

EXAMENSARBETE

**Patienternas upplevelser av
ronden på en kirurgisk
akutvårdsavdelning**

**The Patients' Experiences of the
Round at a Surgical Emergency
Ward**

Examensarbete inom ämnet Omvårdnad
Avancerad nivå 30 Högskolepoäng
Hösttermin 2008

Namn: Åsa Lastra

Handledare: Annsofie Adolfsson
Examinator: Eva Nissen

SAMMANFATTNING

Titel:	Patienternas upplevelser av ronden på en kirurgisk akutvårdsavdelning
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, Avancerad nivå, 30 högskolepoäng
Författare:	Lastra, Åsa
Handledare:	Adolfsson Annsofie
Sidor:	23
Månad och år:	December 2008
Nyckelord:	rond, patient, upplevelse

Ronden på en kirurgisk akutvårdsavdelning är en central del i vårdprocessen för patient och personal. Ronden sker dagligen och mötet mellan patient, läkare, sjuksköterska och undersköterska sker på kort tid och det sker snabba beslut. Syftet var att undersöka patientens upplevelse av ronden på en kirurgisk akut vårdsavdelning. Med utgångspunkt från detta så valdes det en kvalitativ metod med fenomenologisk ansats och intervjuer som datainsamlings metod. Efter analys av totalt 11 patienters upplevelser av ronden kom det fram tre kategorier med tillhörande underkategorier i resultatet. Kategorin tid och rum har underkategorierna mångfaldens, tidens och placeringens betydelse, kategorin interaktion har bemötandets, rummets och erfarenhetens betydelse och kategorin delaktighet har informationens betydelse, självbestämmande och känsla av stöd. Informanternas upplevelser av ronden betonade att det var många deltagare, att mötet var kort och snabbt, deltagarnas placering på rummet och delgivande av information hade en betydelse. Dock ett bra bemötande från personalen, att känna sig delaktig, att känna ett stöd från sjuksköterskan, känsla av förtroende och tidigare negativa upplevelser gav en positiv upplevelse av rondens.

ABSTRACT

Title: The Patients' Experiences of the Round at a Surgical Emergency Ward

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, Advance Level, 30 ECTS

Author: Lastra, Åsa

Supervisor: Adolfsson, Annsophie

Pages: 23

Month and year: December, 2008

Keywords: round, patient, experience

Round on a surgical emergency ward is a central part of the care process for patients and staff. Round take place daily and the meeting between patient, doctors and other staff take place briefly and decisions are taken rapidly. The purpose was to examine the patient's experience of rounds on a surgical emergency ward. A qualitative and the phenomenon illogical approach were chosen with the interviews. After the analysis of the 11 patients' experiences of rounds show three categories and related subcategories which are labelled as time and room such as diversity, time and posting importance. Further more interaction such as importance of treatment, the space and experience and also participation such as the importance of information, self-determination and sense of support. The results show that the participants thought that there were various participants involved in the rounds, the meetings were short and brief, and the participants' presence in the room and the given information affected their experiences. However, a good treatment from the staff, sense of participation, a sense of support, a sense of confidence and previous experience gave participants positive experiences.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definitioner	1
Lag och allmänna råd.....	1
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	2
Tidigare forskning	3
Ronden	3
Integritet	3
Autonomi.....	4
Information.....	4
Problemformulering.....	5
SYFTE	5
METOD	6
Ansats.....	6
Urval	7
Datainsamling.....	7
Etiska aspekter.....	8
Analys	8
RESULTAT	9
Tabell 1.....	9
Tid och rum.....	9
Mångfaldens betydelse.....	9
Tidens betydelse	10
Placeringens betydelse	10
Interaktion	10
Bemötandets betydelse.....	11
Rummets betydelse	11
Erfarenhetens betydelse	11
Delaktighet	12
Informationens betydelse	12
Självbestämmande	12
Känsla av stöd	13
Sammanfattning.....	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion.....	14
Resultat diskussion	16
Klinisk tillämpning av resultatet	22
Förslag till fortsatt forskning.....	22
REFERENSER	
Bilaga 1 Informationsbrev	
Bilaga 2 Intervjuguide	
Bilaga 3 Informationsbrev	
Bilaga 4 Informationsbrev	

INLEDNING

På en kirurgisk akutvårdsavdelning (KAVA) är ronden en central del i vårdprocessen. Ronden med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor sker två gånger dagligen på avdelningen och den sker tillsammans med patienten i direkt anslutning vid dess säng. Under det tillfället får patienten träffa läkaren, då sker samtal, diagnostik och vidare planering. Ronden sker under en kort tid och relativt snabbt, därtill sker det snabba beslut för vidare handläggning och all utskrivning sker i samband med det mötet. Eftersom det är korta och snabba möten mellan doktor och patient så är det viktigt att patienten får möjlighet att vara delaktig och att sjuksköterskan är väl förberedd för att kunna stödja patienten. Ronden är en speciell situation för patienten med hänsyn till dess integritet och självbestämmande, frågan är hur patienten egentligen upplever den situationen.

BAKGRUND

Delarna i bakgrunden presenteras som definitioner, lag och allmänna råd, omvårdnadsteoretiskt perspektiv av Travelbee (2006) och tidigare forskning.

Definitioner

Rond är en benämning på en arbetsform som sedan länge använts på vårdavdelningar på sjukhusen. Det är en rundvandring eller kontrollrunda där läkare tillsammans med sjuksköterskor och andra personalgrupper går runt till samtliga patienter på en vårdavdelning. Syftet med ronden är att läkaren ska hålla sig underrättad om patientens aktuella tillstånd, göra enklare undersökningar, se över blodprovdata samt planera och besluta om fortsatta undersökningar och behandlingsåtgärder. En viktig del av ronden är att ge patienten fullständig information om sjukdomen och dess förlopp och förvissa sig om patientens samtycke till fortsatt behandling (Malmström, Györki & Sjögren, 1996; Lundh, 1994; Nationalencyklopedin, 2008).

Integritet definieras som okränkbarhet och oberoende, dessutom är det människans rätt att bli respekterad och att inte utsättas för personligen kränkande handlingar. Autonomi definieras som självstyrelse, självständighet och oberoende. Information är när meningsfullt innehåll överförs vid kommunikation i olika former, dessutom definieras information som att ge upplysning och underrättelse. (Malmström, Györki & Sjögren, 1996; Nationalencyklopedin, 2008).

Lag och allmänna råd

I den Svenska författningssamlingen (2008) presenteras Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 §, där nämns det följande: ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. Under 2a § nämns det att ”Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Det innebär att den skall särskilt tillgodose patientens behov av trygghet i vården och

behandlingen”. Därtill nämns det att hälso- och sjukvården ska ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen” (a a s. 1). Vidare nämns det att ”vården och behandling skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”. Under 2b § nämns det att ”Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns” (a a s. 2).

I den Svenska författningssamlingen (2008) presenteras Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Där beskrivs de skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonalen har. I andra kapitlet 1 § nämns det att ”En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt”. Under 2 § nämns det att ”Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuell anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns” (a a s. 3).

Socialstyrelsens allmänna råd – Omvårdnad inom hälso- och sjukvård nämner Omvårdnadens syfte och innehåll. De allmänna råden beskriver att ”Det är viktigt att all personal ser människan i ett helhetsperspektiv och inte enbart inriktar sina insatser på sjukdomstillståndet. Detta innebär att patienten och i förekommande fall de närstående ges möjlighet till samverkan med personalen”. ”Omvårdnad planeras och genomförs så att patientens självständighet respekteras och behovet av säkerhet och integritet tillgodoses. Grundläggande för omvårdnaden är ett respektfullt patientbemötande” (a a s. 2, Socialstyrelsens författningssamling, 2008)

Sekretesslagen (1980:100), gäller bara sådan verksamhet som bedrivs av det offentliga. Huvudregeln i sjunde kapitlet § 1 och § 4 nämner att ”sekretess gäller för uppgifter om en enskilds personliga förhållanden om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till honom lider men. För hälso- och sjukvårdens del nämns uppgift om enskilds hälsotillstånd som ett sådant personligt förhållande” (a a s. 1). Att lida men är en vid innebörd men omfattar främst allt som kan kränka den enskildes integritet. Utgångspunkten för bedömningen är den enskildes egen upplevelse. Det bör tas hänsyn till allt som den enskilde upplever som mer påtagligt obehagligt. Det krävs att uppgifterna kan hänföras till en viss bestämd individ. Sekretessen omfattar såväl skriftliga som muntliga uppgifter. De som är skyldiga att iaktta sekretess är alla som deltar eller har deltagit i en myndighets verksamhet, som alla anställda och uppdragstagare (Socialstyrelsen, 2008).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Enligt Travelbee (2006) är omvårdnadsfilosofin inspirerad av existentialismen och humanismen. Hon betraktar den enskilda människan som en unik person och att individen är unik och oersättlig. Hon beskriver att upplevelsen av lidande och förlust spelar en central roll i omvårdnadssammanhang. Lidandet är en allmänmänsklig erfarenhet och den enskildes upplevelse av lidandet är högst personlig. Omvårdnadstänkandet är först och främst inriktat på den enskilda individen dessutom har personens kultur en betydelse för vederbörandes uppfattning om sjukdom och lidande. Travelbee nämner att det är den subjektiva upplevelsen som är central och den definieras individuellt. Omvårdnadens överordnande mål och syfte enligt Travelbee är att hjälpa personen att hantera, bära och

finna mening i de erfarenheter som följer lidande och sjukdom. Hon nämner dessutom begreppet hopp som en viktig del i omvårdnaden. Hoppet är framtidsorienterat och det är knutet till val, önsknings, tillit, uthållighet och mod. Människor är i hög grad beroende av varandra och det blir mer tydligt i situationer där personens egna resurser inte räcker till, då knyts hoppet till en förväntan om att få hjälp av andra. Travelbee nämner att det är den enskilda individen som tar emot omvårdnaden och den ska inte generaliseras. Det är mycket viktigare för sjuksköterskan att känna till patientens upplevelse av sin situation och förstå den mening patienten själv lägger in i den, än att förhålla sig till dess diagnos.

Tidigare forskning

Nedan presenteras studier relaterat till rondan. Studierna baseras på patienters upplevelser av rondan, integritet, autonomi och delgivning av information.

Ronden

I en undersökning som genomfördes på en medicinsk avdelning beträffande patienters upplevelser av rondan visade det sig att patienterna tyckte att rondan var ett bra sätt att få lärdom, få information om vad som planeras och information om pågående och planerad behandling. Patienterna upplevde att det var en fördel med närvarande av alla personalgrupper under rondan som då gjorde det möjligt för dem att få bra åsikter. De patienter som hade frågor och problem att ta upp gjorde det under rondan, de var inte nervösa utan vågade det. Några patienter hade önskat mer information men frågade inte efter det. Patienterna som deltog i studien upplevde även att deras åsikter sällan eller aldrig kom till tals, dessutom önskade patienterna att de kunde vara mer delaktiga i rondan och inte utelämnas i diskussioner. Några patienter tyckte att det var svårt att förstå vad som sades under rondan och patienterna tyckte att de inte hade fått någon vidare förklaring. Patienterna upplevde att det främst berodde på att diskussionen mellan personalen pågick med medicinska termer och en del av personalen stod en bit bort och pratade med varandra. Undersökningen visade dessutom att sjuksköterskorna tyckte att patienterna borde vara mer delaktiga i rondan, vara med i diskussioner och ställa frågor, men att sjuksköterskorna trodde att patienterna inte alltid vågade, för att de upplevde att patienterna sällan ställde frågor. Sjuksköterskorna upplevde även att patienterna ofta missförstod diskussionen och att det oftast berodde på olika omständigheter i patienternas tillstånd, men även att det kunde bero på att personalen gav vag information. Därtill tyckte sjuksköterskorna att de var väl insatta i de patienter de hade ansvaret för, mer än någon annan personal och tyckte att de hade tillräckliga kunskaper för att svara på frågor. Sjuksköterskorna tyckte dock att de var osäkra under rondan och tyckte det var svårt att ifrågasätta doktorerna (Busby & Gilchrist, 1992).

Integritet

Widäng och Fridlund (2003) har gjort en studie för att beskriva mäns förståelse av integritet. I studien kom författarna fram till tre kategorier som självaktning, värdighet och självförtroende. Med självaktning menade männen att ha kontroll över sig själv och över situationen, att våga sätta gränser, att kunna vara själv och tro på sig själv. Med värdighet menade männen att bli sedd som en hel människa, bli respekterad och bli sedd som trovärdig. Med självförtroende förklarade männen som att hålla informationen förtrolig, att tro på personalen, att ha balans mellan egna önskemål och andras, att vara delaktiga och att vara fria. I studien kom författarna även fram till att vårdpersonalen kan bevara

patienternas integritet genom att se patienterna som trovärdiga och att se hela människan och visa dem respekt. Studien visade att förtroendet för vårdssituationen utmärktes genom att lita på vårdpersonalen, att ha balans mellan vårdgivares och vårdtagares önskningsar. Dessutom patienternas delaktighet, möjligheten för patienterna att vara fria och känna tillit till den information som ges gav ett förtroende för vårdssituationen.

Autonomi

I en studie genomförd av Eriksson, Chiappe och Sellström (2003) undersöktes det om vad patienter är missnöjda med under sjukhusvistelsen. Resultatet visade på vilket sätt patienterna bemöttes, vilket relaterades till patienternas autonomi. Patienterna uppgav att de inte hade bemötts med respekt och att personalen inte respekterat deras önskemål. Dessutom upplevde patienterna också en känsla av att de inte blivit behandlade som människor eller individer med specifika behov. En del patienter upplevde att de inte hade blivit jämlikt bemött, anledningen var att patienterna upplevde att det berodde på deras kön, ålder, etniska ursprung eller psykiska sjukdom. I studien beskrev de äldre patienterna att de inte tyckte att de hade blivit behandlade som ansvarstagande vuxna utan som barn och att sjuksköterskorna tog för givet att patienterna inte kunde ta egna beslut. När det gäller känslan av att medverka så uttryckte patienterna att de inte hade fått medverka i den egna vården samt att patienterna inte kände sig delaktiga i journalens innehåll. Patienterna tyckte att de kände sig maktlösa, att de inte kunde påverka sin vård och att de inte hade fått möjligheten till att uttrycka sina individuella behov. En förlust av kontroll och känslan av att tvingas ta emot hjälp beskrevs av patienterna.

Information

Eriksson, Chiappe och Sellström (2003) beskriver i deras studie vad patienterna ansåg om den information som gavs under sjukhusvistelsen. Resultatet visade att patienterna tyckte att informationen var allmänt dålig eller obefintlig. Ett missnöje med möjligheten till avskildhet vid information beskrevs av patienterna samt bristfällig kontinuitet vid givande av information och avsaknad av utskrivningssamtal. Att inte veta vem som var patientansvarig läkare och sjuksköterska skapade också ett missnöje hos patienterna och många upplevde att de hade obesvarade frågor. På grund av otillräcklig information om vad som skulle hända och vad som planerades under vårdtillfället så upplevde patienterna sig låsta. Dessutom upplevde patienterna att när dåliga nyheter förmedlades ägdes det rum på offentliga platser, vid fel tillfälle och patienterna upplevde även att personalen var okänsliga. Patienterna var även missbelåtna med utebliven information om provsvar, om planerade undersökningar, varför undersökningarna skulle genomföras och om mediciner med dess verkan och biverkan.

Åshild Wesche (1997) har gjort en undersökning för att se hur informationsprocessen upplevdes av patienterna och det var patienternas erfarenhet som blev beskrivet och belyst. De kategorier som återkom var att patienterna inte förstod vad som var sagt, att de inte får information, känner inte sina egna rättigheter och att informationen var irrelevant. Studien visar att kontakt mellan patient och läkare sker för det mesta under rondens som skedde dagligen. Patienterna upplevde att läkarna pratade för det mesta med varandra och endast lite med patienterna och när väl patienterna vågade fråga så fanns det inte så mycket tid kvar till att svara. Patienterna tyckte att de fick bra kontakt med sjuksköterskorna men att de inte förknippade information och undervisning med dem. Patienterna förväntade mest att få information från läkarna men att det inte alltid blev så. Huvudintrycket av

undersökningen var att patienterna inte hade fått tillräckligt med information och att de yngre patienterna var mer kritiska än de äldre. På grund av bristen av information så visste inte patienterna vad som skulle ske och de blev osäkra. Patienterna fick inte svar på de frågor de hade och fick bara liten möjlighet till medbestämmande. Patienterna träffade och pratade mest med sjuksköterskorna men förväntade sig inte så mycket information från dem. Patienterna tyckte att det var läkaren som bestämde vad som skulle göras och det var läkaren som skulle ge information. Patienterna upplevde sjuksköterskorna som läkarnas "hjälpare och förlängda arm" (a a s. 15).

I en studie om interaktion mellan patient, läkare och sjuksköterska under pågående avdelningsronder observerades det informationsflöde som pågick mellan berörda parter. Studien visade att kommunikationen inne på patientrummen var mycket fokuserade på läkarna, det var mycket liten kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Det som dominerade var läkarnas kommunikation med både patient och sjuksköterska. Dessutom gavs inte relevant information alltid framför patienten utan det växlades en del information mellan läkare och sjuksköterska utanför rummen, innan mötet med patienten. Studien visade även att sjuksköterskan inte bidrar så mycket under avdelningsronderna när det gäller information. Det som dominerade kommunikationen och informationen var det medicinska då läkare och patient skulle komma överens, planera och kontrollera det överenskomna. Den psykosociala aspekten var inte så stor del av kommunikationen. Därtill visade resultatet att läkarna gav relevant och mycket information under ronderna. Däremot användes det mycket mer slutna frågor än öppna frågor mellan personal och patient. Författarna kom fram till att det ges stora mängder information till patienten, även om tidigare forskning inte visade på det. Förklaringen till detta hade författarna funderingar såsom att den vanliga patienten inte har kapacitet att ta emot så mycket information och att lägga det på minnet. Många gånger ger sjukvårdspersonalen förklaringar och information om sådant som ingen har efterfrågat och det gör det svårare att minnas. Författarna menar att det flödar med ej efterfrågad och ostrukturerad information (Weber, Stöckli, Nubling & Langewitz, 2007).

Sammanfattningsvis visar tidigare forskning inkonklusiva resultat. Behov av fler studier finns inom ämnet.

Problemformulering

Ronden på KAVA sker två gånger dagligen med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Mötet med patienten sker inne på salen vid dess sängkant. Samtal, information, diagnostik, fortsatt planering och även utskrivning sker med läkaren under ronderna. Eftersom det är en akutavdelning så behövs det snabba beslut för vidare handläggning och mötet med patienten sker på kort tid och det går snabbt. Ronden är en speciell situation som kan upplevas på olika sätt, dessutom finns det inte alltid möjlighet till avskildhet för patienten. Eftersom det är korta och snabba möten mellan läkaren och patienten så är frågan; Hur upplever patienten ronderna på en kirurgisk akutvårdsavdelning?

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka patientens upplevelse av ronderna på en kirurgisk akutvårdsavdelning.

METOD

Ansats

I forskningsprocessen finns det två vetenskapsteoretiska ansatser beroende på vilka forskningsfrågor som ställs. Det är den kvantitativa och den kvalitativa. Vilket val som görs beror på om det är kvantitativa beräkningar som är syftet eller om det är språkliga analyser av kvalitativ data. Den kvantitativa metoden syftar till att få fram hur mycket, hur stort och mängden av något. Den kvalitativa metoden söker kvalitativ kunskap och har inte någon kvantifiering som mål (Kvale, 1997).

Enligt Streubert och Carpenter (2003) är en kvalitativ metod subjektiv, den utgår från flera verkligheter och tolkas. Kvalitativ metod är en upptäckandes väg, beskrivande, berättande, den visar helheten och forskaren är delaktig i processen. Kvantitativ metod är mer objektiv, den är mätbar, det är en statistisk analys och forskaren står utanför forskningsobjektet. Eftersom syftet med studien är att studera patientens upplevelse av rondan på en kirurgisk akutvårdsavdelning så är det en kvalitativ metod som lämpar sig bättre än en kvantitativ metod. Kvale (1997) nämner att målet med en kvalitativ metod är att få fram nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter och specifika situationer av människans livsvärld, det vill säga att den kvalitativa metoden sätter mer ord på det beskrivna. Streubert & Carpenter (2003) beskriver att den kvalitativa perspektivet grundar sig i hur människan upplever och tolkar verkligheten. Det är människans upplevda verklighet, den levda erfarenheten, människans olika perspektiv, individuella skillnader och framtagandet av olika fenomen som är intressant. Kvalitativ metod har en induktiv ansats som är bevisandets väg, den går från verkligheten, från det som upplevs, till att jämföras med teorin. Den kvalitativa metoden går således från empirin till teorin. Med utgångspunkt från det så valdes det en kvalitativ metod med fenomenologisk ansats och intervjuer som datainsamlings metod.

Dahlberg (2003) beskriver att inom vårdvetenskapen finns det ontologiska antagandet där människan är en enhet där kropp, psyke, själ och ande ingår. Hon förklarar att ontologin är en grundläggande utgångspunkt genom att det berör människan, är hälsan och vårdandets grundmotiv. Dahlberg nämner ett livsvärldsperspektiv där människors vardagsvärld och dagliga tillvaro uppmärksammas. Dessutom innebär det även hur människor ser, förstår, upplever, beskriver samt analyserar världen och att det då blir unikt. Livsvärlden är den levda världen där erfarenhet och handling kommer fram. Livsvärldens ontologi, epistemologi och metodologi bildar tillsammans grunden för vårdandet och är grunden till den fenomenologiska filosofin.

Fenomenologin har sin grund i filosofin och psykologin, den undersöker subjektiva fenomen där verkligheten är människors livserfarenhet. Aspekter av livserfarenhet inom fenomenologin är tid, rum, kroppslighet och relationer med människor. Människans existens ska vara meningsfull och intressant (Polit & Hungler, 1999). Inom fenomenologin så studeras människornas perspektiv på sin värld. Människorna försöker då beskriva innehåll, struktur i sitt medvetande, förstå sina upplevelser och göra deras betydelsefulla mening tydlig. Fenomenologin försöker visa det omedelbart upplevda innebörderna och syftet är att göra det osynliga synligt. Den humanistiska synen belyser att varje situation och varje enskild person är unik. (Kvale, 1997). Den existencialistiska människosynen

framhåller att intresset är den enskilda människan som individ. Det centrala är att människan är unik, förstår sig själv, att själv kunna välja, att vara människa och att människan är ett existerande subjekt. Dessutom beskrivs det specifikt mänskliga som att vara medveten om sin existens och att göra egna omdömen. Den existencialistiska människosynen är den humanistiska inom omvårdnaden där sjuksköterskans yrkesetiska ansvar omfattar denna människosyn (Stryhn, 2007). Det unika med fenomenologin är att den har en klart uttalad filosofisk grund till skillnad från andra kvalitativa metoder som till exempel innehållsanalys.

Urval

KAVA är en avdelning på ett sjukhus i Västra Sverige. Avdelningen har plats för 26 patienter och patientsalarna innehåller en, två och fyra bäddar. Personalen på avdelningen informerades under ett personalmöte både muntligt och skriftligt angående planerad studie med dess syfte och metod. Dessutom informerades personalen om urvalsstrategin och om kontakten med de utvalda patienterna. Urvalet gjordes under en sex veckors period under nio vardagar och då tillfrågades alla utskrivna patienter. De inklusionskriterier som följdes var att patienterna var vårdade på KAVA, svensktalande och utskrivna under samma dag. De exklusionskriterier som följdes var att de ålderdomssvaga, de patienter som författaren själv hade vårdat, Varje patient kontaktades av patientansvarig sjuksköterska innan intervjun, de blev tillfrågade, informerades både muntligt och skriftligt på avdelningen. Den muntliga informationen innehöll en förfrågan om deltagandet av en studie. Därefter överlämnades den skriftliga informationen vilket innehöll studiens syfte, metod och frivillighet. De utvalda patienterna fick tid på sig att fundera innan de bestämde sig, de fick sedan godkänna sitt deltagande och ett medgivande skrevs under (Bilaga 1). Under urvalstiden tillfrågades 17 patienter varav fem tackade nej, det blev totalt 12 patienter som intervjuades. Mättnaden fick styra intervjuantalet vilket Kvale (1997) nämner. En informant valdes bort efter intervjun då informanten inte hade viljan att svara på frågorna. De informanter som är med i resultatet består av tio kvinnor och en man, födelseåren är mellan 1928-1987.

Datinsamling

Den datinsamlingsmetod som valdes för studien var intervjuer. Syftet med en kvalitativ forskningsintervju är att få fram kvalitativa beskrivningar av den intervjuades livsvärld och sedan tolka dem. Genom en forskningsintervju kommer viktiga aspekter fram såsom bland annat livsvärld, mening och beskrivning (Kvale, 1997). Inom den kvalitativa metoden är det vanligast med ostrukturerade och halvstrukturerade frågor för att informanterna ska berätta och beskriva deras upplevelse. Valet av dessa frågor görs för att få en konversation och ett naturligt samspel med informanterna (Polit och Hungler, 1999). Intervjuerna som genomfördes var ostrukturerade med två frågor för att få så öppna och beskrivande svar som möjligt, dessutom användes uppföljningsfrågor under hela samtalet för att få en dialog utan att vara styrande, se intervjuguide (Bilaga 2). Intervjuerna tog mellan 15-40 minuter inklusive för och efter samtal. De skedde i ett ostört och enskilt samtalsrum på avdelningen. Intervjuaren hade privata kläder på sig. Intervjuerna spelades in på band, banden avlyssnades och intervjuerna skrevs ned så kallat transkribering. Totalt omfattade intervjutexten 62 utskrivna A4 sidor med typstorlek 12, Times New Roman, med ett och ett halvt radavstånd. Materialet förvaras konfidentiellt i ett låst skåp och banden kommer att kasseras när studien är färdig och examinerad.

Etiska aspekter

Enligt Helsingforsdeklarationen är målet i medicinsk forskning att skydda försökspersoner och patienter. Deltagandet i ett projekt måste vara frivilligt och deltagarna ska vara informerade, dessutom måste integriteten värnas och respekteras. All information måste behandlas konfidentiellt, därtill måste varje deltagare få tillräcklig information om syftet, metoden och förväntade fördelar med projektet. Information om att deltagandet är frivilligt, om sin rätt att avstå och rätten att när som helst avbryta sitt deltagande skall ges. Informerat samtycke är en viktig princip inom denna deklaration och samtycket ska helst vara skriftligt (Helsingforsdeklarationen, 2008).

Omvårdnadsforskning har en humanistisk fokus, den handlar om autonomiprincipen som omfattar värdighet, integritet och sårbarhet. Dessutom nämns godhets-, rättvise- och icke-skada principerna inom omvårdnadsforskningen. Forskaren ska respektera de medverkandes personliga integritet, värdighet och skydda dem (Stryhn, 2007).

Den regionala etikprövningsnämnden i Göteborg kontaktades av författaren för ett etiskt godkännande och ställningstagande om etisk prövning. Den planerade studien sågs enligt dem som ett utvecklingsarbete och det behövdes inte någon ansökan om etisk prövning.

Ett godkännande och ett skriftligt medgivande söktes av författaren från verksamhetschefen samt enhetschefen innan studien startade (Bilaga 3 och 4). Varje informant kontaktades innan intervjun, de blev tillfrågade, informerade både muntligt och skriftligt utav patient ansvarig sjuksköterska på avdelningen, såkallat informerat samtycke. När informanterna godkände sitt deltagande fick informanterna information om att de när som helst kunde avbryta intervjun om de så önskade, utan att de behövde ange något skäl samt att det inte påverkade framtida vård. Ett medgivande skrevs under av informanten tillsammans med intervjuaren (Bilaga 1).

Analys

Författaren valde att använda en analysmetod enligt Giorgi (1996). Giorgi är grundaren inom fenomenologin och syftet är att undersöka mänskliga fenomen som känslor, erfarenheter och minnen. Giorgi beskriver metoden i fyra steg och författaren har valt att presentera sitt tillvägagångssätt. När alla intervjuer var transkriberade började analysprocessen. I steg ett läste författaren texten några gånger för att få en överblick och förståelse över berättelserna. När författaren tillslut fick ett grepp och en känsla över helheten så inleddes steg två. Texten lästes återigen några gånger och i delar, nu med syftet som stöd och för att få fram betydelsefulla meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna framträdde tillslut, de kunde identifieras och beskrivas. I steg tre gick författaren igenom dessa meningsbärande enheter noggrant. Syftet var att få fram dess innebörd och variationer för att sedan dela in dem i olika underkategorier. I steg fyra sammanställdes och analyserades de underkategorier som hade blivit framtagna för att tillslut få fram tre kategorier. Författaren gick fram och tillbaka mellan de olika stegen under hela processen.

RESULTAT

Resultatet av undersökningen presenteras under följande kategorier tid och rum, interaktion och delaktighet. Under varje kategori presenteras underkategorier, (Tabell 1). Därefter visas kategorierna och underkategorierna där upplevelserna presenteras och stöds av citat. Resultatet avslutas med en sammanfattning.

Tid och rum	Interaktion	Delaktighet
Mångfaldens betydelse	Bemötandets betydelse	Informationens betydelse
Tidens betydelse	Rummets betydelse	Självbestämmande
Placeringens betydelse	Erfarenhetens betydelse	Känsla av stöd

Tabell 1: Resultatets kategorier och underkategorier

Tid och rum

Kategorin tid och rum beskrivs med underkategorierna mångfaldens betydelse, tidens betydelse och placeringens betydelse. Att det var många deltagare med på rondan, att det var ett högt tempo och hur personerna som deltog i rondan var placerade hade en betydelse för hur informanterna upplevde det.

Mångfaldens betydelse

Informanternas upplevelse av rondan var att antalet deltagare var väldigt många, det kunde upplevas både positivt och negativt. Vissa informanter kunde inte förstå varför det var så många deltagare med under rondan. Antalet personer som deltog i rondan kunde varieras från rond till rond, främst på eftermiddagen var det ett mindre antal. Dessutom kunde det ibland förekomma att det byttes läkare mellan rondorna, följden av det blev att vissa frågor ställdes om. När det byttes läkare kunde det kännas besvärande och någon upplevde att vederbörande fick titta efter vem som var läkaren. När det var många deltagare med på rondan framgick det i berättelserna att informanterna kände sig utsatta, uttittade, påverkade av situationen och det kunde kännas främmande. När det skulle göras någon lättare undersökning som till exempel bukpalpation under rondan så kunde det kännas pinsamt.

"... när man ligger där i sängen och man känner sig utsatt på något sätt och då känns det som att, det kommer massor och bara tittar på en, men det är så det är... det är ändå trots allt en utsatt situation..."

Att få ett förtroende för deltagarna, att kunna prata och att känna igen läkaren var betydelsefullt för informanterna. Då kunde det kännas lättare och då var det inte så

besvärligt att de var många. Någon informant tyckte det inte gjorde någonting att det var många deltagare.

Tidens betydelse

Ronden skedde på morgonen och på eftermiddagen. På morgonen upplevde informanterna att det var knappt om tid, att det gick snabbt och att det var stressigt. Vissa informanter upplevde att det var svårt att hinna med. När rondan skedde på morgonen så hände det att informanterna låg och sov, de blev då väckta när deltagarna i rondan kom in på rummet och då upplevde informanterna att det var svårt att hinna med. Informanternas deltagande och upplevelser påverkades av smärta, illabefinnande och trötthet. Eftermiddagens rond upplevdes lugnare av informanterna, det var inte så stressigt och deltagarna i rondan hade mer tid.

"... ibland så går det lite väl fort så man inte hinner med, speciellt om man inte mår särskilt bra..."

"... eftermiddags rondorna, så är det ju bättre för då är man ju oftast vaken och då har dom oftast lite mer tid...så det har ju varit lite bättre...tycker jag, men det är just på morgonen som det är ...så stressigt..."

Ronden upplevdes betydelsefull av informanterna, det var rondan de väntade på och det var då någonting hände som till exempel att få besked på provsvar, undersökningar och eventuellt hemfärd.

Placeringens betydelse

Hur personerna som deltog i rondan stod placerade runt sängen hade en viss betydelse för hur informanterna upplevde rondan. När deltagarna stod runt sängen eller vid sängens fotända kunde informanterna känna sig uttittade och känna sig underlägsna. Någon informant upplevde att deltagarna i rondan inte fick plats när de var många och att deltagarna ibland fick stå utanför rummet. När läkaren kom fram eller satte sig på en stol bredvid sängen och de andra deltagarna stod mer bakom så kändes det bättre för informanten. Samtalet fokuserades då mellan läkaren och informanten, då upplevde informanten att de var på samma nivå.

"... en läkare stog där nere vid fotändan och alla runt omkring sig och då känner man sig väldigt uttittad... däremot när en annan läkare satte sig på stolen bredvid sängen medans de andra stod vid fotändan och då kollade de mer på henne och då brydde man sig inte om de andra och då stod dom där och då fick de göra vad de ville... och när jag pratade så tittade dom mer på henne... det kändes mycket bättre... då var vi på samma nivå och då kände jag mig inte så liten..."

Interaktion

Kategorin interaktion beskrivs med underkategorierna bemötandets betydelse, rummets betydelse och erfarenhetens betydelse. Bemötandet under rondan hade en stor betydelse för informanterna och gav då en positiv upplevelse. Rummets betydelse hade en viss betydelse i synnerhet när informanterna vistades i större salar. Erfarenheten av tidigare vård påverkade informanternas upplevelse av rondan, upplevelsen blev mer positiv.

Bemötandets betydelse

Interaktionen i bemötandet handlar om mötet mellan informanten och deltagarna i rondan. Atmosfären och personalens tillmötesgående på avdelningen påverkade informanternas upplevelse positivt. Det som upplevdes positivt var ett bra bemötande från personalen, det innebar att bli sedd som människa, känsla av att vara i fokus, att deltagarna i rondan samtalande med informanten och att informanten var en del i samtalen. Informanterna upplevde att det var en bra atmosfär, bra stämning och en bra miljö på avdelningen, det spelade en stor roll. Någon informant tyckte att det betyder mycket när läkaren tar i hand

”... en bra stämning bland personalen... en bra atmosfär och en bra miljö... det känner jag av... ett leende får man utav dem och det spelar en väldigt stor roll, tycker jag...”

”... det är ändå mig det handlar om, det är inte så att jag finns i tredje person någonstans i bakgrunden utan att han, har ändå talat till mig och det känns bra...”

Även om det var ett kort och snabbt möte mellan informanterna och deltagarna i rondan, kunde det ändå kännas bra.

Rummets betydelse

Interaktion inom rummets betydelse förekommer under rondan då flera patienter vistas på rummet. Det kunde upplevas olika att ligga på en större sal eller mindre sal, men de flesta av informanterna tyckte inte det var något större problem. Informanterna upplevde att de var inne för nästan samma problem, att de var mer eller mindre i samma situation och att de fick finna sig i detta. Några informanter tyckte det var bra med lite sällskap och några kände att de mest ville vara för sig själva. Att få höra medpatienternas sjukdomshistorier och vilka besvär de hade gick inte att undvika och det kunde upplevas ofrivilligt och besvärande. Informanterna beskrev att de visste allt om de andra men att de inte visste vilka de var eller vad de hette. Det gick att skärma av mellan sängarna med ett skynde men det kändes ändå inte privat. Informanterna upplevde att medpatienternas berättelser var mer besvärande att lyssna på än att berätta om sig själva inför rondan. Det kunde upplevas negativt av informanterna när det var något personligt som skulle tas upp på rondan. En informant kände sig utblottad och en annan informant uttryckte att vissa saker ville vederbörande helst ha för sig själv även om det inte var något speciellt.

”... man hör ju vad de säger till de andra och vi ligger ju inne för samma i stort sett... men kanske inte alltid man vill att alla ska... höra vad det är även om det inte är något...ja, det finns vissa saker som man vill ha för sig själv...”

”... det är klart om man har bekymmer och om det är sjukdomar som är allvarliga...men en sådan här åkomma, det spelar ingen roll om hela sjukhuset får reda på det...sen är det ju alltid skönt att ha ett eget rum...”

Att vistas på ensam sal var värdefullt tyckte informanterna, det kändes skönt och då kunde de uttrycka vad de önskade.

Erfarenhetens betydelse

Interaktion inom erfarenhetens betydelse handlar om minnen från tidigare vårderfarenheter och även kronisk sjukdom kunde påverka informanternas upplevelser. Informanterna gjorde jämförelser med tidigare sjukhusvistelser som till exempel på andra sjukhus i

Sverige, sjukhus utomlands, vistelser på andra avdelningar på samma sjukhus och vistelse på BB. Upplevelsen av rondens blev mer positiv då informanterna hade andra negativa erfarenheter och minnen från tidigare sjukhusvistelser. Många gånger förekom det en högre acceptans från några informanter på grund av deras kroniska sjukdomstillstånd.

Delaktighet

Kategorin delaktighet beskrivs med underkategorierna informationens betydelse, självbestämmande och känsla av stöd. Informationen hade en stor betydelse men informanterna upplevde att de fick ställa frågor för att få en mer utförlig information. Att vara självbestämmande var också betydelsefullt för informanterna men kunde påverkas av personens illabefinnande. Känslan av att få stöd från sjuksköterskorna var betydelsefullt.

Informationens betydelse

Informationens betydelse var viktig för att kunna följa förloppet. Informanterna tyckte oftast att de fick information om till exempel provsvar, undersökningar och förklaringar inför undersökningar men att informanterna var tvungna att ställa frågor för att få reda på lite mer utförligt. När informationen gavs tyckte några informanter att det var svårt att hänga med och förstå vad deltagarna i rondens menade och till viss del påverkades det av stress. Att läkarna inte kom fram till någon diagnos skapade en viss oro, ovisshet och förundran hos informanterna, därför upplevdes informationen mindre. En informant upplevde bristande information om en medicin och kände då en osäkerhet och undran. Några informanter upplevde att läkarna som deltog i rondens pratad, dividerade med varandra och med sjuksköterskan, det kunde ske både i rummet och utanför rummet, informanterna fick då en känsla av att inte vara med i samtalet.

"... jag får den informationen jag frågar efter... och talar om för en, vad dom tänker göra och eventuellt hade tänkt att göra och som de är glada över att dom slapp att göra..."

"... det var liksom diffust vad dom skulle göra och så... jag fattade liksom inte riktigt... vissa gånger liksom, det gick så snabbt... ibland så har jag liksom inte fattat vad det är dom ska göra... dom är så stressade... man fick fråga sköterskan efter..."

Alla informanter upplevde ändå att de fick ställa frågor till deltagarna i rondens och att de inte var rädda för det. Några informanter upplevde att det ibland kunde vara svårt att komma på frågor just då när deltagarna i rondens var där, de kunde då komma på frågor senare. Någon informant önskade att få möjligheten till att prata med en läkare i efterhand i lugn och ro.

Självbestämmande

Att vara delaktig och kunna påverka sin situation upplevde informanterna vara betydelsefullt. Informanterna kände att de kunde säga ifrån om de till exempel inte var redo att åka hem och vid andra ställningstagande. Informanternas grad av delaktighet, att själv ta beslut kunde påverkas utav stress och hur personens välbefinnande var just då. Informanterna förstod inte riktigt vad som skulle hända i de situationerna.

"... att jag inte har varit uppmärksam, svarat på den frågan, när jag inte har förstått utan jag har ändå sagt ja, men jag kanske heller inte mått så bra så att jag inte har orkat ta det just då..."

”... dom ville skicka hem mig igår och då sa jag neej, jag åker inte hem sa jag, hehe, förrän ni hittar någonting...”

Känsla av stöd

En känsla av stöd från sjuksköterskan under och efter rondens kände alla informanter. De upplevde att sjuksköterskorna kunde informera och förmedla till läkarna om det var något. Om informanterna hade frågor efter rondens så kunde de fråga sjuksköterskan för att få mer information.

”... hon var ju oftast med på rondens... fick jag inte reda på något på rondens så kunde man i varje fall fråga sköterskan...”

Informanterna tyckte det kändes bra att sjuksköterskan var med på rondens som var hos vederbörande under dagen och kunde då vara som ett stöd.

Sammanfattning

I resultatet framkom det att informanterna upplevde rondens som en viktig del av vistelsen. Den upplevdes betydelsefull därför att det var rondens de väntade på och det var då någonting hände. Informanterna upplevde dock att det var många deltagare med på rondens och det kunde kännas besvärande. Däremot att känna ett förtroende, att kunna prata med läkaren och att känna igen vederbörande var viktigt. Informanterna tyckte att det var knappt om tid och att det gick snabbt när rondens kom. Hur deltagarna i rondens stod placerade runt sängen hade en betydelse. Att bli bemött på ett bra sätt upplevdes betydelsefullt och positivt av informanterna. Informanterna upplevde att det var ett kort och snabbt möte men att det kunde kännas bra ändå. Stämningen på avdelningen hade en stor betydelse och det gav en positiv känsla. Rummets betydelse hade en viss inverkan på hur informanterna upplevde rondens situationen, att få vistas på ensam sal är betydelsefullt. Informationen var viktig och informanterna upplevde att de fick information men att de oftast fick fråga för att få en mer utförlig beskrivelse., Att vara delaktig och kunna påverka sin situation var viktigt men den kunde påverkas av personens illabefinnande och stress. En känsla av stöd från sjuksköterskan under och efter rondens kände alla informanter. Tidigare vård erfarenheter inverkade på upplevelsen av rondens, upplevelsen blev mer positiv då de hade andra negativa erfarenheter och minnen från tidigare sjukhusvistelser att jämföra med.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Den metod som användes i studien var en kvalitativ ansats, författaren tyckte att den ansatsen var relevant då önskan var att undersöka patienternas upplevelse av rondens på KAVA. Syftet med den kvalitativa metoden är att söka kvalitativ kunskap (Kvale, 1997). Streubert och Carpenter (2003) förklarar att den kvalitativa metoden är subjektiv, den är beskrivande, berättande, visar en helhet och att forskaren är delaktig i processen. Den grundar sig i hur människan upplever och tolkar verkligheten. Kvale (1997) nämner också att den kvalitativa metoden beskriver och belyser bland annat aspekter av människans livsvärld. Författaren tyckte att ett fenomenologiskt perspektiv var lämpligt för enligt Polit & Hungler (1999) är syftet med fenomenologin att förklara sin livserfarenhet, där verkligheten är människors livserfarenhet.

Vad som kom fram i studien var högst subjektiva och beskrivande upplevelser från informanterna om rondens. Den datainsamlingsmetod som användes var intervjuer och det gjorde att författaren var delaktig i processen. Kvale (1997) beskriver att genom en forskningsintervju kommer viktiga aspekter fram såsom människans livsvärld, mening och beskrivning.

Urvalet av informanter skedde under en sex veckors period, under nio utvalda vardagar. Vissa dagar skedde urvalet bara på förmiddagen eller på eftermiddagen och vissa dagar skedde det vid de båda tillfällena. Urvalets tid var begränsat till vissa dagar inom en period eftersom författaren hade vissa utvalda studiedagar. Eftersom informanterna skulle vara utskrivna så blev de utvalda efter givna kriterier och efter tillgänglighet. Alla utskrivna med hänsyn till de inklusions- och exklusionskriterier som gällde blev tillfrågade under dessa tillfällen. Under angiven tid tillfrågades 17 patienter varav fem tackade nej, totalt intervjuades det 12 patienter. En utav de intervjuade valdes bort då viljan att berätta inte var så stor och den personen föll då in i givna exklusionskriterier. Det är tio kvinnor och en man med i resultatet. Det är övervägande kvinnor med i studien eftersom vid de tillfällena som urvalen gjordes var det flest kvinnor som blev utskrivna och det var även flest män som tackade nej. Författaren tycker ändå att spridning av åldrarna blev tillfredsställt, födelseåren var mellan 1987-1928. Det som påverkade urvalet var att när patienterna väl blev utskrivna så önskade en del att åka hem så fort som möjligt. Det tyckte författaren var en brist, som inte kunde påverkas, och det gjorde att det blev en hel del bortfall av möjligheter att tillfråga dessa patienter. Tillslut var antalet deltagare tillräckligt, det blev liknande upplevelser och beskrivningar som kom fram i intervjuerna. Mättnaden fick då styra som Kvale (1997) nämner.

För att få informanterna att öppna sig och att börja beskriva upplevelserna av rondens så använde sig författaren av en intervjuguide som stöd med två frågor för att få så öppna och beskrivande svar som möjligt. Polit och Hungler (1999) beskriver att valet av frågor görs för att få en konversation och ett naturligt samspel. Författaren upplevde att det var en stor utmaning och träning för att få en bra intervju. Det krävdes en del förberedelser som till exempel att läsa litteratur, dessutom utfördes två provintervjuer varav en av dem kunde

användas i resultatet. Det blev svårare än förväntat, men intervjuerna blev bättre efter träning. Intervjuerna spelades in på band och de två första intervjuerna gick riktigt bra och informanterna beskrev deras upplevelser utförligt men de två efterföljande intervjuerna gick mer trögt. Författaren fick då se över intervjuguiden, önskan var att få en mer naturlig kontakt och en avslappnad dialog. Författaren reflekterade över frågorna och över situationen och valde då att välja en frågeställning som var mer lättsam. Det som blev ändrat var ett tillägg med en inledande fråga för att få en mer naturlig kontakt, dessutom omformulerades första frågan för att få ett mer naturligt samtal. Intervjuguiden reviderades men inte så mycket att det påverkade resultatet från de första intervjuerna utan syftet med ändringen var att få ett naturligt samtal. Därefter tyckte författaren att intervjuerna fortskred bra. En av informanterna kände sig dock obekvämt under inspelningen så författaren fick ta en paus och då antecknades upplevelserna istället.

För att få en naturlig miljö under intervjuerna så skedde intervjuerna på avdelningen i ett ostört och enskilt samtalsrum. Författaren var privatklädd för att ha rollen som intervjuare. Eftersom det framgick i informationsbrevet att författaren var sjuksköterska och arbetade på avdelningen så ställdes det ett krav att vara intervjuare och inte sjuksköterska. Författaren upplevde att informanterna kunde berätta om sina upplevelser och vissa var mer beskrivande än andra, kanske att det kunde påverka att författaren var sjuksköterska på avdelningen men tror inte det. De informanter som hade mycket tankar beskrev det och de med färre tyckte att det räckte.

De intervjufrågor som var förutbestämda och som presenteras i intervjuguiden, täcker syftet och det fenomen som var bestämt att studera. Författaren valde att använda sig av uppföljningsfrågor för att få en dialog med informanterna och ett fritt beskrivande utan att vara styrande. Författaren upplever totalt sett att informanterna fick möjlighet att beskriva och utveckla sina svar. Men inom underkategorin "känsla av stöd" så kanske inte författaren riktigt lyckades med att få en djupare beskrivning över vad informanterna uppfattade som stöd. Det kanske hade blivit mer djupare beskrivningar överlag om det var någon med mer intervjuerfarenhet som hade utfört intervjuerna. Författaren försökte dock med hjälp av de inhämtade kunskaperna och den förståelse som finns att utföra intervjuerna på bästa sätt.

Den analysmetod som användes var en metod enligt Giorgi (1996). Den metoden var väl beskriven och författaren kunde följa de steg som den innehöll. Analysprocessen från att läsa berättelserna, identifiera meningsbärande enheter för att sedan komma fram till olika underkategorier och kategorier tog sin tid. Analysmetoden verkar linjär men i själva verket gick författaren fram och tillbaka under analysen för att få fram de sökta underkategorier och kategorier. Tillslut kunde de sammanfattade meningsbärande enheterna i form av underkategorier och framkomna kategorier presenteras i resultatet.

Tillförlitligheten av studien kan bedömas av författaren genom antalet informanter och deras berättelser. Mättnaden fick styra som författaren tidigare har beskrivet, tillslut blev det liknande upplevelser och beskrivningar som kom fram i intervjuerna. Läsaren kan följa hela studiens gång och resultatet presenteras med utvalda citat för att styrka texten, allt material har dessutom delgivits handledaren. Eftersom författaren har erfarenhet från avdelningen och ronderna så försökte författaren eftersträva ett objektivt förhållningssätt när intervjun utfördes. Författaren hade inte vårdat eller träffat informanterna tidigare, för att undvika en beroendeställning. Dessutom var kravet att informanterna var utskrivna och det kunde då inte heller påverka deras upplevelser på grund av oro vid eventuellt fortsatt vård

och behandling. Genom intervjun och kontakten med informanten så kunde författaren iaktta kroppsspråk och urskilja nyanser i rösten som då även kunde ligga till grund inför tolkning och analys. Författaren vill framhäva att erfarenhetens betydelse hade en inverkan på hur informanterna upplevde rondens då de hade tidigare negativa upplevelser att jämföra med. I det här fallet blev det mer positiva upplevelser av rondens på KAVA och informanternas erfarenheter påverkade naturligtvis upplevelsen. För övrigt om de informanterna med tidigare erfarenhet hade ingått i givna exklusionskriterier så hade det blivit ett mycket större bortfall. Det hade dessutom varit svårt att få endast deltagare med ingen vårderfarenhet alls. Även om vissa informanter gjorde jämförelser med tidigare vårderfarenheter så är det trots allt deras upplevelser. Därtill tycker författaren att informanterna hade mycket att delge oberoende av erfarenhet eller inte.

Den tydliga beskrivningen av ansats, urval, datainsamling och analysprocess stärker överförbarheten. Studien kan utföras på samma sätt på andra vårdenheter i Sverige. Däremot kan inte resultatet generaliseras då undersökningen är gjord på en kirurgisk akutvårdsavdelning där organisationen och målen är specifika just för den avdelningen. Personalens bemötande inverkar också på upplevelsen och den kan inte heller generaliseras till andra vårdenheter. Resultatet av den här studien kan ge en vägledning om hur upplevelsen kan vara då det förekommer ronder mer eller mindre på alla vårdenheter.

Resultat diskussion

Resultatet av hur informanterna upplevde rondens på en kirurgisk akutvårdsavdelning presenterades i tre olika kategorier som benämns för tid och rum, interaktion och delaktighet.

Under kategorin tid och rum framkom mångfaldens, tidens och placeringens betydelse. Informanterna tyckte att det var många deltagare under rondens och det kunde upplevas negativt och frambringa olika känslor. Vid några tillfällen kunde det förekomma en sämre kontinuitet bland läkarna och det upplevde informanterna som en brist. En informant blev osäker om vem det var som var ansvarig läkare på grund av den bristande kontinuiteten. Detta stämmer överens med Eriksson, Chiappe och Sellströms (2003) studie som nämner att patienterna uttryckte ett missnöje när de inte visste vem som var den patientansvariga läkaren.

Några av informanterna upplevde det inte som något större problem med många deltagare, men att de ändå nämnde det, de hade reagerat på det. Enligt Busby & Gilchrists (1992) studie så upplevde patienterna en fördel med närvarande av alla personalgrupper under rondens som då gjorde det möjligt att få bra åsikter.

Tidens betydelse var något som informanterna kunde uppleva negativt. Rondens upplevdes som stressig, att det var ont om tid och det gjorde att vissa tyckte att det var svårt att hinna med. I studien av Åshild Wesche (1997) nämns det att kontakten mellan patient och läkare sker för det mesta under rondens, den skedde dagligen men att det var ont om tid. När patienterna försökte och vågade fråga så fanns det inte så mycket tid till att svara.

Hur deltagarna av rondens var placerade på rummet hade också en viss inverkan på hur informanternas upplevelse blev. När deltagarna stod runt sängen eller vid sängens fotända kunde informanterna känna sig uttittade och de tyckte det var besvärande. När läkaren kom fram eller satte sig på en stol bredvid sängen och de andra deltagarna stod mer bakom så

kändes det bättre för informanterna, då fick de en upplevelse att vara på samma nivå som läkaren. Dessa känslor och upplevelser som framkom under kategorin tid och rum kan knytas samman med människans integritet. Integritet definieras enligt Nationalencyklopedin (2008) som okränkbarhet och en rätt att bli respekterad som människa. I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 2a § nämns det vikten med att tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen (Svensk författningssamling, 2008). Enligt Travelbee (2006) är det den subjektiva upplevelsen som är central och den definieras individuellt, vidare nämner hon att den enskildes upplevelse av lidande är högst personlig. Dessutom i Widäng och Fridlunds (2003) studie om integritet nämner deltagarna betydelsen över att ha kontroll över sig själv och över situationen, att våga sätta gränser, vara sig själv och bli sedd som en hel människa.

För att rondens ska bli så bra som möjligt är det en fördel om det finns en kontinuitet hos läkarna. De informanter som fick ett förtroende och kände igen läkaren tyckte att det kändes lättare och de var mer positiva. Ronden upplevdes ändå betydelsefull av informanterna därför att det var då någonting hände och det var den de väntade på. Författaren tycker att det är viktigt att se patienten och att patienten känner sig betydelsefull. Att få en bra kontakt med patienten, att förstå patienten och att vara på samma nivå beskriver filosofen Svanaeus (2003). Han nämner att vikten i ett medicinskt möte är att läkaren kan använda sig av det fenomenologiska perspektivet tillsammans med det naturvetenskapliga perspektivet vid bemötandet av patienten. Det fenomenologiska tillvägagångssättet menas att läkaren försöker få en insyn i patientens upplevelsevärld, där patienten blir en människa med känslor, tankar, avsikter och livshistoria. Patienten kan då vara en dialogpartner i ett möte som rör upplevelsen av dess tillstånd. Det naturvetenskapliga perspektivet visas genom läkarens förståelse av patientens biologi. Med dessa perspektiv kan då läkaren få en helhetsbild av patienten. Helhetsbilden är nödvändig i den kliniska verksamheten.

Under kategorin interaktion så nämns bemötandets, rummets och erfarenhetens betydelse. Ett bra bemötande gjorde att informanternas upplevelser av rondens blev mer positiva. Mötet med rondens skedde snabbt och på en kort tid, men det övervägdes med ett bra bemötande av personalen och en god atmosfär på avdelningen. I Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1993:17 nämns det att grundläggandet för omvårdnaden är ett respektfullt patientbemötande och att behovet av säkerhet och integritet ska tillgodoses (Socialstyrelsens författningssamling, 2008). Enligt Svensk författningssamling (2008) Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska patienten visas omtanke och respekt. I överensstämmelse med Widäng och Fridlunds (2003) studie menar författarna att vårdpersonalen kan bevara patienternas integritet genom att se hela människan, tro på henne och visa henne respekt. Studien visade dessutom att förtroendet för vårdsituationen utmärktes genom att lita på vårdpersonalen, att ha balans mellan vårdgivares och vårdtagares önskningar. Mångfaldens och tidens betydelse som beskrivs i resultatet blir inte så påtaglig för informanterna när ett bra bemötande från personalen ger en positiv upplevelse av rondens. Men att informanterna upplevde det negativt med mängden deltagare och att det är ont om tid under rondens får inte överskuggas av det positiva bemötandet. Mångfaldens och tidens betydelse är trots allt en aspekt att tänka på.

Bemötandet från personalen upplevdes positivt av informanterna, men bemötandet kan se olika ut på olika enheter och det går inte att generalisera. Resultatet stöds inte av Eriksson, Chiappe och Sellströms (2003) studie som uppgav att patienterna upplevde att de inte hade blivit bemötta med respekt och patienterna upplevde också en känsla av att de inte hade

blivit behandlade som människor eller individer med specifika behov och inte heller blivit bemött jämlikt.

Rummets betydelse under rondens upplevdes inte som något större bekymmer. Informanterna upplevde att de var inne för nästan samma problem, de var mer eller mindre i samma situation som de andra medpatienterna och de fick finna sig i detta. Informanterna upplevde inte heller något besvär att berätta om sig själva utan snarare besvärades mer av att höra vad medpatienterna hade för problem. Att höra samtalet mellan medpatienter och deltagarna i rondens blev mer eller mindre ofrivilligt. De flesta av informanterna tyckte dock att det kunde vara värdefullt att vistas på ensam sal. Enligt Eriksson, Chiappe och Sellström (2003) så beskriver patienterna ett missnöje med möjligheten till avskildhet vid information och de upplevde att när dåliga nyheter förmedlades ägde det rum på offentliga platser och vid fel tillfälle. I Sekretesslagen (1980:100) står det att sekretessen gäller för uppgifter om en enskilds personliga förhållanden och om det finns risk för att lida men. Att lida men är en vid innebörd men omfattar främst allt som kan kränka den enskildes integritet. Utgångspunkten för bedömningen av att lida men är den enskildes egen upplevelse och vad den upplever som påtagligt obehagligt. Det krävs dessutom att uppgifterna kan hänföras till en viss bestämd individ (Socialstyrelsen, 2008). Allt detta sker på en större sal under rondens, vad som inte kommer fram är vad den enskilde patienten upplever och vad den upplever påtagligt obehagligt. En informant nämnde att vissa saker ville vederbörande helst ha för sig själv även om det inte var något speciellt. Dessutom tyckte de flesta informanterna att det kändes besvärande och ofrivilligt att höra de andras sjukdomshistorier. Det finns ändå den här känslan att det berör patienterna men att det inte går att påverka och att de får finna sig i situationen. Att utsätta patienterna i en sådan här situation strider mot sekretesslagen.

I resultatet så framkommer det inte att informanterna tyckte att det var obehagligt när rondens samtal skedde inför flera medpatienter, men att det kunde upplevas negativt om något personligt skulle tas upp. Det var ingen av informanterna som uttryckte att de inte vågade ta upp personliga funderingar under rondens. Även om det inte var några påtagliga negativa känslor från informanterna så frågar sig författaren över att de tyckte det gick bra att prata om sig själva inför andra medpatienter och att informanterna var mer besvärade över att lyssna på medpatienternas sjukdomshistorier. Informanterna fann sig i situationen, men vågar de ta upp allt inför rondens när det finns flera patienter som lyssnar på salen? Värde av att bevara sekretessen inom vården är viktigt men under pågående ronder i stora salar så försätter vi patienterna i en situation som de bara får finna sig i. Nu var det inte någon utav informanterna som fick något tråkigt och svårt besked, men vad händer om det blir så? Många gånger vid sådana besked så kan patienten förflyttas till ett samtals rum, men blir det så jämt? Tyvärr har inte författaren funnit några studier om hur det kan upplevas att vårdas på större vårdssalar.

Erfarenhetens betydelse som minnen från tidigare vårderfarenheter och även kronisk sjukdom inverkar och påverkade informanternas upplevelser av rondens. Några informanter gjorde jämförelser till tidigare negativa upplevelser och upplevde då rondens på KAVA mer positiv. Tidigare negativa vårderfarenheter kan naturligtvis påverka upplevelsen till mer positivt då patienterna har något att jämföra med. Därtill upplevde författaren att de informanterna med kroniska sjukdomstillstånd hade en mer acceptans och tålamod över situationen. Författaren tycker kanske att kravet borde öka, men informanterna hade kanske kommit till en känsla av acceptans över sin situation. Patienter med mer vårderfarenhet kanske vågar stå på sig mer om de nu inte har ett illabefinnande

som gör att de inte orkar. Enligt Travelbee (2006) är övergripandet inom omvårdnaden att hjälpa personen att hantera, bära och finna mening i de erfarenheter som följer lidande och sjukdom. Travelbee nämner också begreppet hopp som en viktig del inom omvårdnaden och det är knutet till val, önskningar, tillit, uthållighet och mod. Widäng och Fridlund (2003) nämner i deras studie om integritet; att en känsla av självaktning är att ha kontroll av sig själv och över situationen, att kunna vara sig själv och tro på sig själv. Vidare beskriver Widäng och Fridlund att självförtroende är att tro på personalen och att människan har en balans mellan egna önskemål och andras. Förtroendet för vårdssituationen utmärktes i deras studie genom att lita på vårdpersonalen.

Författaren tror att tillit, mod och uthållighet ökar säkert med mer vårderfarenhet människan får, om upplevelsorna från vården är positiva vill säga. Att hantera sin situation, att bära och finna mening kommer också med erfarenhet, dessutom kan erfarenheten många gånger ge ett självförtroende och en känsla av trygghet.

Under kategorin delaktighet så nämns informationens betydelse, självbestämmande och känsla av stöd. Att vara delaktig i vården och kunna påverka sin situation upplevdes mycket betydelsefullt av informanterna, därtill att få en bra och fullständig information var viktigt. Informanterna upplevde att de oftast fick information under rondan om det som berörde dem, men att informanterna var tvungna att ställa frågor för att få reda på lite mer utförligt. Därutöver så upplevde en informant bristande information om en medicin och informanten kände då en osäkerhet och undran. Alla informanter upplevde ändå att de vågade och fick ställa frågor under rondan, de var inte rädda för det. I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2b§ står det att patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (Svensk författningssamling, 2008). Exakt samma står det i Socialstyrelsens allmänna råd – Omvårdnad inom hälso- och sjukvård (Socialstyrelsens författningssamling, 2008). Enligt Busby och Gilchrist (1992) upplevde patienterna att rondan var ett bra sätt att få lärdom, att få information om vad som pågår och planerades. De patienter som hade frågor och problem att ta upp gjorde det under rondan, de var inte nervösa utan vågade det. Några patienter hade önskat mer information men frågade inte efter det. Några patienter upplevde att det var svårt att förstå vad deltagarna i rondan pratade om, det kunde bero på användandet av medicinska termer och patienterna tyckte att de inte hade fått någon vidare förklaring.

Informationens betydelse nämns vidare i Busby och Gilchrists (1992) studie att sjuksköterskorna upplevde att patienterna ofta missförstod diskussionen under rondan. Det kunde oftast bero på olika omständigheter i patienternas tillstånd, men även att personalen gav vag information. I Åshild Wesches (1997) studie nämns det att patienterna upplevde att de inte förstod vad som var sagt under rondan. Eriksson, Chiappe och Sellström (2003) nämner i deras studie att patienterna uttryckte att informationen var allmänt dålig eller obefintlig. Dessutom uttryckte patienterna ett missnöje vid utebliven information om deras mediciner. Där utöver nämner Weber, Stöckli, Nubling & Langewitz (2007) att läkarna gav relevant och mycket information under rondan, men mängden information kunde vara svårt för patienten att ta emot, patienterna hade inte den kapaciteten att lägga det på minnet. Det visades sig i studien att många gånger ger sjukvårdpersonalen förklaringar och information till patienterna om sådant som de inte har frågat efter och det gör det svårare att minnas.

Övervägande så var informanterna nöjda med den information de fick under ronden även om författaren inte tror att den är överdriven. Därför stödjer det inte helt studien av Åshild Wesches (1997) som beskriver att patienterna inte får tillräckligt med information, patienterna känner inte sina egna rättigheter och att informationen från personalen var irrelevant. På grund av bristen av information så visste inte patienterna vad som skulle ske och de blev osäkra. Dessutom beskriver Eriksson, Chiappe och Sellström (2003) i deras studie att på grund av otillräcklig information från personalen om vad som skulle hända och vad som planerades under vårdtillfället så upplevde patienterna sig låsta. Därtill beskrev patienterna ett missnöje vid utebliven information om provsvar och undersökningar.

Några informanter upplevde att läkarna som deltog under ronden pratade och dividerade med varandra och med sjuksköterskan, det skedde både i rummet och utanför rummet, informanterna fick då känslan av att inte vara med i samtalet. Enligt Busby och Gilchrists (1992) studie upplevde patienterna att diskussionen mellan personalen pågick med medicinska termer och en del av personalen stod en bit bort och pratade med varandra. Patienterna önskade att få möjlighet att vara mer delaktiga i ronden och inte utelämnas i diskussioner. Även Åshild Wesche (1997) beskriver i sin undersökning att patienterna upplevde för det mesta att läkarna pratade med varandra och endast lite med patienterna. Därtill nämner Weber, Stöckli, Nubling & Langewitz (2007) att relevant information om patienten inte alltid gavs framför patienten utan det växlades en del information mellan läkare och sjuksköterska utanför rummen innan mötet med patienten.

Informationen är en viktig del i vårdandet av en patient. Även om studien av Weber, Stöckli, Nubling & Langewitz (2007) visade att det var ett stort informationsflöde mellan vårdpersonal och patient så tror författaren mer att det ligger åt vad de andra studierna visade. Författaren tror att det är mycket information som upplevs som självklart av vårdpersonalen, men det är inte självklart för den enskilda människan. När några av informanterna kände ovisshet och oro när en diagnos inte kunde ställas så är det än mer viktigt att ge ordentligt med information om varför. Stress påverkar också givandet av information, det är viktigt att prioritera och beakta att rätt och relevant information ges och hur informationen ges har en stor betydelse.

Att vara självbestämmande upplevdes betydelsefullt av informanterna, att känna sig delaktiga och kunna påverka sin situation var viktigt. I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2a§ står det att hälso- och sjukvården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och att vård och behandling skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (Svensk författningssamling, 2008). Detsamma nämner även Socialstyrelsens allmänna råd, dessutom står det att det är viktigt att personalen ser människan i ett helhetsperspektiv och att det ges möjlighet till samverkan (Socialstyrelsens författningssamling, 2008). I Widäng och Fridlunds (2003) studie om integritet kom de fram till att insikten av integritet är att känna ett självförtroende genom att bland annat vara delaktig och vara fri. Genom att låta patienterna vara mer delaktiga så ökar förtroendet för vårdsituationen. Travelbee (2006) nämner att hon betraktar den enskilda människan som en unik person och att individen är oersättlig. Dessutom nämner hon att omvårdnadstänkandet ska främst vara inriktat på den enskilda individen och att individens upplevelse av sjukdom och lidande är en central del i omvårdnadssammanhang. Där utöver skriver Weber, Stöckli, Nubling & Langewitz (2007) att det som dominerade kommunikationen och informationen under ronden var det medicinska, att läkare och patient skulle komma överens, planera och kontrollera det överenskomna.

Informanterna upplevde att de var delaktiga, kunde vara med och bestämma på rondan även om graden av delaktighet kunde påverkas av stress och illabefinnande. Därför stödjer inte resultatet studierna av Busby och Gilchrist (1992) som nämner att patienterna upplevde att deras åsikter sällan eller aldrig kom till tals, patienterna önskade också få en möjlighet till att vara mer delaktiga i rondan. Enligt Eriksson, Chiappe och Sellström (2003) skriver de att patienterna upplevde att de inte hade bemötts med respekt och att personalen inte respekterade deras önskemål. Patienterna upplevde dessutom att de inte fick medverka, inte kunde påverka sin vård och inte hade fått någon möjlighet till att uttrycka sina individuella behov. Dessutom nämner Åshild Wesche (1997) att patienterna inte tyckte att de fick svar på de frågor de hade och fick bara liten möjlighet till medbestämmande.

En känsla av stöd från sjuksköterskan under och efter rondan kände alla informanter. Informanterna upplevde att sjuksköterskorna kunde informera och förmedla till läkarna om det var något och om informanterna hade frågor efter rondan så kunde de fråga sjuksköterskorna för att få mer information. Enligt Åshild Wesches (1997) studie så tyckte patienterna att de fick bra kontakt med sjuksköterskorna men att patienterna inte förknippade information och undervisning med sjuksköterskorna. Patienterna förväntade mest att få information från läkarna men att det inte alltid blev så. Därtill skriver Busby och Gilchrist (1992) att de sjuksköterskor som deltog i studien beskrev att de tyckte att de var väl insatta i de patienter som de hade ansvaret för, mer än någon annan personal. Dessutom tyckte sjuksköterskorna att de hade tillräckligt med kunskaper för att svara på frågor. Travelbee (2006) beskriver att människor är i hög grad beroende av varandra och det blir mer tydligt i situationer där personens egna resurser inte räcker till. I de situationerna knyts hoppet till en förväntan om att få hjälp av andra. Det är den enskilda individen som tar emot omvårdnaden och den ska inte generaliseras. Det är mycket viktigare för sjuksköterskan att känna till patientens upplevelse av sin situation och förstå den mening patienten själv lägger in i den, än att förhålla sig till dess diagnos

Alla informanter upplevde att de fick stöd och information av sjuksköterskan under rondan så det stödjer inte resultatet av Weber, Stöckli, Nubling & Langewitz (2007) studie där det visades att sjuksköterskan inte bidrar så mycket under avdelningsrondan när det gäller information.

Resultatet visade att det optimala är om det är färre antal deltagare med på rondan, att deltagarna har gott om tid och att rondan sker lugnt och stilla. Hur deltagarna är placerade runt sängen och att läkaren finner sig på samma nivå som patienten har en stor betydelse. Resultatet visade på att kategorin tid och rum var den som påverkade informanternas upplevelse och integritet mest negativt. Informanterna tyckte att det var viktigt med ett bra bemötande från personalen, kontinuitet av läkare och att personalen inger förtroende. Informanterna tyckte att möjligheten att få vistas på mindre sal är viktigt. Erfarenhetens betydelse handlar om minnen från tidigare vårderfarenheter och inverkar positivt på upplevelserna av rondan. Kategorin interaktion visade på att informanterna var nöjda med bemötandet. Att vistas på en större sal är inte helt tillfredsställande och att mindre salar är att eftersträva. Dessutom påverkades det integriteten och sekretessen negativt. Informanterna tyckte att det vore värdefullt med bra, utförlig och saklig information med stort innehåll där patienterna har chans att vara delaktiga och vara självbestämmande är värdefullt tyckte informanterna. En känsla av stöd från sjuksköterskan under och efter rondan kände alla informanter. Kategorin delaktighet visade på positiva upplevelser men att informationen kan bli mycket bättre eftersom informanterna var tvungna att fråga för att

få ett mer utförligt svar. Dessutom fick de många gånger efterfråga information från sjuksköterskan efter rondens. I resultatet framkom det att informanterna upplevde rondens som en viktig del av vistelsen och att den var betydelsefull, det var rondens de väntade på och det var då någonting hände.

Klinisk tillämpning av resultatet

Resultatet kan ligga till grund för att uppmärksamma och tillmötesgå patienterna så mycket som möjligt. Det som var mest påtagligt från resultatet var upplevelsen av antalet deltagare, tidens betydelse, deltagarnas placering, rummets och informationens betydelse. Antalet deltagare, tiden och rummen är svåra att ändra på, antalet deltagare i rondens är för att dela upp arbetet och att handleda nya medarbetare och studenter. Tiden är ett problem då läkarna inte är placerade på avdelningen utan har andra uppgifter på sjukhuset samtidigt. Dessutom är det en akutavdelning där målet är snabba handläggningar för att kunna ta emot nya patienter. Därtill är rummen en byggnadskonstruktion, men kan påverkas vid eventuellt nybyggnation. Deltagarnas placering, delaktighet och information kan påverkas och förberedas genom att förbereda patienterna i tid när rondens är på gång så att patienterna är vakna och är med. Dessutom förbereda patienterna om att det är många deltagare med. Deltagarna i rondens bör dessutom tänka på hur de står placerade. Därtill är det viktigt att deltagarna ser patienten, har patienten i fokus och att deltagarna visar en känsla av närvaro här och nu. Patienten bör erbjudas möjlighet till att skriva ned frågor på ett papper för att vara förberedd inför mötet med rondens. Patienten bör erbjudas möjlighet till avskildhet och färre antal deltagare i rondens vid delgivning av svår information. Därtill kan sjuksköterskan bättre följa upp informationen efter rondens. En del utav dessa förslag tillämpas redan men författaren tror att det kan bli bättre.

Rondens bör finnas för patienterna och bör anpassas för dem. Tyvärr anpassas den mer efter verksamheten och personalen. Förslagen som är presenterade bygger mycket på att patienten ska anpassa sig. Kan vi inom verksamheten se över tillvägagångssätt så att det gynnar patienten mer, se till deras bästa? Rondens som fenomen behöver bli mer effektiv, många gånger blir det dubbelarbete genom att patienterna inte får tillräckligt med tid och information, det skapar mer frågor efteråt till sjuksköterskan. Kan en sitttrond vara ett alternativ där läkaren och sjuksköterskan går igenom allt om patienten innan läkaren träffar patienten? Därefter går läkaren runt själv, pratar med patienten, bildar sig en uppfattning om patientens hälsa och ger information i lugn och ro. Fördelen för patienten blir att det inte är så många deltagare med och läkaren avsätter mer tid så att samtalet går lugnt tillväga. Dessutom undviks aspekter som att deltagarna pratar och dividerar inne hos patienten. Nackdelen för personalen är att de lärtillfällen som skapas under rondens blir åsidosatta och vad som blev sagt inne hos patienten inte delgivs sjuksköterskan. Sjuksköterskans delaktighet i patientens vård blir då åsidosatt.

Förslag till fortsatt forskning

Det kan vara intressant att gå vidare och undersöka upplevelsen av att vistas på större sal och hur det påverkar patienten, eftersom författaren inte har lyckats hitta några studier inom det området. Då kan alla aspekter vara med såsom hur det upplevs att vårdas på en större sal och hur det upplevs när rondens kommer. Dessutom kan det vara intressant att utföra studien på till exempel en vanlig kirurgavdelning där det finns större salar, där vårdtiderna är längre och där övervägande maligna diagnoser förekommer.

Ronden är ett arbetssätt som har använts länge inom sjukvården, författaren önskade hitta finna en historisk tillbakablick men lyckades inte. Det finns inte mycket forskning om rondens fenomen och om hur den kan förbättras, därför finns det ett behov för fler studier inom detta område. En annan aspekt att studera är olika tillvägagångssätt när det gäller rondens frågor är: Är rondens ett bra redskap för läkaren, övrig personal och för patienten? Är rondens ett bra redskap för att läkaren ska få en helhet om patientens hälsa och delgivning av information?

REFERENSER

- Busby, A., & Gilchrist, B. (1992). The role of the nurse in the medical ward round. *Journal of Advanced Nursing*, (17), 339-346.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, U., Chiappe, I., & Sellström, E. (2003). Att vårdas på sjukhus. Vad är patienter missnöjda med? *Vård i Norden*, 2 (23), 36-39.
- Giorgi, A. (1996). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University press.
- Helsingforsdeklarationen. (1964, uppdaterad 2004). *The World Medical Association*. Hämtad 24 april, 2008 från <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundh, B. (1994). *Bra Böckers stora läkarlexikon*. Höganäs: Bokförlaget Bra böcker AB
- Malmström, S., Györki, I., & Sjögren, P.A. (1991). *Bonniers svenska ordbok*. (5:e uppl.) Stockholm: Bonnier Fakta Bokförlag AB.
- Nationalencyklopedin. (2008). *Nationalencyklopedin*. Hämtad 4 mars, 2008 från <http://www.ne.se>
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research Principles and Methods*. (6th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Socialstyrelsen. (2008). Åtta sidor om sekretess inom hälso- och sjukvården och *socialtjänsten*. Hämtad 16 oktober, 2008 från <http://www.sos.se/fulltext/114/2002-114-6/2002-114-6.htm>
- Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS). *Socialstyrelsens allmänna råd – Omvårdnad inom hälso- och sjukvård (SOSFS 1993:17)*. Hämtad 4 mars, 2008 från <http://www.sos.se/sosfs/1993>
- Streubert Speziale, H.J., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing*. (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Svenaesus, F. (2003). *Sjukdomens mening*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Svensk författningssamling (SFS). *Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763)*. Hämtad 4 mars, 2008 från

<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

Svensk författningssamling (SFS). Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Hämtad 4 mars, 2008 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531>

Travelbee, J. (2006). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Danmark: Munksgaard

Weber, H., Stöckli, M., Nubling, M., & Langewitz, W.A. (2007). Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling*, (67), 343-348.

Widäng, I., & Fridlund, B. (2003). Self-respect, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), 47-56.

Åshild Wesche, S. (1997). Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleierne. *Vård i Norden*, 1(18), 11-17.

Informationsbrev

Förfrågan om deltagande i en studie.

Undertecknad är sjuksköterska och har varit verksam på KAVA i 10 år. Jag skriver en Magisteruppsats i Omvårdnad och utgår från Hälsohögskolan i Skövde.

Syftet med studien är att undersöka patientens upplevelse av rondens på en kirurgisk akutvårdsavdelning.

Det är viktigt att ta del av patienters upplevelser av rondens, genom att beskriva och analysera dessa upplevelser och erfarenheter kan resultatet bidra till att utveckla rondens inom verksamheten. För att samla in data till studien har jag valt att göra en intervjustudie och jag uppskattar om ni vill medverka. Intervjun kommer att spelas in på band som beräknas att ta 30-45 minuter, sedan avlyssnas bandet och innehållet skrivs ned. Er berättelse kommer att sedan analyseras för att få fram ett resultat vilket ska belysa syftet. Materialet kommer att tas om hand konfidentiellt och bandet kommer att kasseras när studien är färdig och examinerad. Ert deltagande är frivilligt och ni kan när som helst avbryta intervjun utan förklaring om så önskas och det påverkar inte din framtida vård.

Jag önskar att ni skriver under bifogat medgivande.

Med vänliga hälsningar

Åsa Lastra
Tel: XXXXXXXXXX

Handledare: Annsofie Adolfsson
XXXXXXXXXX

Medgivande till studien

Jag har tackat ja till att delta i studien ”Att undersöka patientens upplevelse av rondens på en kirurgisk akutvårdsavdelning”. Jag har tagit del av den information som nämns i Informationsbrevet och ger här med mitt informerande samtycke till att delta.

Detta dokument har skrivits under i två exemplar. Ett behåller jag och det andra behålls av Åsa Lastra som ska intervjua mig.

Datum och underskrift av deltagare

Datum och underskrift av intervjuare

Intervjuguide

Inledningsvis kommer frågan om ålder att ställas, dessutom kommer kön att noteras.

Syftet med studien är undersöka patientens upplevelse av rondens på en kirurgisk akutvårdsavdelning.

För att få en beskrivande och berättande upplevelse av rondens så kommer följande fråga att ställas till informanten:

Kan du beskriva och berätta hur du upplever rondens på KAVA?

Upplever du något stöd från sjuksköterskan under rondens?

Efter fyra intervjuer valdes det att göra en förändring och revidering av intervjuguiden för att intervjuerna skulle bli bättre.

En inledande fråga valdes innan intervjun spelades in och det var följande:

Nu har du varit på KAVA, berätta lite om det...

Sedan ställdes följande fråga:

Kan du berätta hur rondens var för dig och hur du upplevde den?

Upplever du något stöd från sjuksköterskan under rondens?

Informationsbrev

Verksamhetschef för Kirurgi

Förfrågan om ett medgivande.

Jag heter Åsa Lastra och är anställd som sjuksköterska på KAVA. Jag har läst en kurs på Högskolan i Skövde som heter Omvårdnad och evidens 15 hp och jag har gjort en design till en Magisteruppsats. Jag kommer att gå en Magisteruppsats kurs 15 hp till hösten. Studien kommer att påbörjas vecka 35. Nedan presenteras min problemformulering och mitt syfte.

Ronden på KAVA sker dagligen med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Mötet med patienten sker inne på salen vid dess sängkant. Samtal, information, diagnostik, fortsatt planering och även utskrivning sker med läkaren under rondan. Eftersom det är en akutavdelning så behövs det snabba beslut för vidare handläggning och mötet med patienten sker snabbt och på kort tid. Rondan är viktig såväl för patient som för personal men det är en speciell situation som kan upplevas på olika sätt, dessutom finns det inte alltid möjlighet till avskildhet för patienten. Eftersom det är korta och snabba möten mellan läkaren och patienten så är frågan; Hur upplever patienten rondan på en kirurgisk akutvårdsavdelning? Upplever patienten att dess integritet och autonomi beaktas? Hur upplever patienten den information som ges och upplever patienten något stöd från sjuksköterskan?

Syftet med studien är att undersöka patientens upplevelse av rondan på en kirurgisk akutvårdsavdelning.

Jag kommer att göra en intervjustudie och varje intervju planeras att ta cirka 45 minuter. Intervjun kommer att ske i ett ostört och enskilt rum på avdelningen. Intervjuerna ska spelas in på band. Materialet ska handhavas konfidentiellt. Varje informant kommer att kontaktas innan intervjun, de ska bli tillfrågade och informerade både muntligt och skriftligt på avdelningen. Ett medgivande ska skrivas under. Informationen ska innehålla studiens syfte, anonymitet och frivillighet. Informanterna kommer att få information om att de när som helst kan avbryta intervjun om så önskar utan att behöva ange något skäl och att det inte påverkar framtida vård. Jag har valt att göra ett strategiskt urval av 12 patienter, för att få spridning på åldrar och att det blir hälften kvinnor och hälften män, tanken är också att få en spridning av erfarenhet från de olika salarna. Intervjuantalet kan eventuellt ändras då mättnaden får styra. De patienter som väljs ut ska vara utskrivna och jag skall inte ha vårdat patienterna själv. De etiska aspekterna hänvisar jag till Helsingforsdeklarationen. Målet med studien är att se om det är något vi behöver ändra på eller tänka särskilt på under pågående rond.

Jag önskar ditt medgivande att få göra den här studien på KAVA. Vid förfrågan kan du kontakta mig på KAVA eller skicka ett mail.

Med vänliga hälsningar

Åsa Lastra

Handledare: Annsofie Adolfsson
XXXXXXXXXX

Medgivande från Verksamhetschef

Informationsbrev

Enhetschef på KAVA

Förfrågan om ett medgivande.

Jag har läst en kurs på Högskolan i Skövde som heter Omvårdnad och evidens 15 hp och jag har gjort en design till en Magisteruppsats. Jag kommer att gå en Magisteruppsats kurs 15 hp till hösten. Studien kommer att påbörjas vecka 35. Nedan presenteras min problemformulering och mitt syfte.

Ronden på KAVA sker dagligen med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Mötet med patienten sker inne på salen vid dess sängkant. Samtal, information, diagnostik, fortsatt planering och även utskrivning sker med läkaren under rondens gång. Eftersom det är en akutavdelning så behövs det snabba beslut för vidare handläggning och mötet med patienten sker snabbt och på kort tid. Ronden är viktig såväl för patient som för personal men det är en speciell situation som kan upplevas på olika sätt, dessutom finns det inte alltid möjlighet till avskildhet för patienten. Eftersom det är korta och snabba möten mellan läkaren och patienten så är frågan; Hur upplever patienten rondens gång på en kirurgisk akutvårdsavdelning? Upplever patienten att dess integritet och autonomi beaktas? Hur upplever patienten den information som ges och upplever patienten något stöd från sjuksköterskan?

Syftet med studien är att undersöka patientens upplevelse av rondens gång på en kirurgisk akutvårdsavdelning.

Jag kommer att göra en intervjustudie och varje intervju planeras att ta cirka 45 minuter. Intervjun kommer att ske i ett ostört och enskilt rum på avdelningen. Intervjuerna ska spelas in på band. Materialet ska handhavas konfidentiellt. Varje informant kommer att kontaktas innan intervjun, de ska bli tillfrågade och informerade både muntligt och skriftligt på avdelningen. Ett medgivande ska skrivas under. Informationen ska innehålla studiens syfte, anonymitet och frivillighet. Informanterna kommer att få information om att de när som helst kan avbryta intervjun om så önskar utan att behöva ange något skäl och att det inte påverkar framtida vård. Jag har valt att göra ett strategiskt urval av 12 patienter, för att få spridning på åldrar och att det blir hälften kvinnor och hälften män, tanken är också att få en spridning av erfarenhet från de olika salarna. Intervjuantalet kan eventuellt ändras då mättnaden får styra. De patienter som väljs ut ska vara utskrivna och jag skall inte ha vårdat patienterna själv. De etiska aspekterna hänvisar jag till Helsingforsdeklarationen. Målet med studien är att se om det är något vi behöver ändra på eller tänka särskilt på under pågående rond.

Jag önskar ditt medgivande att få göra den här studien på KAVA. Vid förfrågan kan du kontakta mig.

Med vänliga hälsningar

Åsa Lastra

Handledare: Annsofie Adolfsson
XXXXXXXX

Medgivande från Enhetschef