och läkare	12
Partnerskap	12
Utveckling av rondan.....	13
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion	16
Kliniska implikationer	20
Slutsats.....	21
Referenser.....	22
Bilaga 1. Förfrågan till vårdenhetschef	29
Bilaga 2. Intervjuguide	30
Bilaga 3. Forskningspersonsinformation.....	31

Inledning

Vården kan hela tiden utvecklas för att främja patientens psykiska och fysiska välmående. Ett steg i rätt riktning är personcentrerad vård, som blir allt mer integrerad i den svenska sjukvården. Det finns en hel del forskning om personcentrerad vård, och begreppet är en självklar komponent i sjuksköterskeutbildningen. Ju mer begreppet personcentrerad vård diskuteras, desto mer accepterat och normaliserat blir det. Samtidigt behövs det konkreta arbetssätt för att personcentrerad vård ska implementeras i vården. Om rondan blir personcentrerad kan det bidra till att öka den personcentrerade vården, eftersom rondan är centrum för kommunikation mellan sjuksköterska, läkare och patient.

En förfrågan och ett önskemål från en kirurgisk akutvårdsavdelning öppnade upp en möjlighet till ett verksamhetsförankrat examensarbete, med mål att studera ämnet personcentrerad rond.

Bakgrund

Akutkirurgisk omvårdnad

Akut buksmärta är en vanlig åkomma på kirurgiska akutvårdsavdelningar. Kommunikation är viktig vid bemötande av patienter med akut buksmärta, genom att låta patienten själv berätta hur hen upplever situationen synliggörs patientens berättelse. Vidare belyser författarna att akuta buksmärter kan påverka patientens autonomi negativt. Det är en stressfull situation att inte ha kunskap om orsaken bakom den akuta buksmärten, vilket kan leda till oro. Patienten kan uppleva en förlust av kontroll och värdighet i situationen. Detta är viktiga aspekter att ta hänsyn till som sjuksköterska. I det akuta skedet är det viktigt att uppvisa empati, respekt och vinna patientens tillit samt att lyssna på hans berättelse (Forsberg, Ivarsson & Lindsten, 2016). En kroppslig sjukdom kan utmana personens identitet, sjukdomen kan påverka genom att begränsa existensen. Sjuksköterskan har en viktig roll i att stödja patienten till acceptans inför sina nya villkor och för att skapa trygghet i tillvaron (Håkansson, 2014).

Interprofessionellt samarbete

Pritchard (2017) beskriver hur förskjutningen av ansvar, kunskap och maktbalans har förändrats över tid mellan läkare och sjuksköterska. Författaren går tillbaka till 1700-talet då läkardisciplinen blev just en disciplin. Disciplinen utvecklades vid sidan av skolan och sjukhusen och blev sakta men säkert ett yrke som kom att ha makt, som utövades på bland annat sjuksköterskan. Ett behov har funnits av att utveckla sjuksköterskeprofessionen, för att möta samhällets behov, bland annat en allt äldre befolkning. När sjuksköterskan fick börja ordinera vissa läkemedel, möttes detta av starkt motstånd från läkarkåren, som upplevde att deras auktoritet och makt blev utmanad. Detta motstånd är inte unikt för ett enskilt land, då motståndet har varit starkt i flera länder. Den professionella relationen mellan sjuksköterska och läkare, har med sjuksköterskans allt större ansvar kommit att förändras (Pritchard, 2017).

Tang, Zhou, Chan och Liaw (2018) beskriver att samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare påverkar vården, bättre samarbete leder till en högre vårdkvalité för patienterna. För ett bra samarbete har kommunikationen mellan sjuksköterskan och läkaren en viktig roll. Genom

att informera varandra om patientens tillstånd och vårdplaner kan kommunikationen förbättras. Vidare uppger författarna att det finns en hierarkisk kultur inom vården, där det medicinska dominerar, denna faktor sänker välbefinnande både för läkarna och sjuksköterskorna och sätter hinder för samarbetet mellan professionerna. En hög arbetsbelastning påverkar möjligheterna till ett bra samarbete, då tiden för att kommunicera inte räcker till (Tang, Zhou, Chan & Liaw, 2018).

Oxelmark, Ulin, Chaboyer, Bucknall och Ringdal (2018) forskning visar att det finns en brist på samarbete och att kunskap saknas angående andra professioners arbetsuppgifter, enligt sjuksköterskor i deras forskning. Deltagarna i studien saknade att patienten, läkaren och sjuksköterskan har diskussioner tillsammans, istället för att läkaren har en dialog med patienten. Tang, Chan, Zhou & Liaw (2013) belyser att sjuksköterskor och läkare uppskattar ett bra samarbete. Det interprofessionella samarbetet påverkar patienternas tillfredsställelse av vården, återhämtningen blir effektivare, patientsäkerheten förbättras och dödligheten sjunker. Detta styrks av Oxelmark et al. (2018) som påvisar att sjuksköterskan önskar mer samarbete mellan professioner. Teamarbete är även känt för att öka patientsäkerhet och förståelsen mellan professioner (Bååthe, Ahlborg, Lagström, Edgren & Nilsson, 2014; Oxelmark et al., 2018).

Rond

Rond är ett väl inarbetat arbetssätt inom sjukvården och definieras enligt Nationalencyklopedin (2020) bland annat som en rundvandring. Ronden består av läkare, sjuksköterskor och ibland andra professioner. Syftet är att läkaren kontinuerligt kan bedöma patientens tillstånd, utvärdera en behandlingseffekt samt ge ordinationer på fortsatt behandling (Nationalencyklopedin, 2020). Ronden är en central plats för kommunikation (Oxelmark et al., 2018) och ger tillfälle att frambringa en gemensam vårdplan och diskutera olika behandlingsalternativ, ronden syftar också till informationsspridning (Bååthe et al., 2014). Att ronda på en avdelning tar dock mycket tid av sjuksköterskornas dagliga arbete och är ofta mentalt påfrestande för patienten (Oxelmark et al., 2018).

Forskning visar att patienter ofta känner sig exkluderade i samtalet under ronden, vilket är problematiskt då det många gånger är den enda möjligheten för patienten att kunna ställa frågor både till läkaren och sjuksköterskan. De upplever ofta att informationen inte är komplett och att kommunikationen brister mellan sjuksköterskan, läkaren och dem själva (Weber, Stöckli, Nubling & Langewitz, 2007). Walton, Hogden, Long och Greenfield (2019) bekräftar i sin studie att patienter vill vara delaktiga. Rondens tillvägagångssätt och patientens medverkan påverkar graden av delaktighet. Delaktigheten kan öka om frågor ställs direkt till patienten och språkbruk med medicinska termer minskar, samt att relationen mellan patient och läkare är gynnsam. Swenne och Skytt (2014) styrker att patienter upplever att ronden innehåller mycket information och facktermer, de uppger också att tiden inte är tillräcklig och att miljön inte är optimal för informationsutbyte.

Det finns ett behov av att utveckla rondsystemet, och det behövs mer tid för kommunikation mellan patient och vårdpersonal (Swenne & Skytt, 2014). Enligt Oxelmark et al. (2018) upplever sjuksköterskor att det finns hinder i ronden som gör att patienten inte kan delta i sin vård. Läkaren och sjuksköterskan har ofta möte tidigt på morgonen utan patienten och under ronden stängs patienten ute från samtalet. Sjuksköterskorna uppger även att det finns en negativ attityd gällande förändring samt bristande kunskap i hur patienten involveras.

Främjande faktorer för utveckling kan vara mer tid till varje patient, bättre rutiner och samarbete mellan de olika professionerna (Oxelmark et al., 2018).

Personcentrerad rond

Bååthe et al. (2014) presenterar grundprinciperna i personcentrerad rond, vilka är; att öka patientens integritet, minska överrapportering av information mellan olika professioner och dokumentera i anslutning till rondan. I personcentrerad rond används speciella rondrum, detta ökar patientens integritet och reducerar maktförhållandet mellan patient och vårdpersonal, eftersom samtliga parter sitter på stolar istället för att patienten är sängliggande. Chaboyer et al. (2016) förklarar att hierarkiska strukturer upplevs vara ett hinder för kommunikation och personcentrerad vård, eftersom det påverkar patientens inkludering i vården. Sharma och Klocke (2014) uppger en positiv förändring i sin studie om sjuksköterskors attityder inför en implementering av en tvärprofessionell och personcentrerad rond. Implementeringen av personcentrerad rond skapar bättre förutsättningar för sjuksköterskornas arbetsflöde och ökar deras välbefinnande på arbetsplatsen. Bååthe et al. (2014) forskning beskriver läkares upplevelser av personcentrerad rond, där ett flertal anser att personcentrerad rond reducerar hierarkin och ökar jämlikheten i relationen mellan patient och läkare. Integriteten och möjligheterna till ett djupare samtal som inte enbart inkluderar medicinska åkommor, utan även ger samtalet en social dimension förbättras. Studien pekar också på att det holistiska perspektivet och förståelsen för patienten ökar. Vidare menar forskarna att personcentrerad rond inte enbart är personcentrerad utan också personalcentrerad då rondan ger nya möjligheter till lärande och utveckling, eftersom personcentrerad rond innebär teamarbete och att arbeta strukturerat. Därför kan personcentrerad rond öka tillfredsställelsen hos patienter såväl vårdpersonal jämfört med den traditionella (Bååthe et al., 2014).

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård ingår i kompetensbeskrivningen för sjuksköterskans ansvarsområde och är grundläggande för att se hela människan och dennes behov, samt för att värdighet och integritet ska bevaras (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Enligt Socialstyrelsen (2019) är personcentrerad vård likställt med god och jämlik vård. Personcentrerad vård inbegriper tre grundpelare; patientberättelse, partnerskap och dokumentation. Patientberättelsen är en del av det holistiska synsättet och låter personen berätta om sin livssituation och syn på sjukdomen. Genom partnerskapet får patienten och sjuksköterskan dela sina erfarenheter och skapa förståelse för varandra (Ekman et al., 2011). Nyckelfaktorer som är essentiella för att ingå i ett partnerskap är att lyssna och involvera patienten, överlåta en del av ansvaret samt dela makten. Patienter som får vara delaktiga och ta del av information är mer benägna att följa vårdplanen (Oxelmark et al., 2018). Det personcentrerade tillvägagångssättet poängterar vikten av att patientnära dokumentera patientens tankar och preferenser gällande sin vård. Dokumentationen ska vara transparent och ske kontinuerligt under vårdtiden (Ekman et al., 2011). När patienterna aktivt får delta i planering och beslut skapar det bättre förutsättningar för patienten att i lugn och ro kunna planera sin hemgång och sitt sociala liv efter sjukhusvistelsen, vilket påverkar utskrivningsprocessen positivt. Forskning har påvisat att personcentrerad vård förkortar vårdtiden, och aktivitetsgraden i patientens vardagliga liv ökar.

Patienterna känner sig även mer trygga med sjukdomens svårighetsgrad när personcentrerad vård ges (Dudas, Kaczynski & Olsson, 2014).

McCormack och McCance (2019) förklarar att personcentrerad omvårdnad kräver vissa förutsättningar både från sjuksköterskan och vårdmiljön för att patienten ska uppleva känsla av välbefinnande och delaktighet. Genom att se patienten som en partner, vara närvarande och genuint intresserad kan patienten känna sig sedd och bekräftad. Enligt Wijk (2014) påverkar sjukhusmiljöns utformning den personcentrerade vården, enkelrum möjliggör samtal med hänsyn till integritet och patientnära dokumentation. Ylikangas (2017) framför att en god kommunikation och relation mellan sjuksköterska, patient och dess närstående är grundläggande för en trygg social miljö. Att upprätthålla en god social miljö är vårdande och skapar en trygghet samt bibehåller hälsa och välbefinnande. Patienten med dess behov är mittpunkten i den sociala miljön och utifrån ett holistiskt förhållningssätt skapas relationer mellan sjuksköterska och patient (Ylikangas, 2017).

Moore, Britten, Lydahl, Naldemirci Elam och Wolf (2016) beskriver de faktorer som gynnar implementering av personcentrerad vård. Ledningen bör agera som en förebild genom att arbeta personcentrerat, samt gynna förändring i organisationen genom interprofessionellt samarbete och utbildning i personcentrerad vård. Vidare förklarar författarna att det finns hindrande faktorer som hämmar ett personcentrerat arbetsklimat, som traditionella hierarkiska vårdmodeller och personalens attityder. Tidsbrist är ytterligare en faktor som hindrar implementering av nya arbetssätt. På kirurgiska avdelningar framställs det som särskilt problematiskt att införa personcentrerad vård, eftersom omsättningen av patienter är hög.

Delaktighet

Delaktighet är ett begrepp hämtad ur den humanistiska människosynen med innebörden att människan är kompetent att fatta egna beslut som rör sitt eget liv, vilket motiverar patientdelaktighet ur en etisk vinkel (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017). Oxelmark et al. (2018) förklarar att patientens deltagande är en primär del i personcentrerad vård. Patientlagen (SFS 2014:821) styrker att hälso- och sjukvården ska utarbetas och genomföras i samråd med patienten i den mån det går. Enligt Eldh (2014) kan autonomi och partnerskap relateras till delaktighet. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017) redogör för att patientens delaktighet bekräftar autonomi, vilket innebär att patienten har förmåga och möjlighet att bestämma över sitt eget liv och kunna fatta egna beslut. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) lagstadgar att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska uppfylla kraven på en god vård. Vården ska vara av god kvalitet, ta hänsyn till patientens behov av trygghet, kontinuitet, respektera patientens autonomi och integritet samt främja en god kontakt mellan patient och vårdpersonal.

Forskning visar på att patientdelaktighet i beslut och vårdplaner både ger ökad tillfredsställelse för patienten och kortare vårdtider (Centrum för personcentrerad vård [GPCC], 2017). För att en patient ska kunna vara delaktig krävs information och bra kommunikation mellan vårdpersonal och patient. Ett ömsesidigt partnerskap innebär att varje part respekterar den andre, där erfarenheter och kunskap delas för informationsutbyte. Teambaserad vård med patienten i fokus kan öka förutsättningarna för delaktighet, där olika professioner kan ge stöd åt patienten ur olika synvinklar (Eldh, 2014).

Problemformulering

Personcentrerad vård är en kontinuerlig arbetsprocess och för att säkerställa ett aktivt personcentrerat arbete bör tydliga rutiner finnas. Idag använder de flesta avdelningar ett traditionellt rondsysteem som bygger på hierarki, vilket påverkar patientens delaktighet och integritet negativt. Ett sätt att möta de krav och förväntningarna som finns gällande personcentrerad vård inom svensk hälso- och sjukvård är implementering av personcentrerad rond.

Det finns väldigt lite forskning om personcentrerad rond och den forskning som finns är ofta ur ett läkarperspektiv. Genom att intervjua sjuksköterskor kan kunskap inhämtas om hur personcentrerad rond upplevs ur ett omvårdnadsperspektiv. Denna kunskap kan sedan ligga till grund för implementering av personcentrerad rond på andra avdelningar, i ett steg att utveckla vården utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka sjuksköterskors upplevelse av personcentrerad rond.

Metod

Design

För att besvara studiens syfte har en kvalitativ forskningsansats använts, vilket avser att studera människors erfarenheter av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2017). En induktiv metod tillämpades som metodologisk ansats, vilket innebär att förutsättningslöst söka mönster i en text (Lundman & Graneheim, 2017).

Urval

Inklusionskriterier för denna studie var sjuksköterskor som arbetar dagtid, och därmed deltar i rond. Variationer i yrkeserfarenheter, ålder och kön eftersträvades. Detta för att få en fluktuation av erfarenheter. Exklusionskriterier var av detta skäl enbart sjuksköterskor som arbetar nattpass och därför inte deltar i rond. Ett bekvämlighetsurval gjordes, vilket innebär att de mest lättillgängliga personerna utses som deltagare till studien (Polit & Beck, 2017). En förfrågan skickades till vårdenhetschefen om att få utföra studien på avdelningen, se bilaga 1. Därefter mailades en förfrågan om deltagande till samtliga sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna på avdelningen. Då svarsraten var låg ombads vårdenhetschefen att vidare informera sjuksköterskorna på avdelningen. Detta gav bättre gehör och samtliga tillfrågade valde att delta. Antalet deltagare anpassades utifrån tidsramen, samt att bibehålla en god kvalitet på studien.

Datainsamling

Studiens datainsamling är genomförd på en kirurgisk akutvårdsavdelning i södra Sverige, där patienter med akuta kirurgiska besvär vårdas. Semistrukturerade intervjuer var lämpliga för denna studie, så att informanterna fritt fick möjlighet att reflektera över sina upplevelser

(Danielsson, 2017). Vidare tog författarna fasta på rekommendationen att använda en intervjuguide, för att få en viss struktur men ändå öppenhet. Under intervjuerna eftersträvade författarna att vara strukturerade samt uppmuntra informanten att uttrycka sig genom egna ord och formuleringar. Frågorna var ställda så informanterna kunde tala fritt och ge fylliga svar (Polit & Beck, 2017).

Författarna deltog under ett antal personcentrerade ronder vardera innan datainsamlingen påbörjades för att få en förförståelse. Förförståelse kan förklaras som de kunskaper, erfarenheter och förutfattade meningar forskaren har av fenomenet som studeras innan studien påbörjas (Lundman & Graneheim, 2017). Förförståelsen inspirerade också till intervjuguidens följdfrågor. Intervjuerna skedde genom personliga möten på ett enskilt rum, på avdelningen där informanterna arbetade. Öppningsfrågan löd: Hur skulle du beskriva dina upplevelser av att arbeta med personcentrerad rond? Båda författarna var med vid samtliga intervjuer, dock var en av författarna mer styrande under intervjun för att skapa en tydligare struktur. Båda författarna strävade efter att vara goda lyssnare och ställde adekvata följdfrågor, se Bilaga 2. Författarna delade sedan upp intervjuerna och transkriberade dem ordagrant.

Dataanalys

I denna studie har en kvalitativ innehållsanalys tillämpats, vilket är lämpligt vid granskning och tolkning av texter (Lundman & Graneheim, 2017). Textens manifesta budskap har varit fokus vid analysen, vilket innebär att granskningen av textens uppenbara och konkreta innehåll är i centrum. Det latent budskapet som visar på textens underliggande budskap har inte tagits i beaktning i denna studie (Graneheim & Lundman, 2004). I linje med Graneheim och Lundmans (2004) analysmetod utfördes innehållsanalysen steg för steg. Först lästes analysenheten som består utav intervjuerna igenom ett par gånger av båda författarna. Sedan urskildes meningsbärande enheter ur analysenheten, som sedan kondenserades och slutligen kodades. Exempel på kondensering och kodning presenteras i tabell 1. Dessa koder blev grunden för resultatets kategorier och subkategorier. Innehållsanalysens samtliga steg utfördes gemensamt av båda författarna, med låg grad av tolknings- och abstraktionsnivå. Vilket innebär att tolkningen är textnära och konkret och håller sig nära informanternas berättelser (Lundman & Graneheim, 2004).

Tabell 1 - Exempel på kondensering och kodning.

<i>Meningsbärande enhet:</i>	<i>Kondensering:</i>	<i>Kod:</i>
“Många patienter eller dom flesta patienter, upplever ju det som en positiv del, ee, att dom får komma in på rondan, att vi har den här. Det här rondsystemet. så att det är ju alltid roligt när man känner att man gör ett bra jobb, att det blir en positiv upplevelse för patienten.”	Det känns bra att det blir en positiv upplevelse för patienten, och att man gör ett bra jobb	Positiv upplevelse

Etiska överväganden

Studien har inte genomgått en etikprövning, då det ej krävs för studier inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå enligt lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Ett godkännande gavs av vårdenhetschefen för att kontakta och intervjua sjuksköterskor utifrån syftet. Varje intervju spelades in med

hjälp utav en diktafon. I överensstämmelse med Helsingforsdeklarationen får intresset att utforska ny kunskap, inte överträda respekten för informanterna som person (World Medical Association, 2018). Enligt dessa etiska principer fick informanterna skriftlig och muntlig information angående studiens syfte och att allt material kommer att aidentifieras, innan intervjuerna påbörjades, se bilaga 3. De fick också information om att det var frivilligt att delta och att de när som helst kunde avbryta utan vidare förklaring, samt att ingen utomstående fick tillgång till materialet. Efter att ha informerats gav informanterna sitt muntliga och skriftliga samtycke att delta, vilket bygger på den etiska principen om att deltagarnas frihet ska skyddas (Kjellström, 2012).

Resultat

Studiens demografiska data består utav sex sjuksköterskor. Majoriteten är 25–30 år gamla och erfarenheterna av att arbeta som sjuksköterska varierar mellan 1–20 år. Kön fördelningen av informanterna består av fem kvinnor och en man. Samtliga intervjuer samlades in under en vecka, medeltiden på intervjuerna var 18 minuter, den kortaste intervjun tog 7 minuter och den längsta 25 minuter.

Det granskade materialet över sjuksköterskors upplevelse av personcentrerad rond resulterade i två kategorier, som i sin tur bygger på vardera fyra subkategorier. Vilket presenteras i Tabell 2.

Tabell 2 - Kategorier och subkategorier.

<i>Kategorier:</i>	<i>Subkategorier:</i>
Patienten i fokus	Delaktighet Integritet Jämlikhet Omvårdnad
Att arbeta i team	Påverkan av arbetsflödet och arbetsglädjen Samarbetet mellan sjuksköterska och läkare Partnerskap Utveckling av rond

Patienten i fokus

Delaktighet

En röd tråd under intervjuerna är att personcentrerad rond ökar patientens inkludering i rond, och därmed patientens delaktighet och självbestämmande. Delaktighet skapar en holistisk bild av patienten, vilket enligt sjuksköterskorna ökar förståelsen för patientens situation hos vårdpersonalen. Personcentrerad rond upplevs öka förutsättningarna för att patientberättelsen ska komma fram med patienten i centrum, jämfört med den traditionella

ronden. Det framkommer att när samtalet sker i lugn och ro upplever sjuksköterskorna att det skapar trygghet och förmedlar lugn hos patienten. Genom att patienten befinner sig på rondrummet utan andra patienter närvarande, öppnar de upp sig mer naturligt, ställer frågor och berättar mycket mer om sig själva, både varför de sökt och om deras livssituation generell. Samtalen blir därmed mer informationsrika. Den personcentrerade rondens skapade lite mer tid när samtliga parter sitter ner, jämfört med när läkarna och sjuksköterskorna står bredvid sängen vilket upplevdes bidra till att patientberättelsen lättare kommer fram. I en intervju framkommer det att sjuksköterskan och läkaren lättare kan uppmärksamma problem och ge rådgivning, när patienten behöver hjälp med andra insatser som avdelningen inte kan tillgodose.

“Jag tänker i alla fall att man ger ett större fokus för patienten ... eh det är lättare att patienten får vara i centrum och ah det som jag nämnt att det blir lättare för den att lyfta saker ... och att det känns som att man lite mer, alltså vi sitter ju ner vi lyssnar på patienten att det är lättare att ta upp saker för patienten och att dom känner sig lite mer sedda liksom.”

(Informant 1)

Enligt sjuksköterskorna som deltog ökar förutsättningarna för att ha en holistisk syn på patienten när varje patient har ett enskilt möte jämfört med att personalen går runt till patienterna. Dock upplevs rondens fortfarande ha ett medicinskt fokus, men att runda i ett enskilt rum gör det lättare att ha ett samtal där patienten är delaktig och vågar ställa fler frågor. När patienten känner sig sedd och bekräftad upplevdes det av informanterna att de kände sig tryggare, vilket i sin tur leder till ett etiskt välbefinnande hos vårdpersonalen.

“jag tycker fortfarande att patienten kommer till tals mycket mer när det är på det här sättet, än när det som traditionellt”

(Informant 3)

Trots att delaktigheten överlag upplevdes öka genom den personcentrerade rondens, framkommer det att delaktigheten samtidigt är beroende av vårdpersonalens attityder och patientens resurser. I en av intervjuerna framkommer det att patienten har förutsättningar att bli mer delaktig nu, men att det fortfarande hänger mycket på patientens resurser och om hen har lätt att öppna upp sig. Sjuksköterskorna berättade att en del patienter som är väldigt pålästa, bestämda, oroliga eller frågvisa kan vara väldigt delaktiga och mer eller mindre styra samtalet under rondens. Under flera intervjuer framkommer det att patienten upplevs vara mer välinformerad och mindre orolig då rondens är personcentrerad, vilket upplevdes leda till att bättre information framförs av patienten.

På helgerna beskrevs det att rondens var av den traditionella modellen, där vårdpersonalen går runt till patienterna i salarna. Det upplevdes att patienterna ställer mycket mer frågor till sjuksköterskorna om vad som kommer ske, under helgpassen jämfört med dagar med personcentrerad rond. Vidare upplevde informanterna att patienterna inte alltid hann ställa sina frågor under den traditionella rondens och fortfarande hade funderingar över sin vårdplan när rondens var över.

“Jag får ju mer frågor från patienterna på helgen ... då kan det vara jättemycket så här “jag förstod inte vad läkaren sa vad det var som skulle hända idag” och så har

dom inte tagit till sig någonting och inte vågat säga "jag förstår inte" och då får vi förklara allting igen."

(Informant 2)

Personcentrerad rond verkar öka förutsättningarna för patienten att fatta egna beslut, då patienten upplevs mer informerad. Enligt sjuksköterskorna upplevdes det också ha en betydande roll att patienten är välinformerad, delaktig i planeringen och beslutandet av sin vård, för att öka patientens trygghet. Det framkommer också att sjuksköterskornas arbete förändras positivt när patienterna är mer delaktiga, då det är lättare att vårda patienter som är mer välinformerade och insatta i sin vårdplan. Välinformerade patienter upplevs mindre oroliga och därför inte överkörda på samma sätt, vilket enligt informanterna ökar välbefinnandet hos patienten.

"jag tycker det är viktigaste är det att patienten är delaktig i det som vi planerar och framförallt beslutar om ... och kärnan i det är ju liksom att man får en, en tryggare patient"

(Informant 3)

Integritet

Att integritet har en viktig roll inom personcentrerad rond framkom under flera intervjuer. Det upplevdes vara lättare att behålla patientens integritet vid undersökningar under rondens samt att fördjupa sig i patientens problem. När patienterna får sitta och ha rond i ett enskilt rum vågar de berätta mer och ställa fler frågor. De förklarar också sina problem mer ingående, då de slipper tala i en flerbäddssal där andra patienter ligger och lyssnar.

"..man håller ju sekretessen alltså annars så kan ju dom som ligger på en fyrsal, vet ju annars precis vad det är för problem alla ... vilka som har cancer och vilka som inte har det, det känns ju inte så bra så hade man ju själv inte velat ha det"

(Informant 2)

Sjuksköterskorna upplevde att tryggheten ökar hos patienterna då de får tala om sina problem avskilt. Den personcentrerade rondens gav förutsättningar för ett öppnare samtal, där informationen från patienterna kan bli mer personlig. Patienterna upplevdes även ha lättare för att beskriva sina symtom och få en ökad integritet. Sjuksköterskorna upplevde det inte heller lika hämmande för patienten att ställa frågor, särskilt vissa frågor som kan vara svåra att ställa i en flerbäddssal. Ett exempel som beskrevs var att mer känsliga frågor kan ställas till sjuksköterskan vid ett senare tillfälle än rondens och ibland kan det vara en fråga som en läkare måste svara på. Detta problem förekommer inte vid en personcentrerad rond då patient, läkare och sjuksköterska är samlade i ett avskilt rum.

"Man tar in dom till sig eh för att dom ska slippa att prata om sina åkommor bland massa annat folk, för man vet ju att folk tjuvlyssnar och är nyfikna, och då vågar dom också prata med läkaren och ta upp sina problem på ett helt annat sätt när dom är ensamma på ett rum, än när man gör det i en fyrbäddssal tex ... så brukar man alltid fråga på slutet om dom hänger med på allting och förstår allting och då tycker jag det gör att dom blir mer delaktiga och att dom får en chans att säga om dom inte förstår eller nått."

(Informant 4)

I det insamlade materialet framförs upplevelser av att det är bättre för patienterna när integriteten bevaras och att mötena blir mer informationsrika. Det kan vara lättare att fånga upp subtila budskap från patienterna när samtalet sker i avskildhet. Under en intervju betonas det att den ökade integriteten gör det lättare för vårdpersonalen att ha ett sakligt samtal med patienten. Samtalet kan annars ibland påverkas då personalen försöker prata i koder för att undvika att medpatienter i flerbäddssalar ska förstå vad som pratas om, vilket kan leda till missuppfattningar.

“Bra sekretess för patienten eeh patienten kan uppleva sig betydligt mer sedd och att man tar tiden till patienten. det är nog lättare att vara extra tydlig om det skulle krävas inne mot patienten, man behöver inte tala i koder på nåt sätt eller säga på något annat sätt bara för patienten ligger ihop med andra.”

(Informant 5)

Jämlikhet

Ökad jämlikhet mellan patient och vårdpersonal är ett återkommande ämne under intervjuerna, vilket beskrevs som en positiv effekt av personcentrerad rond. Att få sitta ner i jämnhöjd med läkaren och sjuksköterskan i en fåtölj eller på en brits ökar jämlikheten och samtalet blir mer öppet enligt sjuksköterskorna. Förhållandet mellan patient och sjukvårdspersonal beskrevs mer jämlikt när delaktigheten ökar och rondens sker sittandes på ett avskilt rum, jämfört med att vårdpersonalen står bredvid patientens säng i en flerbäddssal. Rondens upplevdes som ett möte och ett lugn förmedlas att det finns tid, sjuksköterskorna trodde att patienten annars kan uppleva att vårdpersonalen är på väg någonstans när de står bredvid patientens säng.

”Det är inte det här att man står ovanför patienten som ligger i sängen och är jättesjuk, upplevs det precis då eehm, det blir lite mer jämställt, eeh och känns mer professionellt tycker jag. Ee och mer ett samtal. Inte bara ee att läkaren kommer och ser hur det är med patienten och berättar sin plan utan det blir lite mer ett jämställt samtal.”

(Informant 6)

Omvårdnad

Det framkommer under flera intervjuer att omvårdnaden får mer utrymme under personcentrerad rond jämfört med tidigare, dock präglas rondens fortfarande mycket av det medicinska. Läkaren börjar ofta med att fråga hur patienten mår, och på det sättet går det ibland att tillgodose både omvårdnadsmässiga och medicinska behov.

“De flesta gångerna så börjar man med, ja men om patienten har satt sig så börjar man med frågan hur, hur patienten mår. Och då kan den ta upp flera olika saker. Den kanske är inne för en sak men då nämner den att den har problem med något annat och då och sådär. har vi lite mer chans och kunna jobba på det också, eller såhär hjälpa till med det. Ee om det är någonting vi kan göra omvårdnadsmässigt eller medicinskt.”

(Informant 1)

Under intervjuerna uppmärksammas att omvårdnad bör ta mer plats under ronden, vilket kan bidra till att öka det personcentrerade arbetssättet. Att samtala om omvårdnadsbehov under ronden kan också möjliggöra ett bättre samtal mellan patient, sjuksköterska och läkare. Jämfört med att sjuksköterskan informerar och sköter omvårdnaden separat ifrån ronden enligt sjuksköterskorna. Under flera intervjuer uppger informanterna att det finns möjligheter att prata om omvårdnad, men att det utgörs mer av tillfälligheter än som en integrerad del i ronden. Exempelvis kan en undersökning skapa en anledning till att prata omvårdnad. Många informanter menar på att prata om omvårdnad under ronden kan bli allt för tidskrävande, då det kan vara mycket att göra på avdelningen.

Deltagarna i studien ansåg att prata om omvårdnadsbehov under personcentrerad rond kan öka patientens integritet. Om omvårdnadsplanen tas upp under ronden, behöver sjuksköterskan inte tala lika ingående om den hos patienten i en flerbäddssal. En av informanterna reflekterar över detta och menar på att denna möjlighet inte används än, men att möjligheterna att tala om omvårdnad borde öka med bättre sekretess.

“..jag kan inte säga uppleva att det pratas mer omvårdnad eh faktiskt tyvärr. Eehm, man ja, det skulle, det skulle absolut vara ett forum för det skulle jag kunna känna, eeh just det där att man kan, det är mycket lättare att prata om patientens hygien till exempel och hur den ska ah mobiliseras ah allting sånt när man har patienten inne på rummet.”

(Informant 3)

En annan viktig aspekt som framkom under intervjuerna är att patienterna blir mer delaktiga i omvårdnaden och förstår vikten av att ha en god omvårdnad, så som att ta hand om sin hygien och mobilisera sig. Med hänsyn till detta bör mer fokus läggas på omvårdnad enligt sjuksköterskorna, så att patienterna ser det som en viktig del av vården och inte enbart fokuserar på det medicinska. Ett exempel som belystes under en intervju är en patient som under en operation fått en stomi. I detta sammanhang är det väldigt viktigt att patienten inkluderas i omvårdnaden av stomin, vilket kan vara lättare i ett avskilt rum än i en flerbäddssal.

Att arbeta i team

Påverkan av arbetsflödet och arbetsglädjen

Under flera intervjuer framkommer det att patienterna upplevs vara mer tillfredsställda av personcentrerad rond jämfört med den vanliga. Att det verkar kännas bättre för patienterna påverkar sjuksköterskornas arbetsmiljö positivt, då det är roligare att arbeta när ett bra jobb görs.

“Många patienter eller dom flesta patienter, upplever ju det som en positiv del, ee, att dom får komma in på ronden, att vi har den här, det här rondsystemet. Så att det är ju alltid roligt när man känner att man gör ett bra jobb, att det blir en positiv upplevelse för patienten.”

(Informant 6)

Vissa upplever att den personcentrerade rondan tar längre tid än traditionell rond, eftersom samtalet sker sittandes med patienten samtidigt kan rondan upplevas som tidseffektiv, eftersom patienten får all information samlad vid samma tidpunkt. Det framkom i intervjuerna att den personcentrerade rondan utgår ifrån ett triagesystem, där sjuksköterskans roll är att prioritera i vilken ordning patienterna ska rondas. De patienter som är mer akuta eller som ska hem rondas först, därefter rondas de mindre akuta patienterna. Detta system upplevdes av informanterna bidra till att patienter kan åka hem tidigare och därmed ökar vårdkvaliteten.

“Man känner att det blir bättre för patientens skull eh och det gör ju att man känner att man gör ett bättre jobb också för att det känns värdigare mot patienterna.”

(Informant 1)

Samarbetet mellan sjuksköterska och läkare

Ett ämne som framkommer i intervjuerna är relationen mellan sjuksköterskan och läkaren. Det upplevs som positivt och roligt att arbeta nära läkaren, eftersom känslan av ett teamarbete förstärks. Dessutom underlättar det att diskutera och ställa frågor under dagen, eftersom läkaren befinner sig bredvid och därmed har en ökad tillgänglighet. Förutom detta upplevdes hierarkin minska mellan sjuksköterskan och läkaren, vilket leder till att relationen upplevs mer jämlik. I en intervju framkommer det att sjuksköterskan erhåller ny kunskap genom att arbeta tillsammans med läkaren.

“Jag kan tycka att det är positivt att vi på så sätt jobbar lite närmare läkaren, det är inte enbart på grund av att vi tar in patienterna, men vi sitter ju tillsammans på ett rum med läkaren så det blir lite mer som att jobba i team. Det är lättare för mig också att ställa en fråga till läkaren om jag skulle komma på någonting alltså under dagens gång.”

(Informant 2)

Partnerskap

Informanterna beskrev att det är viktigt att patienten blir en del i teamet. När patienten kommer in till ett enskilt rum och sitter i höjd med läkaren och sjuksköterskan, ges en upplevelse av att det är ett samarbete. Ett sådant här möte upplevs mer jämställt och mer professionellt av sjuksköterskorna.

“så att där har ju vi ett samarbete, och att vi liksom är på samma plan. så tar man in patienten och liksom får hela den a men historien till detta och så ska man, ee gå vidare däriifrån. Så att det är ju liksom. Det kan ju vara att vi, att jag och läkaren vi har en syn på nått eller så, en plan som vi tänker att ja men såhär, och så kommer patienten och tillför sin upplevelse och då, då får man anpassa sig efter de och kanske ändra sig ibland och att det känns inte bra då, och då gör vi på det här sättet eller. Ja men om patienten upplever att den är, den kan gå hem idag t.ex. Eller den känner inte att den behöver en vårdplanering osv. Eehm. Så att de, aa, det blir ju ett samarbete, både innan och under och efter rondan kring allting.”

(Informant 6)

Samarbetet mellan läkaren, sjuksköterskan och patienten anses vara beroende av vilka personligheter som befinner sig i rummet, ibland vill alla olika, men möjligheten att nå konsensus är större med personcentrerad rond enligt informanterna. Under flera intervjuer framkommer det att samarbetet mellan sjuksköterskan och läkaren fungerar bra innan rond, eftersom det finns möjlighet att förbereda sig tillsammans. Under själva rond är det ofta läkaren som styr och sjuksköterskan tar på sig en passiv roll, även om vissa sjuksköterskor flikar in i samtalet då det behövs. I en intervju uttrycks det att sjuksköterskan får ta eget ansvar i att ställa frågor, annars blir det mest läkaren som pratar. Samtalet som sker mellan sjuksköterskan och patient innan rond gör det möjligt att föra patientens talan under rond.

Utveckling av rond

Under samtliga intervjuer framkommer det att personcentrerad rond är uppskattad, men att det finns utvecklingspotential. Det framkommer att personcentrerad rond känns mer organiserad, och att strukturen är tydligare. Dock skulle klarare direktiv, som följs av samtliga medarbetare underlätta rond.

Det framkom i intervjuerna att personcentrerad rond inte alltid är genomförbar, då en del av patienterna har svårt att gå till ett avskilt rum. Vilket leder till att rond utförs i flerbäddssalar, vilket inte upplevdes bli lika personcentrerat. Det beskrevs att det inte bara är det psykiska välbefinnandet som personcentrerad rond kan ha en positiv inverkan på. Under ett par av intervjuerna påpekades det att när rond hålls i ett avskilt rum måste patienterna mobilisera sig, vilket kan påverka den fysiska hälsan och återhämtandet.

En del av informanterna förklarade att det var komplicerat att alla rondar vid samma tillfälle, detta skulle kunna förbättras genom att dela upp rond under olika tider för att undvika att all personal försvinner på rond samtidigt. I nuläget måste sjuksköterskorna avbryta under rond för olika arbetsmoment, och undersköterskorna hinner inte vara med på rond alls.

“..så krävs det mycket mer av mig som sjuksköterska eehm för att få det att fungera också därför att vi måste ta ett mycket mycket större ansvar för att rond ska fungera person...personcentrerat liksom.. ååh att eehm att man liksom också tittar på det här med vad är viktigt på avdelningen just nu, vilka patienter ska vi runda just nu och så, det ligger ju på sjuksköterskorna.”

(Informant 3)

Under intervjuerna framkommer det också exempel på organisatoriska hinder, som att läkarna är underläkare och inte fasta på avdelningen, utan arbetar där tillfälligt. Detta gör att kraven på sjuksköterskan ökar, då de är fasta på avdelningen. Sjuksköterskorna måste förklara för nya läkare hur rondsystemet fungerar och alla är inte anpassningsbara. Det beskrevs att omsättning av läkare är stor på avdelningen och ibland är de inte insatta i det arbetssätt som personcentrerad rond innebär. Detta upplevs som frustrerande och ökar stressen hos många sjuksköterskor, då ett stort ansvar ligger på deras axlar, att behöva utbilda läkare i hur rond fungerar, eller förklara och försvara sättet att arbeta på.

“..så har ju vi ett väldigt stort antal läkare här eeh.. väldigt stor rulljans på läkare och det är väl en del av sakerna som gör att det är lite svårare för det sätter ju press på oss sjuksköterskor och det är oftare vi som får instruera läkare hur vi jobbar här.”

(Informant 4)

En bra introduktion för läkarna underlättar arbetet, för då behöver inte sjuksköterskan försöka motivera och ta ansvar för att rondens ska fungera, vilket upplevs leda till en mindre arbetsbelastning. Det uppkommer ett flertal gånger under intervjuerna att samarbetet behöver utvecklas och att det är positivt om läkaren pratar omvårdnad eller att sjuksköterskan tar mer plats under rondens. Vidare belyser informanterna utmaningen med att implementera nya moment då det alltid finns de som tycker att förändring är svårt, både läkare och sjuksköterskor.

“Det som är negativt, är väl alltid som när man gör nånting nytt, är att det kommer ju alltid komma folk som tycker det är jobbigt och svårt med förändring. Läkare och sjuksköterskekollegor åå så att det kan va svårt i själva förändringsprocessen. Man eh van vid en, en arbets... ett arbetssätt och så ska man byta. Det blir alltid svårt i övergången.”

(Informant 6)

Metoddiskussion

Utifrån studiens syfte valdes kvalitativa intervjuer, eftersom studiens syfte är att få en djupare förståelse av sjuksköterskors upplevelse av personcentrerad rond. Detta kan ha medfört en begränsning i kvantiteten av erfarenheter, jämfört om valet hade varit en kvantitativ metod med exempelvis enkätformulär (Billhult & Gunnarsson, 2012). Induktiv ansats valdes för att förutsättningslöst låta datainsamlingen avgöra analysen och resultatet (Lundman & Graneheim, 2017). Därav föll alternativet deduktiv ansats bort, då det syftar till att analysera utifrån en bestämd teori genom en viss modell (Lundman & Graneheim, 2017).

De informanter som inkluderades i studien, hade alla erfarenhet av det fenomen som skulle undersökas, vilket kan anses vara en styrka. I kvalitativa studier bör urvalet ej vara slumpmässigt, utan deltagare med erfarenheter utav det studerade ämnet bör tillfrågas (Henricson & Billhult, 2017). En svaghet i studien är att antalet informanter till stor del styrdes av tillgången på sjuksköterskor, samt till tiden som fanns att tillgå, därav gjordes ett bekvämlighetsurval. Variationer i erfarenhet uppmuntrades, vilket är en styrka i kvalitativa studier eftersom en fyllighet i svaren efterfrågas under ett begränsat antal intervjuer (Henricson & Billhult, 2012). Variation uppnåddes genom olika erfarenheter inom yrket vilket vi anser är en styrka, men gruppen informanter blev ändå relativt homogen, då avdelningen mestadels består utav kvinnlig personal. Ett resonemang har förts att en större variation av kön och ålder skulle kunnat ha gett mer variation i berättelserna och eventuellt påverkat resultatet (Henricson & Billhult, 2017). Dock anser vi att det representativa urvalet svarar till studiens syfte.

Låg svarsratens gjorde att vårdenhetschefen fick informera sjuksköterskorna på avdelning, då vi inte tillfrågade dem personligen, kan detta ha påverkat informanternas val att delta, vilket kan ses som en svaghet. Planeringen skedde för ett antal fler informanter än det rekommenderade, för att ha en god marginal vid eventuellt bortfall alternativt för tunt innehåll i intervjuerna. Enligt Danielson (2012) finns det inga bestämda regler hur stort urvalet bör vara, men för få personer kan ge begränsad information, och det är av vikt att räkna med oförutsedda händelser.

För att framhäva sjuksköterskornas upplevelser av personcentrerad rond var intervjuer en bra metod. Semistrukturerad metod föll sig bra, då sjuksköterskorna kunde tala fritt om sina erfarenheter. Detta gav en djupare och mer varierad bild, vilket får anses stärka studien. Danielsson (2012) skriver att interaktionen kan påverkas om frågorna som ställs är allt för detaljerade och om intervjuaren är alltför styrd av frågorna. Därför var det motiverat att använda en intervjuguide, för att få syftet besvarat samtidigt som att informanterna kunde tala fritt om sina erfarenheter (Polit & Beck, 2017).

Fokusgrupper hade kunnat varit en alternativ metod, vilket lämpar sig när människors erfarenheter eller värderingar studeras, det sker en interaktion och möjlighet till spontant samtal (Wibeck, 2017). Vi motiverar dock att en intervjustudie var lämpligare gentemot vårt syfte, för att få fram varje sjuksköterskas upplevelser. En eventuell risk med en fokusgrupp hade varit att alla inte vågat framföra sina åsikter inför gruppen och därmed inte kommit till tals, vilket kan ha påverkat resultatet (Polit & Beck, 2017). Det hade inte heller passat verksamheten att ha en fokusgrupp då det hade varit problematiskt att flera sjuksköterskor lämnade sitt arbetspass samtidigt, därför föll valet naturligt på individuella intervjuer.

Danielsson (2012) förklarar att det krävs kunskap om området som studeras för att kunna formulera frågor. Därför deltog vi på personcentrerade ronder, för att få en förförståelse inför ämnet och lättare formulera intervjufrågor. En styrka är att förförståelsen gav oss en insikt i studiens ämne och kontext. Förförståelse skapar också förutfattade meningar, vilket kan användas för att få en djupare förståelse (Lundman & Graneheim, 2017). Eftersom vi saknar kunskap om att hålla intervjuer, finns en medvetenhet hos oss att intervjuerna hade kunnat förbättras genom att ha mindre fokus på intervjuguiden, vilket kan anses vara en svaghet i studien. Detta hade också kunnat ge oss längre intervjuer, särskilt hos de informanter som var mer fåordiga. Lundman och Graneheim (2017) menar att för en hög trovärdighet i kvalitativ innehållsanalys bör det finnas tillräckligt med material för att täcka samtliga variationer data relaterat till syftet. Vidare påpekas att det inte är kvantiteten, utan kvaliteten i data som är av betydelse. Utifrån detta resonemang kan det anses att datainsamlingens innehåll är av tillräckligt god kvalitet för att tillgodose ett tillförlitligt resultat utifrån syftet, vilket kan anses vara en styrka i studien.

Det kan eventuellt ha påverkat informanternas känsla av trygghet och känsla av att vara utsatta, då vi valde att närvara båda två vid samtliga intervjuer, vilket kan anses vara en svaghet i studien. Tillvägagångssättet valdes för att kunna komplettera varandra och ha ett gemensamt ansvar över datainsamlingen. För en ökad struktur och att informanten skulle känna sig bekväm valde vi att turas om med att ha ett bärande ansvar under intervjuerna, den andra kompletterade och ansvarade för tekniken, vilket får anses stärka studien.

Intervjuerna hölls i en lugn miljö, detta gjorde att informanterna kunde tala ostört, vilket gav bra förutsättningar för innehållsrika intervjuer (Danielsson, 2017). Vi valde att utföra intervjuerna under informanternas arbetstid, för att underlätta deltagande. Vårdenhetschefen på avdelningen hjälpte till att samordna intervjuerna, vi anpassade oss därför efter deras schema och verksamheten. Att intervjuerna hölls på arbetstid kan ha haft en stressrelaterad inverkan, då informanterna var tvungna att lämna sina arbetsuppgifter under intervjun. Ytterligare en aspekt är att anonymiteten påverkades, eftersom deltagarna gick ifrån under ett pågående arbetspass. Resultatets trovärdighet kan ha påverkats av dessa faktorer. För att få en rättvis bild av ämnet och för att öka trovärdigheten var vi noga med att informera skriftligt och muntligt om intervjuernas avidentifiering och sekretess. I studien har etiska principer i linje med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018) använts för att försäkra oss om att respektera deltagarna. För att tryggheten, rättigheterna och säkerheten skulle garanteras gav deltagarna ett informerat samtycke, som bygger på principen att ge skydd för deltagarnas frihet och självbestämmande (Kjellström, 2017).

Eftersom studien har en kvalitativ metod lämpade Graneheim och Lundman (2004) kvalitativa innehållsanalys, då den är tydlig och konkret. En alternativ analysmetod hade kunnat ge ett annat resultat, exempelvis Grundad teori, denna metod är dock mer tidskrävande och det kräver en viss erfarenhet av forskaren (Sandgren, 2012), därför var det mer lämpligt att använda Innehålls analys så som beskriven av Graneheim och Lundman (2004).

Materialet analyserades huvudsakligen med induktiv metod, vilket menas på att letandet i texten sker förutsättningslöst (Fridlund, 2012). Under analysarbetet hölls ett induktivt förhållningssätt vid identifieringen av meningsenheter, kondensering och kodning, vilket bidrog till att minska vår förförståelse. Särskilt då det framkom att det fanns flera budskap i informanternas formuleringar. Båda deltog lika mycket i dataanalysen, vilket kan stärka studiens trovärdighet (Henricson, 2012). Vidare uppger Henricson (2012) att trovärdigheten kan öka genom att diskutera meningsenheter, koder och kategorier under analysen.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska kategorierna vara ömsesidigt uteslutande, och varje meningsbärande enhet ska enbart passa in under en kategori. Vi är medvetna om att detta inte varit möjligt hela tiden, eftersom många ämnen går ihop med varandra. Graneheim och Lundman (2004) nämner dock att detta inte alltid är möjligt, när det kommer till en text som hanterar erfarenheter av något, eftersom svaren kan nudda vid flera kategorier. En av de största utmaningarna med analysen var att kategorisera de kodade begreppen. Vi försökte att vara så öppna som möjligt vid kategoriseringen och förde en diskussion sinsemellan angående kodernas likheter och olikheter. Vidare diskuterades kodernas innebörd och hur de kunde sammanföras för att få uteslutande kategorier, vilket kan anses öka styrkan i studien.

Resultatdiskussion

De viktigaste fynden utifrån intervjuerna var ett upplevt ökat välbefinnande hos patienten, eftersom delaktigheten och integriteten ökar med en personcentrerad rond, vilket i sin tur resulterade i en ökad arbetsglädje hos sjuksköterskorna. Rondens påverkan hos sjuksköterskorna och deras arbetsdag var också viktiga upptäckter. Det var påtagligt att personcentrerad rond och teamarbete kan förbättra kommunikationen och samarbetet. Men det

fanns vissa hinder, som att läkarna inte var tillräckligt insatta, vilket ökade stressen och kraven hos sjuksköterskorna. Samtidigt uppskattade många att arbeta nära läkaren, då kommunikationen blev tydligare. Trots att många av informanterna upplevde en ökad stress, framkom det även att rondens upplevdes som tidseffektiv. Då patienterna blev mer välinformerade och insatta i sin vårdplan, upplevde sjuksköterskorna att de fick färre frågor av patienterna efter rondens avslut, vilket sparade tid. Sjuksköterskorna upplevde också en ökad jämlikhet mellan vårdpersonalen och patienterna, vilket uppskattades.

En traditionell rond, där läkaren leder vårdpersonal runt på avdelningen till patientens säng är fortfarande vanligt förekommande på många avdelningar i Sverige. Detta är inte försvarbart varken ur ett etiskt eller ett juridiskt perspektiv enligt Ågård, Engström, Sandén & Erling, (2017). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) råder tystnadsplikt hos vårdpersonalen. Innebörden är att skydda patientens integritet och att obehöriga ej ska komma åt patientuppgifter.

Personcentrerad rond har exempelvis införts på medicinavdelningar på Kungälvssjukhus och Högländssjukhuset i Eksjö med avsikt att öka patienternas delaktighet och integritet. Upplevelser hos vårdpersonalen är att respekten för patientens integritet och förutsättningar för samtal har ökat. Andra förbättringar som uppmärksammas är en effektivare vårdplanering och kommunikation mellan vårdprofessionerna, samt en ökad arbetsglädje genom att arbeta i team (Ågård et al., 2017). Bååthe, Ahlberg, Lindgren och Norbäck (2016a) lyfter upplevelser av personcentrerad rond utifrån patientens perspektiv, där det framkommer att personcentrerad rond är mycket uppskattad. Flertalet av våra informanter har uppgett att rondens avslut ger ett upplevt välbefinnande hos patienten och den är uppskattad på flera plan, då integriteten upplevs öka och tempot blir lugnare med mer tid för samtal. De upplever också att patienterna lättare kommer till tals när rondens avslut är personcentrerad, och har lättare att ställa frågor samt uttrycka sig öppet. O'Leary et al. (2015) forskning visar på liknande resultat, i deras studie om personcentrerad bedside-rond, framkommer det att majoriteten av sjuksköterskorna upplever att rondens avslut ökar kommunikationen med patienterna.

I vår studie framkom det delade meningar om personcentrerad rond är tidseffektiv eller om den tar längre tid, jämfört med traditionell rond. Bååthe et al. (2016a) belyser att en del sjuksköterskor anser att personcentrerad rond tar längre tid jämfört med traditionell rond, eftersom sjuksköterskorna är borta från avdelningen under en längre stund. Resultat i aktuell studie påvisar bland annat att sjuksköterskorna upplever sig "bli fast" i rondens avslut, samtidigt som att det sedan är mycket arbete kvar att göra när rondens avslut är avslutad. Samtidigt menar många att det är positivt att all information ges på samma gång och uttrycker att personcentrerad rond därför är tidseffektiv i ett helhetsperspektiv. Vidare menar våra informanter på att sjuksköterskans arbetsbelastning minskar när patienterna är välinformerade. Därför kan personcentrerad rond ses som tidssparande, eftersom den är strukturerad och teambaserad. Att arbeta i team effektiviserar kommunikationen och gör det lätt att snabbt få svar på eventuella frågor av läkaren. Detta styrks av Bååthe, Ahlberg, Edgren, Lagström och Nilsson (2016b) som förklarar vidare att personcentrerad rond är mer strukturerad och ökar vårdkvaliteten. Enligt Beaird, Baernholdt och White (2019) finns det ett behov av att en bestämd lokal finns för möten, för att slippa ta upp viktiga saker med läkaren i korridoren och för att lättare involvera patienten. Bååthe et al. (2016a) uppger att sjuksköterskor upplever att den vanliga rondens avslut fungerar dåligt, dels för att rondens avslut kan ske vid olika tidpunkter och att informationen inte är samlad.

Flera informanter påpekade att det finns organisatoriska problem som sätter hinder för att personcentrerad rond ska fungera. Ett problem är att genomströmningen av läkare är stor och att det är vanligt att sjuksköterskan får ta rollen att lära upp nya läkare hur rondsystemet fungerar. Konsekvensen är att sjuksköterskorna känner en ökad stress. Weller, Barrow och Gasquoiné (2011) resonerar kring organisatoriska barriärer som kan uppkomma genom att arbeta i team med flera olika professioner. De menar att sjuksköterskorna ofta har sin bas på avdelningen medan läkarna roterar på flera avdelningar, detta kan skapa hinder i kommunikationen och därmed samarbetet. Espinoza, Peduzzi, Agreli och Sutherland (2018) förklarar att kontinuitet och en god kommunikation i relationen, avgör upplevelsen av tillfredsställelse. Att ha gemensamma mål med att arbeta personcentrerat, är avgörande faktorer för att ha tillfredsställda arbetslag. Det stimulerar också gruppens deltagande och arbetsmotivation, samt uppmärksammar individens bidrag till patienten. Burke, Fiore och Salas (2003) framhäver att för att ett delat ledarskap ska fungera, måste det finnas en viss kunskap och inställning som delas av hela gruppen gemensamt.

Det finns ett positivt samband mellan personcentrerad vård och teamwork (McCormack et al., 2010). Detta bekräftas av Ågård et al. (2017) som uppger att vårdpersonal upplever fördelar med samarbete mellan professionerna, samt att den hierarkiska vårdrelationen till patienten minskar. Enligt World Health Organisation (WHO, 2010) ses interprofessionellt samarbete som en hörnsten för säker och effektiv vård. Dessutom är det bevisat att ett bra samarbete ger positiva utfall för patienten och hela organisationen (Price, Doucet & Hall, 2014). Kramer och Schmalenberg (2003) resonerar kring det kollegiala samarbetet, de menar att nyckeln till ett bra samarbete mellan läkare och sjuksköterska är en ömsesidig respekt för varandras yrkeskunskaper. Reeves, Rice, Gotlib, Miller, Kenaszchuki och Zwarenstein (2009) poängterar att eftersom den enda schemalagda tiden för interprofessionell kommunikation sker under rondan, är det en god möjlighet till utbyte av erfarenhet. Vidare förklarar författarna att rondan ändå upplevs ske genom envägskommunikation från läkare till sjuksköterska, där sjuksköterskan endast pratar lite eller ingenting alls. Detta bekräftas av Milne, Greenfield och Braithwaite (2015) som belyser att rondan mestadels består utav det medicinska förfarandet. I vårt resultat framhävs det att sjuksköterskan tar en liten plats, även under personcentrerad rond, informanterna menar på att läkaren styr samtalet och att det medicinska är i fokus. Reeves et al. (2009) klarlägger att sjuksköterskorna upplever rondan som alltför ytlig och stressfull, de menar att det inte finns tid till att inflika i rondan, trots att behovet finns.

Några av informanterna påpekade att en del av läkarna hade svårt att acceptera det personcentrerade sättet att runda och att gamla hierarkiska strukturer fortfarande ligger kvar, vilket sätter hinder för ett bra samarbete. Lewin och Reeves (2011) förklarar att den vanliga rondan kan liknas vid en pjäs, där hierarkier upprätthålls med hjälp av strukturer som ger legitimitet till en medicinsk dominans. Bååthe et al. (2016b) utvecklar resonemanget och förklarar att samtliga läkare i deras studie upplevde en minskad autonomi och att ensamrätten på beslutsfattandet utmanades, efter att personcentrerad rond införts. Sultan, Sultan och Crispim (2018) menar att läkare som framstår mer formella är mindre benägna att kommunicera, jämfört med läkare som har en mer vänskaplig framtoning. Den formella stilen är dessutom negativt kopplad till personcentrerad vård. En studie där sjuksköterskors röst under akuta situationer undersöktes, gav resultatet att sjuksköterskan lättare kom till tals i de situationer där det fanns en låg hierarkisk miljö och där ledarskapet var decentraliserat

(Krenz, Burtscher, Grande & Kolbe, 2020). Trots att många läkare känner till begreppet personcentrerad vård, är det många som inte kan definiera eller värdera det, mer än att det är ett holistiskt synsätt. Vissa läkare uppfattar begreppet personcentrerad vård som något kopplat till sjuksköterskans profession. Vårdpersonal generellt har en bild av att läkare saknar den personcentrerade framtoningen (Gachoud, Albert, Kuper, Stroud & Reeves, 2012). Att personcentrerad vård är en del av sjuksköterskans kompetensbeskrivning har tidigare nämnts. Detta för att det gynnar såväl patient som sjuksköterska. I vårt resultat framkom det att när patienterna känner sig sedda och bekräftade skapas en trygghet, vilket leder till ett etiskt välbefinnande hos sjuksköterskan. Personcentrerad vård kan motiveras då vårdkvaliteten förbättras och antalet vård dagar minskar (Olsson, Karlsson & Ekman, 2006). Dessutom finns ett samband mellan en positiv arbetsmiljö och att ge individualiserad vård (Papastavrou et al, 2015).

I studien framkom det att begreppet personcentrerad vård kunde innefatta flera innebörder, men summeringen blev att patienten gjordes mer delaktig i sin vård genom en ömsesidig relation. Begreppet personcentrerad vård tycks även inneha olika dimensioner. Enligt Gachoud et al. (2012) som intervjuade både läkare, sjuksköterskor och socialarbetare, hade varje person som deltog i studien en egen definition på vad personcentrerad vård innebär. De begrepp som återkom inom samtliga professioner var ett holistiskt synsätt och en god kommunikation med patienten. Utöver dessa var autonomi, delat beslutsfattande, involverade av familjen och patientrapport återkommande begrepp.

Informanterna i aktuell studie upplevde att personcentrerad rond ökar patientens välbefinnande, eftersom patientens integritet respekteras och att rondens sker som ett möte där alla sitter i jämnhöjd. Enligt Oxelmark, Ulin, Chaboyer, Bucknall och Ringdal (2017) vill patienterna vara med och ta beslut. Att få kunskap och förståelse för sin sjukdom förstärker ytterligare känslan av deltagande. Patienterna uppskattar inte att ha en passiv roll i vården, eftersom information om hälsostatus är viktigt för patienten.

Oxelmark et al. (2017) förklarar att en stark önskan finns att läkarna självmant ska informera patienten om relevant information. Genom att erhålla information kan patienten också ta ett eget ansvar. Vidare belyser författarna att brist på kunskap och förståelse om sitt tillstånd, hindrar delaktighet samtidigt som maktbalansen påverkas, då patienterna upplever att det talas över deras huvud. Sweet och Wilson (2011) skriver att rondens är av en förlegad struktur, där patienten inte inkluderas i sin egen hälsa och saknar funktion i dagens samhälle. I studien av Oxelmark et al. (2017) beskriver några patienter att de känner sig utanför och ovälkomna, vilket upplevs hindrande och skapar en känsla av underlägsenhet (Oxelmark et al., 2017). Annan forskning visar att patienter upplever det positivt med läkare och andra professionella som är positiva, målmedvetna, och samtidigt ger ett känslomässigt stöd. Detta skapar en genuin känsla av att vårdpersonalen bryr sig om patienten, vilket hjälper dem att känna hopp (Cott, 2004). I vårt material uppmärksammades vikten av patientens självbestämmande och att relationen mellan vårdpersonal och patient blir mer jämlik av personcentrerad rond, gentemot traditionell rond. Smith, Dixon, Trevena, Nutbeam och McCaffery (2009) påpekar att relationen bör vara jämlik mellan patient och vårdpersonal, samt att patienten ses som en självständig person med intelligens och egna åsikter.

Patienter vill vara delaktiga, känna sig respekterade och få sina känslomässiga behov tillgodosedda (Cott, 2004; Oxelmark et al., 2017). Att ha möjlighet att kommunicera med

sjuksköterskan skapar en känsla av delaktighet och partnerskap (Oxelmark et al., 2017). Våra informanter upplevde att patienternas delaktighet ökade efter implementeringen av personcentrerad rond, eftersom informationen ökade och patienterna gavs ett större utrymme att ställa frågor och dela sin upplevelse av situationen. Eldh, Ekman och Ehnfors (2010) presenterar patienters upplevelser av delaktighet, många av patienterna menar att delaktighet handlar om att bli informerad. Patienterna vill ha information om åtgärder för att må bättre och kunna utföra egenvård, samt vara delaktiga i vårdplanering och ha möjligheter att sätta upp egna mål. Denna forskning går i linje med våra fynd om delaktighet, då flera informanter belyste vikten av att som patient få adekvat information för att kunna vara delaktig. Vidare förklaras att personcentrerad rond kan vara en behjälplig struktur för att öka informationen och delaktigheten hos patienterna. Även Smith et al. (2009) forskning styrker att delaktigheten förbättras då patienterna är välinformerade.

Utbildningsnivån kan påverka graden av deltagande i vården, forskning visar att högt utbildade patienter deltar i större utsträckning än patienter med lägre utbildning. Patienter med högre utbildning söker även kunskap från andra källor i högre grad medan lågutbildade patienter förhåller sig till läkarens ståndpunkt i större utsträckning (Smith et al., 2009). Detta stämmer överens med vårt resultat, där det framkom liknande fynd, att patienter som var mer pålästa upplevdes vara mer delaktiga.

I aktuell studie framkom det att delaktigheten ökade genom användning av speciella rondrum, eftersom detta enligt sjuksköterskorna bevarade patienternas integritet och patienterna vågade prata om saker som kan vara jobbiga att prata om i flerbäddsalar. Lewin och Reeves (2011) beskriver att det är svårt att vara privat på en avdelning, vilket skapar utmaningar för vårdpersonalen. Detta skapar hinder i kommunikationen både sinsemellan vårdpersonalen, men också med patienten. Van de Glind, Van Dulmen och Goossensen (2008) uppger att patienter i singelrum får mer tid och ställer fler frågor under rondan, än patienter i fyrbäddsrum. Empati gentemot patienterna är också bättre i enkelrum än i fyrbäddssalar. Vidare uppger Smith et al. (2009) att en god relation mellan patient och vårdpersonal samt kontinuitet är viktigt, för att patienten ska känna sig trygg med vårdpersonalen, vilket förenklar deltagandet.

Kliniska implikationer

I vår studie presenteras fördelar med att använda sig av personcentrerad rond, det framkommer även nackdelar som påverkar funktionen av rondan samt idéer hur rondan kan utvecklas vidare och förbättras.

Utifrån vårt resultat gällande sjuksköterskors upplevelse är det tydligt att personcentrerad rond gynnar patientens välbefinnande och att det är rätt riktning att gå för att utveckla personcentrerad vård. Vi har också identifierat fördelar i sjuksköterskans arbete, med att arbeta i team då kommunikationen och samarbetet förbättras. Personcentrerad rond upplevs leda till en ökad delaktighet och integritet, vilket borde gynna patienter på samtliga avdelningar. Enligt oss borde implementeringen av personcentrerad rond på andra avdelningar vara av intresse, då den vanliga rondan känns förlegad och långt ifrån personcentrerad.

Fortsatt forskning kan förbättra och utveckla den personcentrerade rondan. Exempel på framtida forskning kan vara större kvalitativa studier, både ifrån ett patientperspektiv och utifrån andra vårdkontexter. Vidare kan kvantitativa undersökningar bidra med forskning om personcentrerad rond leder till exempelvis en ökad delaktighet, trygghet, integritet och jämlikhet.

För att personcentrerad rond ska fungera optimalt krävs utveckling, då flera av våra informanter upplever att de bär ett ensamt ansvar för att rondan ska fungera personcentrerat. De menar att informationen för nya läkare behöver förbättras, så att samtliga som arbetar på avdelningen är införstådda i hur rondan fungerar. Det behöver bli lika självklart för läkarna hur avdelningen rondar som det är för sjuksköterskorna. Detta skulle förenkla sjuksköterskornas arbete och minska stressen.

Vi hoppas att denna forskning kommer till användning för utveckling av rondan på avdelningen, men också att den kan vara inspirerande för andra avdelningar. Vi önskar att forskningsresultatet kommer till användning på bästa sätt, då personcentrerad rond kan främja både patienter och sjuksköterskor.

Slutsats

Sjuksköterskors upplevelse av personcentrerad rond är att det är positivt för patienten utifrån flera olika variabler. De upplever att patienterna blir mer delaktiga samt att integriteten och sekretessen respekteras. Då rondan sker på ett avskilt rum som ett möte, ökar jämlikheten mellan patient och vårdpersonal. Teamarbete är en del av personcentrerad rond och många upplever att samarbetet och kommunikationen förbättras. Då läkare och sjuksköterska arbetar nära varandra ges det större förutsättningar för frågor och kunskapsutbyte. Om läkaren får ta del av kunskap rörande omvårdnad, kan det ge en ökad förståelse och respekt för sjuksköterskans arbete. Detta kan också öka förutsättningarna för att prata mer om omvårdnad, vilket kan höja omvårdnadsdisciplinens och sjuksköterskornas status.

Personcentrerad rond kan förbättra möjligheterna att prata mer om omvårdnad under rondan, eftersom integriteten upplevs vara bättre. Det kan vara lättare att prata om omvårdnadsbehov under rondan, exempelvis stomiskötsel, då detta kan vara jobbigt för patienten att prata om i flerbäddssalar. Vilket kan resultera i att patienten lättare tar till sig informationen. Om större vikt läggs på omvårdnad under rondan, kan en ökad förståelse fås över hur viktigt omvårdnaden är. En stomi kräver en god omvårdnad för att undvika infektioner, adekvat information om omvårdnad kan därför förhindra komplikationer. Med detta sagt, menar vi att omvårdnad och medicin är ömsesidigt beroende av varandra för att åstadkomma en fullgod vårdkvalité.

Forskning av personcentrerad rond är närmast obefintlig idag, den forskning som finns är ur ett medicinskt perspektiv. Därför kan denna studie öka kunskapen av personcentrerad rond utifrån sjuksköterskans perspektiv. Vi hoppas också att studien kan öppna upp för mer diskussion och forskning inom området personcentrerad rond och framförallt med forskning av patienternas upplevelser.

Referenser

- Beaird, G., Baernholdt, M., & White, R. K. (2019). Perceptions of interdisciplinary rounding practices. *Journal of clinical nursing*, 29(7-8), 1141-1150. doi:10.1111/jocn.15161
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 139–149). Lund: Studentlitteratur.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 115–126). Lund: Studentlitteratur.
- Burke, C. S., Fiore, S. M., & Salas, E. (2003). The role of shared cognition in enabling shared leadership and team adaptability. In C.L. Pearce & J.A. Conger (Eds.) *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership*, (pp. 103-122). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bååthe, F., Ahlborg, G., Lagström, A., Edgren, L., & Nilsson, K. (2014). Physician experiences of patient-centered and team-based ward rounding – an interview based case-study. *Journal Of Hospital Administration*, 3(6), 127-142. doi:10.5430/jha.v3n6p127
- Bååthe, F., Ahlborg, G., Lindgren, Å., & Norbäck, L. E. (2016a). Patientcentrerat och teambaserat sätt att ronda inom sjukvården: Att utmana en tvåhundraårig medicinsk praktik (ISM-rapport 18). Göteborg: Institutet för stressmedicin, Göteborgs Universitet. Hämtad 2020-03-31 från 51a566c3-abf2-4c3e-9c0b-ec878460d4d5/2016_18_Patientcentrerad%20rond.pdf?a=false&guest=true
- Bååthe, F., Ahlborg, G., Edgren, L., Lagström, A., & Nilsson, K. (2016b). Uncovering paradoxes from physicians' experiences of patient-centered ward-round. *Leadership In Health Services*, 29(2), 168-184. doi:10.1108/LHS-08-2015-0025
- Chaboyer, W., McMurray, A., Marshall, A., Gillespie, B., Roberts, S., Hutchinson, M. A., ... Bucknall, T. (2016). Patient engagement in clinical communication: an exploratory study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 30(3), 565-573. doi:10.1111/scs.12279
- Cott, C. (2004). Client-centred rehabilitation: Client perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 26(24), 1411–1422. doi:10.1080/09638280400000237
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.163–173). Lund: Studentlitteratur.

- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.329–342). Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s.143–153). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dudas, K., Kaczynski, J., & Olsson, L. E. (2014). Implementering av personcentrerad vård i slutenvården. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s. 172–199). Stockholm: Liber AB
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., ... Sunnerhagen, KS. (2011). Person-centered care - ready for prime time. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Eldh, AC. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2: a uppl., s. 485–504). Lund: Studentlitteratur AB.
- Eldh, A., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2010). A Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(1), 21-32. doi:10.1111/j.1744-618X.2009.01141.x
- Espinoza, P., Peduzzi, M., Agreli, F. H., Sutherland, A. M. (2018). Interprofessional team member's satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospital. *Human resources for health*, 16(30), doi:10.1186/s12960-018-0290-z.
- Forsberg, A., Ivarsson, K., & Lindsten, M. (2016). Akuta buksmärtor. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad och kirurgi* (s. 42–56). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fridlund, B. (2012). Kritisk incident teknik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.177–189). Lund: Studentlitteratur.
- Gachoud, D., Albert, M., Kuper, A., Stroud, L., & Reeves, S. (2012). Meanings and perceptions of patient-centeredness in social work, nursing and medicine: A comparative study. *Journal of interprofessional care*, 26(6), 484–490. doi:10.3109/13561820.2012.717553
- GPCC- Centrum för personcentrerad vård. (2017). Partnerskapet: två experter möts. Hämtad 2020-03-04 från <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-vard/partnerskapet>
- GPCC-Centrum för personcentrerad vård. (2017). Personcentrerad vård. Hämtad 2020-03-06 från <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-vard>

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi:10. 1016/j.nedt.2003.10.001
- Krenz, H., Burtcher, J.M., Grande, B., & Kolbe, M. (2020). *Nurses' voice: the role of hierarchy and leadership. Leadership in Health Services*, 33(1), 12-26. doi:10.1108/LHS-07-2019-0048
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471–478). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129–137). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 111–117). Lund: Studentlitteratur AB.
- Håkansson, C. (2014). Kroppslighet och kroppslig omvårdnad. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2: a uppl., s. 213–234). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30
- Kramer, M., Schmalenberg, C. (2003). Securing “good” nurse physician relationship. *Nursing management*, 34(7), 34–38. doi:10.1097/00006247-200307000-00013
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69–92). Lund: Studentlitteratur.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Hämtad från riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Langewitz, W., Conen, D., Nubling, M., & Weber, H. (2002). Communication matters-deficits in hospital care from the patients perspective. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52(8), 348-354. doi:10.1055/s-2002-33079

- Lewin, S., & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': Using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social science and medicine*, 72(10), 1595-1602. doi:10.1016/j.socscimed.2011.03.037
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. H. Nielsen, & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:e uppl., s. 219–233). Lund: Studentlitteratur AB.
- McCance, T., & McCormack, B. (2019). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2: a uppl., s.76–88). Stockholm: Liber AB.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., ... Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x
- Milne, J., Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2015). An ethnographic investigation of junior doctors' capacities to practice interprofessionally in three teaching hospitals. *Journal of interprofessional care*, 29(4), 347-353. doi:10.3109/13561820.2015.1004039
- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662-673. doi: 10.1111/scs.12376
- O'leary, K., Killarney, A., Hansen, L., Jones, S., Malladi, M., Marks, K., & Shah, M. H. (2015). Effect of patient-centred bedside rounds on hospitalised patients' decision control, activation and satisfaction with care. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 921-928. doi:10.1136/bmjqs-2015-004561
- Olsson, L., Karlsson, J., & Ekman, I. (2006). The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: A prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 1(1), 1-3. doi:10.1186/1749-799X-1-3
- Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., & Ringdal, M. (2017). Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. *BMC nursing*, 16(69) doi:10.1186/s12912-017-0266-7
- Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., & Ringdal, M. (2018). Registered nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Journal of caring sciences*, 32(2), 612-621. doi:10.1111/scs.12486

- Papastavrou, E., Acaroglu, R., Sendir, M., Berg, A., Efstathiou, G., Idvall, E.
 ... Suhonen, R. (2015). The relationship between individualized care and the practice environment: An international study. *International journal of nursing studies*, 52(1), 121-133. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.05.008
- Patientlag (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- 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., & Beck, C. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Price, S., Doucet, S., Hall, L. M. (2014). The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*, 28(2), 103-109. doi:10.3109/13561820.2013.867839
- Pritchard, J. M. (2017). Is it time to re-examine the doctor-nurse relationship since the introduction of the independent nurse prescriber? *Australian journal of advanced nursing*, 35(2), 31-37. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol35/Issue2/4Pritchard.pdf>
- Reeves, S., Rice, K., Conn Gotlib, L., Miller, K-L., Kenaszchuki, C., Zwarenstein. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of interprofessional care*, 23(6), 633-645. doi:10.3109/13561820902886295
- Rond (2020). I Nationalencyklopedin. Hämtad 2020-02-28 från <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/rond>
- Sandgren, A. (2012). Grounded theory. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 407–425). Lund: Studentlitteratur.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet. (SBU-rapport 260). Hämtad från https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf
- Sharma, U., & Klocke, D. (2014). Attitudes of nursing staff toward interprofessional in patient-centered rounding. *Journal Of Interprofessional Care*, 28(5), 475-477. doi:10.3109/13561820.2014.907558

- Smith, S., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D., & Mccaffery, K. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine Volym*, *69*(12), 1805–1812. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.056
- Socialstyrelsen. (2019). Jämlik hälsa, vård och omsorg. Hämtad 2020-03-06 från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/>
- Sultan, WIM., Sultan, MIM., & Crispim, J. (2018). Palestinian doctors' views on patient-centered care in hospitals. *BMC Health services Research*, *18*(766), doi:10.1186/s12913-018-3573-0.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2020-03-02 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Sweet, G. & Wilson, H. (2011). A patient's experience of ward rounds. *Patient Education and Counseling*, *84*(2), 150-151. doi:10.1016/j.pec.2010.08.016
- Swenne, CL, Skytt B. (2014). The ward round-patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *28*(2), 297-304. doi:10.1111/scs.12059
- Tang, C., Chan, S., Zhou, W., & Liaw, S. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, *60*(3), 291-302. doi:10.1111/inr.12034
- Tang, C., Zhou, W., Chan, S., & Liaw, S. (2018). Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study. *Journal of Nursing Management*, *26*(1), 11-18. doi:10.1111/jonm.12503
- Van de Glind, I., Van Dulmen, S., & Goossensen, A. (2008). Physician–patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Education and Counseling*, *73*(2), 215-219. doi:10.1016/j.pec.2008.07.004
- Walton, V., Hogden, A., Long, C. J., Johnson, K. J., & Greenfield, D. (2019). Patients, health professionals, and the health system: Influencers on patients' participation in ward rounds. *Patient Preference and Adherence*, *13*, 1415-1429. doi:10.2147/PPA.S211073
- Weber, H., Stöckli, M., Nubling, M., & Langewitz, WA. (2007). Communication during ward rounds in Internal Medicine- An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling*, *67*(3), 343-348. doi:10.1016/j.pec.2007.04.011

- Weller, J. M., Barrow, M., & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Medical Education*, 45(5), 478-487. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x
- Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2: a uppl., s. 169–188). Lund: Studentlitteratur AB.
- Wijk, H. (2010). Personcentrerad miljö. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 75–87). Lund: Studentlitteratur.
- World Medical Association. (2018). Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2020-03-27 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- World Health Organisation. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Hämtad 2020-03-27 från https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?sequence=1
- Ylikangas, C. (2017) Miljö- ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp- i teori och praktik* (s. 269–280). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ågård, A., Engström, I., Sandén, U., & Erling, V. (2017). Framtidens rond: Ett personcentrerat och teambaserat möte med patienten: Den traditionella ronden går inte att försvara etiskt eller juridiskt. *Läkartidningen*, 114(42), 1–5. Hämtad 2020-04-06 från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2017/10/framtidens-rond-ett-personcentrerat-och-teambaserat-mote-med-patienten/>

Bilaga 1. Förfrågan till vårdenhetschef

Sahlgrenska Akademin

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Vi är två studenter i termin 5, på sjuksköterskeprogrammet som valt att göra en VFE hos er som vår kandidatuppsats.

Syftet med vår kandidatuppsats är att undersöka hur sjuksköterskor upplever personcentrerad rond. Vi önskar intervjua sjuksköterskor på XXXX och använda oss av en kvalitativ innehållsanalys vid bearbetning av insamlad data. Med ditt godkännande kommer vi med hjälp av Anette Wedin ta kontakt med sjuksköterskor som arbetar dag på avdelningen. När vi har fått kontakt med sjuksköterskor som är intresserade av att intervjuas kommer vi avtala en lämplig dag och tid för intervjun.

Vi kommer informera alla intresserade deltagare både muntligt och skriftligt om studiens syfte, intervjuernas genomförande, att deltagande i studien är frivilligt och att man kan när som helst kan avbryta intervjun utan förklaring. Intervjuerna kommer att spelas in med hjälp av diktafon och skrivas ut ordagrant för att sedan analyseras av oss. Alla intervjuer kommer aidentifieras och insamlat material kommer enbart användas för forskningsändamål.

Vår handledare är Universitetsadjunkt Johan Nilsson, om du har några frågor eller funderingar kring någon del av studiens upplägg är du varmt välkommen att ta kontakt med oss.

Med vänliga hälsningar;

Johanna Gunhamn, Student vid Sjuksköterskeprogrammet.

E-post: XXXXXXXXXXXX Tele: XXXXXXXXXXXX

Felicia Kiper Hellman, Student vid Sjuksköterskeprogrammet.

E-post: XXXXXXXXXXXX Tele: XXXXXXXXXXXX

Handledare

Johan Nilsson, MSN, CCRN, PHRN, Universitetsadjunkt inom omvårdnad med inriktning mot Intensivvård

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

E-post: johan.nilsson.4@gu.se Tele: 031-7861860

Godkännande _____

Namnförtydligande _____

Datum _____

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Johanna Gunhamn och Felicia Kiper Hellman genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Bilaga 2. Intervjuguide

Hur skulle du beskriva dina upplevelser av att arbeta med personcentrerad rond?

Berätta mer?

Vad har du för positiva upplevelser?

Vad har du för negativa upplevelser?

Vilka var dina första tankar när man började med personcentrerad rond?

Vilka är de största skillnaderna tycker du mellan personcentrerad rond jämfört med den traditionella rondan?

Vilka är grundpelarna i den personcentrerade rondan enligt dig?

Vad tycker du gör rondan personcentrerad?

Kommer patientberättelsen fram tycker du?

Tycker du att patienten är mer delaktig i sin vård nu jämfört med den traditionella bedside-rondan?

Hur upplever du att samarbetet mellan dig, patient och läkare blir i rondrummet?

Hur påverkar det dig som sjuksköterska att arbeta på det här sättet?

Hur kan rondan förbättras?

Bilaga 3. Forskningspersonsinformation



Sahlgrenska Akademin Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Forskningspersonsinformation

Vi vill undersöka hur sjuksköterskor på XXXX upplever personcentrerad rond, som introducerades för ett par år sedan. Det finns väldigt lite forskning om hur sjuksköterskor upplever personcentrerad rond, därför ligger det i vårt intresse att undersöka frågan. Syftet med denna studie är därför att undersöka sjuksköterskans upplevelse av personcentrerad rond.

Vi kommer samla in information från totalt 6–8 sjuksköterskor på XXXX genom semistrukturerade intervjuer och använda oss av en kvalitativ innehållsanalys vid bearbetning av insamlat material. Vi kommer i samråd med dig bestämma en tid som passar för intervjun (inom arbetstid). Intervjun kommer spelas in med diktafon och därefter transkriberas ordagrant.

Du tillfrågas om deltagande i studien eftersom du arbetar som sjuksköterska och därmed innehar det huvudsakliga omvårdnadsansvaret för patienter som vårdas på din avdelning. Finns det några fördelar med deltagande? Ditt deltagande kan bidra till att öka kunskapen om personcentrerad rond och dess fördelar och nackdelar. Vilket kan användas för att utveckla personcentrerad rond och på så sätt förbättra vårdkvalitén och patientens möjlighet till deltagande av sin vård.

Eftersom vi önskar undersöka dina upplevelser av ett arbetsmoment du ställs inför dagligen, så ser vi inga risker för din del med att delta i denna studie. Inget av det du säger i intervjun kommer heller kunna härledas tillbaka till dig.

Inget obearbetat material kommer nå någon tredje part, endast vi och vår handledare kommer ha tillgång till insamlat material. Allt insamlat material avidentifieras och kodas, vilket gör det omöjligt för tredje part att ta reda på svar som du givit under intervjun. Det är frivilligt att delta, och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan förklaring. Ingen ersättning utgår för att delta i studien.

Om du har några frågor eller funderingar kring någon del av studiens upplägg, eller önskar ta del av studiens framtida resultat är du varmt välkommen att ta kontakt med oss.

Med vänliga hälsningar;
Johanna och Felicia

Kontaktuppgifter

Johanna Gunhamn, Student vid Sjuksköterskeprogrammet.

E-post: XXXXXXXXXXXX Tele: XXXXXXXXXXXX

Felicia Kiper Hellman, Student vid Sjuksköterskeprogrammet.

E-post: XXXXXXXXXXXX Tele: XXXXXXXXXXXX

Handledare

Johan Nilsson, MSN, CCRN, PHRN

Universitetsadjunkt inom omvårdnad med inriktning mot Intensivvård

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

E-post: johan.nilsson.4@gu.se Tele: 031-7861860

Godkännande: _____

Namnförtydligande: _____

Datum : _____

Undertecknad godkänner härmed att Johanna Gunhamn och Felicia Kiper Hellman genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.