

När man inte vet -

Patienters upplevelser av att vårdas för ospecifik buksmärta på kirurgiska akutvårdsavdelningar

FÖRFATTARE	Ann-Louise Andersson Linda Berghäll Friman
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterske- programmet med inriktning mot kirurgisk vård, 60 poäng
KURSKOD	OM5350
	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård VT 2014
OMFATTNING	15 Högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars-Eric Olsson
EXAMINATOR	Lasse Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Förord

Författarna vill framföra tack till medverkande informanter som var villiga att delge oss sina erfarenheter och vår handledare Lars-Eric Olsson för att du inte gav upp om oss.

Att skriva den här uppsatsen krävde mycket arbete, mer än vi i början trodde. Vi har tillsammans kämpat, skrattat och brottats. Vi har pendlat mellan hopp och förtvivlan men hela tiden tillsammans. Vi har haft ett oerhört stöd och backup av våra familjer som stått ut med både glada tillrop och en hel del uppgivenhet.

Därför vill vi nu tacka det bästa vi har, våra nära och kära som funnits där för oss hela tiden och hävdat att vi kommer i mål.

Vi vill också framföra vårt stora tack till enhetscheferna och kollegorna på avd 21 (KAVA) SkaS Skövde som har stått ut med på våra diskussioner, ett belamrat kontor och många kaffekoppar. Ni är guld värda!

Berith Wennström SkaS Skövde, utan dig hade det inte gått!

Tack till våra studiekamrater som via pim och sociala nätverk lyssnat, hjälpt och stöttat.

Tack vår examinator, opponenter och övriga åhörare för att ni ville ta del av vårt arbete och ge konstruktiv kritik.

Till sist tackar vi varandra, ett gott samarbete, många glada skratt och en hel del hårslitande har det blivit men vi fortsätter vara goda vänner även i livet efter detta.

Skövde 2014-03-06
Ann-Louise Andersson

Linda Berghäll Friman

Titel (svensk):	När man inte vet – Patienters upplevelser av att vårdas för ospecifik buksmärta på kirurgiska akutvårdsavdelningar
Titel (English)	<i>When one doesn't know – Patients' experiences of to be cared for at Surgical acute wards with non specific abdominal pain</i>
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård, OM5350
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	34
Författare:	Ann-Louise Andersson Linda Berghäll Friman
Handledare:	Lars-Erik Olsson
Examinator:	Lasse Persson

SAMMANFATTNING (svenska)

Inledning: Att som patient bli akut sjuk och tvingas söka vård innebär en orolig och sårbar tid för individen och kräver en god relation mellan sjuksköterska och patient. På en kirurgisk akutvårdsavdelning (KAVA) vårdas patienter med olika diagnoser och trauman. Det som skiljer sig från andra vårdavdelningar är att beslut och planering av vård ofta sker i snabb takt och som patient kan miljön kanske uppfattas som stressad. En bra och god relation med sjuksköterskan på avdelningen lägger en grund till hur patienter upplever vården. **Syfte:** Syftet är att undersöka hur patienter med oklar buksmärta upplever bemötande, vård och information på kirurgiska akutvårdsavdelningar. **Metod:** För att genomföra denna studie används en kvalitativ undersökningsmetod med en deskriptiv och tolkande innehållsanalys med intervjuer av utskrivna patienter från kirurgiska akutvårdsavdelningar (KAVA) i Västra Götalandsregionen. För att testa studien genomfördes en pilotstudie på en specifik vårdavdelning med 9 informanter. **Resultat:** Patienterna beskrev en känsla av stöd från sjuksköterskan som uppskattades och som gjorde att man kände sig sedd som en individ. Informanterna upplevde att de fick löpande information av sjuksköterskan om vad som skulle ske och det genererade i trygghet. Ronden var det som utkristalliserade sig som en negativ faktor, den gick för fort och informanterna hade svårt att ta till sig informationen som gavs. En osäkerhet och otrygghet om vad som orsakat smärtan genomsyrade intervjuerna då inga svar har givits. **Diskussion:** Sjuksköterskan på en akutvårdsavdelning har en betydande roll i sin yrkesprofession att hjälpa patienten igenom sitt sjukdomstillstånd och skapa en lugn och trygg atmosfär då vårdtiden oftast är kort och besluten om vård går fort.

Titel (svensk):	När man inte vet – Patienters upplevelser av att vårdas för ospecifik buksmärta på kirurgiska akutvårdsavdelningar
Titel (English)	<i>When one doesn't know – Patients' experiences of to be cared for at Surgical acute wards with non specific abdominal pain</i>
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård, OM5350
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	34
Författare:	Ann-Louise Andersson Linda Berghäll Friman
Handledare:	Lars-Erik Olsson
Examinator:	Lasse Persson

ABSTRACT (English)

Introduction: To become acute ill and to be forced to seek treatment involves a difficult but also a vulnerable time for the individual. This acquires a good relationship between the nurse and the patient. At a surgical emergency ward patients with different diagnoses and trauma are treated. What distinguishes this specific type of ward is that care often occurs in a rapid rate and as a patient the environment may be experienced as stressed. The relationship with the nurse at the ward establishes a foundation for how the patient experiences the health care. **Purpose:** The purpose of this study is to examine how patients with acute abdominal pain experience treatment, care and information in surgical acute wards. **Method:** In order to conduct this study, a content analysis method will be carried out with interviews of former inpatients discharged from surgical acute wards. To test this study, a pilot was conducted on a specific ward with nine informants. **Results:** The patients described a feeling of support from the nurse that was appreciated and that made them feel recognised as individuals. The patients also felt that they were regularly informed by the nurse about what would happen, and this generated in a feeling of safety. The doctors' round crystallized out as a negative factor. It went too fast and the patients experienced it difficult to understand the information that was given. An uncertainty and insecurity about what caused the abdominal pain permeated the interviews. **Discussion:** The nurse in a surgical acute ward has a significant and supporting role in her profession to help patients through their illness, as well as to create a calm and secure atmosphere, even though the hospital stay is usually short, and quick decisions are made about the care required.

Keywords: acute abdominal pain, nursing care, acute care, information

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kirurgisk akutvårdsavdelning.....	1
Patienters upplevelser av rädsla och oro.....	2
Sjuksköterskans kompetens att skapa en god vårdrelation	2
Centrala begrepp.....	3
<i>Bemötande</i>	3
<i>Att vårdas</i>	3
<i>Information/Kommunikation</i>	4
Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt.....	5
Tidigare forskning.....	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
Frågeställningar	8
METOD	8
Metodval	9
Urval	9
Datainsamling.....	10
Dataanalys.....	10
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
PILOTSTUDIE	12
RESULTAT	12
Att bli sedd	13
<i>Bemötande</i>	14
<i>Bra information</i>	15
Att känna oro	17
<i>Bristande information</i>	18
<i>Otrygghet</i>	19
METODDISKUSSION	20
RESULTATDISKUSSION	21
Att bli sedd.....	22
Att känna oro	23
SAMMANFATTNING	25
REFERENSER	26

BILAGOR

1 Forskningspersonsinformation

2 Skaraborgs sjukhus område - M4 - KAVA

INLEDNING

Att som patient bli akut sjuk och tvingas söka vård innebär en orolig och sårbar tid för individen och kräver en god relation mellan sjuksköterska och patient (Blockley & Alterio, 2008). Trots att man vet att det innebär en traumatisk upplevelse för patienten finns det lite forskning kring hur patienterna verkligen upplever att bli akut sjuka och ineliggande för vård (Blockley, 2003).

En av de vanligaste orsakerna till att patienter idag söker vård är akuta buksmärter. Akut buksmärta definieras utifrån kriterierna buksymtom som varit kortare än 7-10 dagar (Järhult & Offenbart, 2006). Ett stort antal diagnoser kan vara orsak till det smärttillstånd som patienten upplever t.ex. appendicit, gallvägssjukdomar eller divertikulit och då man uteslutit andra diagnoser som förklaring till buksmärtan används som en uteslutningsdiagnos *ospecifik buksmärta* (Laurell, Hansson & Gunnarsson, 2006). I en studie gjord av Laurell (2006) var ospecifik buksmärta den vanligaste utskrivningsdiagnosen. Ospecifik buksmärta innebär enligt Laurell (2006) att smärtan har släppt spontant och ingen orsak funnen till varför smärtan uppkommit.

Enligt Blockley (2003) kan den första tiden på en akutuårdsavdelning upplevas traumatisk då patienten upplever att man inte får tillräcklig information eller ett optimalt bemötande under den akuta fasen av sjukdomsförloppet vilket kan leda till att de känner sig maktlösa och utlämnade. Blockley (2003) menar att en förutsättning för att patienten skall uppleva ett så litet emotionellt trauma som möjligt är att de får den information och det stöd de personligen behöver.

BAKGRUND

Kirurgisk akutuårdsavdelning

På en kirurgisk akutuårdsavdelning (KAVA) vårdas patienter med olika diagnoser och trauman. Det kliniska uppdraget för avdelningen är att ta emot patienter från akutmottagningen och vårdplatserna nyttjas främst till patienter som är i behov av intensifierad tillsyn. Den huvudsakliga patientgruppen är allmänkirurgiska diagnoser såsom akut buksmärta men det förekommer även patientgrupper från specialiteter som ortopedi, urologi och öron-näsa-hals. KAVA har ett patientflöde dygnet runt och måste alltid kunna ta emot patienter. Detta innebär att vårdtiden oftast är mycket kort och intensiv då det i avdelningens uppdrag också ligger ansvar att koordinera platser inom kirurgkliniken.

Det som skiljer sig från andra vårdavdelningar är att beslut och planering av vård ofta sker i snabb takt och som patient kan miljön kanske uppfattas som stressad och att man kan känna sig åsidosatt och i värsta fall bortglömd.

Patienters upplevelser av rädsla och oro

I en studie av Möller, Fridlund och Göransson (2010) upplever patienter en rädsla att bli lämnade ensamma i ett rum utan att kunna få ögonkontakt med personalen och en känsla av att bli bortglömda. Upplevelser framkom också, i samma studie, bland patienterna att sjuksköterskorna bara ser till det medicinska behovet och inte till patientens emotionella behov vilket leder till att patienten upplever en oro i den akuta fasen av sin sjukdom. Potter et al. (2005) anser att sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården har det kliniska beslutsfattandet och huvudansvaret att inom ramen för omvårdnadsprocessen agera vad det gäller att identifiera, diagnostisera och bemöta mänskliga reaktioner på ohälsa och sjukdom.

Patienter som blir akut sjuka och måste uppsöka sjukhus är ofta påverkade av den akuta situationen att plötsligt förlora kontrollen över sin hälsa, situationen och att hamna i beroendeställning vilket leder till att patienter upplever en oro. En oro och rädsla om sin hälsostatus vilket påverkar patienten negativt i det akuta skeendet och att man då som patient förväntar sig att bli behandlad av vårdpersonalen som en enskild individ (Möller et al., 2010). Muntlin, Gunningberg och Carlsson (2006) beskriver i sin studie att både sjuksköterskor och läkare måste bli mer uppmärksamma på den enskilde individen och dennes behov. Många sjuksköterskor visar inget intresse för patientens livssituation men enligt artikelförfattarna kan detta uppnås genom att vården blir mer evidensbaserad och personcentrerad.

Möller et al. (2010) beskriver att patienter ofta upplever oro och rädsla när de söker akut vård, de befarar det värsta och är rädda att de inte kan beskriva sina sjukdomssymtom på ett adekvat sätt vilket utlämnar patienten i en sårbar situation.

Sjuksköterskans kompetens att skapa en god vårdrelation

Sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården kan lindra patientens upplevelser av sårbarhet genom att öka dennes personliga kapacitet till delaktighet i vården genom att skapa en god relation mellan sjuksköterska och patient (Hanks, 2007). Halldorsdottir (2008) menar att en bra och god relation med sjuksköterskan på avdelningen lägger en grund till hur patienter upplever vården. I sin studie menar Halldorsdottir (2008) att den

”livs-givande” sjuksköterskan är en sköterska som *ser* och skapar en relation med patienten och genom sin kommunikation gör att patienten känner sig som en sedd individ och i denna relation hjälper sjuksköterskan patienten att känna ett bättre välbefinnande och hälsa. Halldorsdottir (2008) menar att sjuksköterskan med sin kliniska blick, sin kompetens och sitt sätt att vara kan stärka patienten och enligt författaren fungerar relationen mellan sjuksköterskan och patienten som en bro som bygger samman bådas världar så att patienten upplever sig trygg och välinformerad i sin vårdssituation. Blockley och Alterio (2008) menar att upplevelsen av ett bra bemötande, en god vård och en bra information är avgörande för hur patienten tillfrisknar och/eller upplever sig sedd och förstådd. De flesta patienter vill bli sedda och förstådda av sjuksköterskor som behandlar dem som unika individer och får dem att känna sig speciella med egna individuella behov.

Centrala begrepp

Bemötande

Att definiera begreppet bemötande är svårt då det är ett abstrakt begrepp som innefattar många olika dimensioner och då det inte går att direkt översätta till engelskan är det svårt att hitta internationella artiklar angående begreppet.

Ordet bemötande kan enligt Nationalencyklopedin [NE] (2014) även benämnas som uppträdande – hur man interagerar med andra människor. Inom vården skapar bemötandet en relation mellan sjuksköterskan och patienten och detta är enligt Halldorsdottir (2008) själva kärnan i omvårdnaden. Relationen skapar ett känslomässigt förhållande mellan två personer och handlar om samspelet mellan dem och sjuksköterskans förmåga att hålla denna relation på en professionell men ändå, för patienten, mänsklig nivå skapar en trygg patient (ibid.). Hur sjuksköterskans bemötande genom sitt tal, handlingar, gester, ansiktsuttryck och tonfall kommer till uttryck är enligt Halldorsdottir (2008) avgörande för hur patienterna upplever sig bemötta och trygga i omvårdnaden.

Att vårdas.

Att patienten aktivt deltar i sin vård ökar motivationen, ger bättre behandlingsresultat och ökar patienttillfredställelsen av erhållen vård (Williams, Freedman & Deci, 1998; Saino, Lauri & Eriksson, 2001). Patienter har en laglig rätt att delta i sin egen vård, individuellt anpassad utifrån egna resurser och önskningsar

(Larsson et al, 2011). I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, § 2a:3-4) anges att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Genom att som sjuksköterska bygga upp en tillitsfull relation med patienten skapas en styrka hos denne att göra så mycket som möjligt själv utifrån sina egna resurser vilket leder till en ökad patientdelaktighet (Sahlsten, Larsson, Lindencrona & Plos, 2005).

Genom att lära känna personen bakom patienten som en individ med förnuft, önskan och behov engagerar man denne att bli en jämlik aktiv partner i hans/hennes vård och behandling (Ekman et al, 2011). Ekman et al. (2011) menar att idag får en patient anpassa sig efter systemet och den traditionella akuta sjukvården och den enskilda individens behov och värderingar blir åsidosatta.

Den personcentrerade vården kännetecknas av att sjuksköterskan sätter grunden för ett partnerskap genom att lyssna till patientens berättelse och tar del av dennes livsvärld och i detta partnerskap utvecklas det gemensamt en individuell vårdplan utifrån patientens resurser och motivation (Ekman et al, 2012; Ekman et al. 2011).

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) finns det tydligt beskrivet att sjuksköterskan skall jobba utifrån individens/anhörigas specifika behov och önskemål, att genom hela vårdprocessen jobba utifrån en humanistisk utgångspunkt och visa omsorg och respekt.

Information/kommunikation

Ordet "information" kommer från det latinska verbet *informare* som innebär "ge form" eller "utforma" (NE, 2014). Det är svårt att dra en gräns mellan orden information och kunskap. Att informera någon betyder att delge denne kunskaper (får kännedom om någonting) för att veta vad som ska göras eller hur någonting ska göras.

Till skillnad från information så beskrivs kommunikation som överföring av information mellan två eller flera individer (NE, 2014). Ordet kommunikation kommer från latinets *communicatio* och betyder ömsesidigt utbyte och *communis* – gemensam, allmän. Att vi som människor har ett behov av att kommunicera ser man redan hos det nyfödda barnet och kommunikationen kräver ett språk eller en kod samt ett fysiskt medium som informationen överförs genom (NE, 2014). Patienters erfarenhet av att inte veta vad som kommer att ske under vårdtiden och deras brist på kunskap leder till att patienter upplever att man ibland som vårdpersonal undanhåller information vilket

skapar en känsla hos patienten att inte vara delaktig i sin vård (Eldh, Ehnfors & Ekman, 2005).

Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt

Enligt Orlando (1961) är omvårdnaden en process, där de centrala faktorerna är interaktionen av samspelet mellan sjuksköterska och patient vid en given tidpunkt. Orlando utgår i sin omvårdnadsmodell från metaparadigmbegreppen *människa, hälsa, miljö* och *omvårdnad*. Människosynen är humanistisk och dynamisk och patienten är en aktiv och medansvarig person. Det är då av yttersta vikt att sjuksköterskan fortlöpande försäkras sig om att hon förstår patientens situation. Individens upplevelse av hjälplöshet i olika situationer kopplas till behovet av omvårdnad.

Sjuksköterskan skall vara observant på faktorer som kan inverka negativt på patientens välbefinnande, då sjukdomen och dess behandling är tillräckligt ansträngande för patienten. Den centrala aspekten utgörs av en interaktionsprocess i här-och-nu-situationen och utgörs av den omedelbara situationen i sjuksköterskans möte med patienten. Sjuksköterskan skall rikta sin uppmärksamhet mot personen och i mötet med honom/henne ligger familj och samhälle utanför här-och-nu-situationen.

Omvårdnaden beskriver Orlando (1961) som en unik och självständig funktion för att kunna tillgodose patientens omedelbara behov. Interaktionsprocessen inleds med att sjuksköterskan uppmärksammar patientens beteende, vilket kan ge uttryck för ett behov av hjälp som patienten själv inte kan tillfredsställa. Beteendet kan vara verbalt eller icke-verbalt. Det verbala beteendet hos patienten kan bestå i klagande, förfrågningar, krav, frågor eller kommentarer men det kan också bestå i av att patienten nekar vård eller behandling. Det icke-verbala beteendet hos patienten kan bestå i fysiologiska reaktioner som påverkar blodtryck, puls, respiration samt beteendet av sitt sätt att gå, le och undvika ögonkontakt.

Nästa steg i interaktionsprocessen är sjuksköterskans reaktion på patientens beteende där sinnesorganen medvetandegörs med hjälp av perception. De handlingar som sjuksköterskans reaktioner leder till bör identifiera de behov som patienten har här-och-nu. Sjuksköterskan väljer sedan handling efter vad som är relevant för patientens behov, och då i samråd med patienten.

Orlando (1961) menar att sjuksköterskans omedelbara antaganden inte alltid överensstämmer med patientens upplevelse av situationen och patientens behov av omvårdnad. Det kan vara svårt att avgöra om en patient som gråter, är ledsen och rädd

eller om det beror på smärta. Sjuksköterskan måste därför träna sig i att skilja mellan observationer, tankar och känslor. Interaktionen bygger på alltså samspelet och kommunikationen mellan sjuksköterska och patient och detta skall bidra till att säkerställa sjuksköterskans handlingar så att det motsvarar patientens behov.

Tidigare forskning

I en studie gjord av Eriksson, Chiappe och Sällström (2003) sorterades, under begreppet interaktion, ut fynd som berörde hur patienter bemöts vid vårdkontakt. Patienterna upplevde att de ignorerades av personalen och att personalen inte lyssnade på dem. En upplevelse framkom också att personalen inte behandlade patienterna med värdighet, då de inte tog sig tid att prata och lyssna på deras bekymmer.

Enligt Eriksson et al. (2003) upplevde patienterna att, ofta talade personalen över huvudet på dem och inte med dem. Ett flertal av patienterna upplevde att personalen misstrodde dem och inte tog dem på allvar och detta då framkom framförallt vid ankomstsamtalen på avdelningen. Uttryck av brist på känslomässigt stöd, omtanke, medkänsla och tröst av personalen framkom också bland patienterna. Ur studien lyftes också fram patienternas upplevelse av vikten att få adekvat information. Patienter uttryckte att informationen var allmänt dålig och otillräcklig om vad som skulle hända och vad som var planerat under vårdtillfället. Den stressade personalen, underbemanning på avdelningen och personalens pappersarbete upplevdes också som en bidragande orsak till försämrade vårdkvalitet. Patienter blev missnöjda och besvikna på vården då en god omvårdnad som bygger på närvaro, välvilja och förståelse brister.

McCabe (2004) har i en artikel beskrivit patienters upplevelser av personcentrerad kommunikation på en vårdavdelning. Författarens resultat visade på att sjuksköterskor är bra på att kommunicera med patienter på en personcentrerad nivå men väljer att hålla nivån på en mer ”uppgifts”-centrerad nivå för att skydda sig själva emotionellt. I studien framkom att patienterna uppfattade detta men både av rädsla för att vården skall försämras och av uppfattningen att sjuksköterskan har så mycket att göra säger de ingenting, som patient accepterar man mycket för att man går ner i en passiv underlägsen roll.

Fröjd, Leo Swenne, Rubertsson, Gunningberg och Wadensten (2011) har i en studie, gjord för att mäta kvalitén på den akuta vården, noterat att patienter upplevde att förbättringar behöver göras både vad det gäller patientens möjlighet att påverka vården men också att personalen behövde implementera en mer individanpassad vård. Precis

som McCabe (2004) nämner har Fröjd et al.(2011) visat på att patienterna upplevde vården mer ”uppgifts”-centrerad snarare än att utgå utifrån den specifika individens önskemål och behov. Fröjd et al. (2011) visade på att patienter som blivit akut inlagda upplevde en sämre information angående planering och fortsatt vård men också en sämre kontakt med läkaren än de patienter som hade en planerad inläggning.

Att identifiera patientens omvårdnadsproblem är en viktig förutsättning för genomförande och planering av en individualiserad vård av hög kvalitet (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2004). Eftersom vårdtiden på en akutvårdsavdelning ofta är kort och att patienten har en akut smärtsam sjukdom, är det av vikt att som sjuksköterska bedöma patientens behov omedelbart. Sjuksköterskor måste bli mer medvetna om att patienternas uppfattningar om att en god omvårdnad ofta skiljer sig från sjuksköterskornas bedömningar av god vård. Patienten ges en mer delaktighet i sitt omvårdnadsbeslut genom samtal med öppna diskussioner mellan sjuksköterska och patient (ibid.). I tidigare forskning framkom det också i en studie av Bolster och Manias (2009) att interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter är den underliggande filosofin inom omvårdnaden. Huvudteman som framkom var tillhandahållande av individanpassad vård, patienternas delaktighet i vården och hinder för att ge en personcentrerad vård i en akut vårdmiljö. Sjuksköterskor betonade att, för att kunna ge en personcentrerad och individuell vård till patienten måste sjuksköterskan lära känna patienten och skapa en god relation. Patienternas delaktighet framhävs av att sjuksköterskor involverar patienterna i sin vård och att det ges en god information till patienterna vilket bidrar till att stärka deras delaktighet i vården. Hinder för en god vård uppmärksammades av att det saknades tid för sjuksköterskorna att skapa en god relation med patienterna, vilket utgjorde en stor motgång för den personcentrerade vården.

Enligt Sahlsten et al. (2005) innebär patientdelaktighet att det ska finnas en grundad relation mellan patient och sjuksköterska, att sjuksköterskan kan lämna ifrån sig en del av makt och kontroll till patienten, att ett utbyte av kunskap och information sker samt att parterna kan mötas i intellektuella och/eller fysiska aktiviteter.

En av de vanligaste orsakerna till att patienter uppsöker akutmottagningar är akut buksmärta och i många fall kan den smärtan vara svår att diagnostisera (Golash & Willson, 2005). Laurell (2006) menar på att sjukdomsförloppet för patienterna kan påverkas av hur snabbt det går att eventuellt ställa en diagnos eller att åtminstone förstå vad som behöver göras för den enskilde patienten i ett utredningssyfte vilket leder till att patienten blir inneliggande för observation på en kirurgisk akutvårdsavdelning.

Schultz, Qvist, Mogensen och Pedersen (2014) har i sin studie intervjuat patienter vid utskrivning från vårdavdelningen och med en uppföljande intervju tre månader efter utskrivningen. Det som framkom var att patienter som inte kunnat få någon diagnos på sin buksmärta upplevde att smärtan fortsättningsvis påverkade deras vardagliga liv negativt och att det fanns flertalet obesvarade frågor hos patienterna tre månader efter sjukhusvistelsen.

PROBLEMFÖRMULERING

Många av de patienter som söker akut vård för buksmärta får aldrig någon diagnos. Tidigare studier har visat att denna patientgrupp står för en stor del av den kirurgiska vården (Laurell, 2006). Att som patient vistas på en akutvårdsavdelning med smärtor som man inte vet orsaken till medför en källa till osäkerhet och otrygghet (Blockley & Alterio, 2008). Sjuksköterskan har en skyldighet att skapa en bra vårdmiljö och ge patienter en trygg och individanpassad vård (Socialstyrelsen, 2005). Eftersom vården på en akutvårdsavdelning sker i snabb takt och inte alltid i samråd med patienten vill författarna undersöka hur patienter upplever vården på kirurgiska akutvårdsavdelningar.

SYFTE

Syftet är att undersöka hur patienter med ospecifik buksmärta upplever bemötande, vård och information på kirurgiska akutvårdsavdelningar.

Frågeställningar

Hur upplevde patienten bemötandet på avdelningen?

Hur upplevde patienterna vårdtiden?

Tyckte patienterna att de fick löpande och tillräcklig information under vårdtiden?

METOD

I omvårdningsforskning kan man få fram data genom två olika ansatser: kvalitativ och kvantitativ. Den kvantitativa forskningen ger svar på forskningsfrågor genom att jämföra, se samband och kartlägga datamaterial som sedan redovisas med hjälp av statistik. Kvalitativ forskning vill fånga upplevelsen och skapa förståelse för det undersökta fenomenet, resultatet går inte att mäta numeriskt (Henricsson, 2012).

Metodval

En kvalitativ undersökningsmetod med en deskriptiv och tolkande innehållsanalys anses som passande då det är intervjuer med informanternas upplevelser som efterforskas (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Kvale (2006) vill forskaren med kvalitativa intervjuer få fram informantens upplevda erfarenheter och fånga dennes livsvärld genom att skapa ett personligt möte med informanten för att få dem att öppna sig och ge möjlighet för författarna att kunna lyfta fram det som förmedlas i intervjun.

För att genomföra denna studie används en kvalitativ utgångspunkt med intervjuer av utskrivna patienter från kirurgiska akutvårdsavdelningar (KAVA) i Västra Götalandsregionen.

Urval

Urval av informanter sker utifrån syftet med studien att undersöka hur patienter med ospecifik buksmärta upplever bemötande, vård och information på 4 kirurgiska akutvårdsavdelningar (KAVA) i Västra Götalandsregionen, detta för att få en spridning av upptagningsområde samt storlek på sjukhus där KAVA-avdelningar finns.

Urvalet av informanter sker under en vecka per vårdavdelning och innefattar de patienter som skrivs ut från avdelningen med diagnoskoden buksmärta UNS (utan närmare specifikation). Ett minimum per avdelning bör vara 6 informanter eller tills mättnad råder, vilket ger ett slutresultat på minst 24 deltagare med ett mål att få en jämn köns- och åldersfördelning.

Inklusionskriterier: svensktalande vuxna (över 18år) vårdade på avdelningen med en kort vårdtid (1-3 dagar) och vara utskrivna vid intervjutillfället. Exklusionskriterier innefattar: personer med demenssjukdom samt personer med pågående missbruksproblematik. Vid ett avdelningsmöte informeras personalen om den planerade studien. Där ombeds sjuksköterskorna på avdelningarna att kontakta forskarna om det finns inneliggande patienter som för studien kan bli passande informanter. De informanter som forskare väljer ut tillfrågas av respektive patientansvarig sjuksköterska. Informanterna får muntlig och skriftlig information om studien och att det bygger på frivilligt deltagande, att det går att avbryta sitt deltagande utan att ange skäl för orsak samt att de kan få betänketid innan beslut om deltagande tas. Vid acceptering om deltagande ifylls ett samtyckesformulär, därefter sker intervjuerna i ett enskilt rum på

avdelningen eller på annan av deltagaren vald ostörd plats som känns bekväm för deltagaren (Polit & Beck, 2011).

Datainsamling

Datainsamlingen utförs genom intervjuer med patienter som vårdats på de kirurgiska akutvårdsavdelningarna. Intervjuerna som bandinspelas och förväntas vara mellan 30- 45 minuter, inleds med att informanterna får berätta lite om sig själva för att skapa en så lugn och avslappnad atmosfär som möjligt. Intervjuerna kommer att genomföras med tre öppna frågor utifrån en konstruerad intervjuguide där informanten får berätta om bemötandet vid ankomst till avdelningen, upplevelsen av vården och informationen på avdelningen.

Ur intervjuerna förväntar sig författarna att få fram teman, förstå det som visar sig och det som erfars. Valet av dessa öppna frågor görs för att få en konversation och ett naturligt samspel till informanten samt att det ger en möjlighet att ställa följdfrågor (Polit & Beck, 2011).

Dataanalys

Graneheim och Lundman (2004), menar att syftet med en kvalitativ innehållsanalys är att besluta om analysen av datamaterialet skall ske genom ett manifest eller ett latent innehåll. I denna studie har författarna beslutat att använda sig av en latent analysmetod. Genom att läsa det insamlade materialet flertalet gånger skapas en känsla av helhet om vad som framkommer i informanternas intervjuer. Tolkningsprocessen startar och mynnar ut i kategorier och/eller beskrivande teman. De meningsbärande enheterna kondenseras och jämförs utifrån skillnader och gemensamheter. Med hjälp av det latent synsättet som besvarar frågan *Hur* tolkas den underliggande betydelsen för att utifrån detta skapa subteman av de meningsbärande enheterna vilket skapar en röd tråd - kod av innehållet. Genom att tematisera innehållet i varje transkriberad intervju så får man fram innehåll som mynnar ut i gemensamma teman (fig1).

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Tolkning av underliggande betydelse	Subteman	Tema
<i>"Men jag kände... att jag kunde ringa när jag behövde, dom kom när jag ringde"</i>	Någon kommer när jag behöver	Sjuksköterskan tar sig tid	Gott bemötande	Att bli sedd

Fig. 1: Ex på innehållsanalys

Trovärdigheten utifrån denna analysmetod avgörs hur väl kategorierna och teman överensstämmer med det insamlade intervjumaterialet.

Det som författarna vill nå med denna analysmetod är att identifiera teman i materialet som presenteras under resultatdelen i studien. För att nå fram till resultatet läses intervjutexterna igenom flera gånger under analysens gång av författarna var för sig. Denna metod anser författarna vara passande då det är upplevelser, känslor och tankar som efterfrågas i studien. Metoden ger författarna möjlighet att tolka fritt i materialet och tillåter en viss förförståelse.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Då studien genomförs med en kvalitativ ansats där enskilda individer intervjuas angående sina uppfattningar och upplevelser av vården är det viktigt att tänka på de etiska aspekterna. Man har som forskare en skyldighet att skydda den enskilda personen som deltar i projektet och enligt SSN, Sykepleiernes samarbete i Norden (1983, rev. 2003) vägleds omvårdnadsforskningen av följande etiska principer: Principen om autonomi, Principen om att göra gott, Principen om att inte skada och Principen om rättvisa. Dessa forskningsetiska principer bygger på FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna och Helsingforsdeklarationen (1964) och skall vara tongivande när man tar sin forskning i beaktande.

I detta arbete kommer varje informant att behandlas utifrån ovan nämnda principer, all information som samlas in under arbetets gång kommer att skyddas i enlighet med riktlinjer som anges av Etikprövningsnämnden (EPN) och allt inspelat och transkriberat material kommer att kodas och sparas hos forskaren. Informanten har under hela arbetets gång alltid rätt att dra sig ur utan att för forskaren förklara varför och skall efter arbetet är färdigt inte ha några problem att kunna få tillgång till materialet. Varje informant får i enlighet med EPN information på ett lättförståeligt språk om vilket

syfte forskningen har, vad forskningen kommer användas till och vem som står bakom den (bilaga 1). Alla får skriva på ett informerat samtycke till att delta i studien och full konfidentialitet utlovas av forskare.

PILOTSTUDIE

För att testa denna studie har författarna valt att titta på hur patienter med oklara buksmärtor upplever bemötande/vården/informationen på en specifik KAVA-avdelning på ett medelstort sjukhus i Sverige. Sjukhuset har den femte största akutmottagningen i Sverige, ett stort upptagningsområde och KAVA-avdelningen har en stor omsättning av patienter. Den valda avdelningen med 30 vårdplatser ingår i akutverksamheten på sjukhuset. Av de patienter som vårdades på avdelningen 1/1-13 - 30/6-2013 skrevs 29% (bilaga 2) ut med diagnosen Buksmärtor utan närmare specifikation (UNS) och andra icke specifika buksmärtor, d.v.s. ospecifika buksmärtor som inte har kunnat sättas en säker diagnos på vid utskrivningstillfället men där buksmärtan avklingat eller gått över spontant.

RESULTAT

Informanterna tillfrågades av ansvarig sjuksköterska på vårdavdelningen innan de lämnade avdelningen efter det att de hade blivit utskrivna, detta för att de inte skulle tro att deras vidare vård skulle påverkas. De 9 informanter som tillfrågades om deltagande i studien tackade samtliga ja. Utfallet blev 5 kvinnor och 4 män i varierande åldrar mellan 23 och 83 år och ingen hänsyn togs till informanternas sociala status. Vårdtiden bland informanterna varierade mellan 1-3 dygn. Efter att de fått läsa forskningspersons-informationen och skrivit under informerat samtycke genomfördes intervjuerna i enskilt rum på avdelningen. Två av intervjuerna ägde rum på patientsal (enkelrum) då informanten p.g.a. åldersrelaterad- och grundsjukdom inte orkade mobilisera. Intervjuerna beräknades ta 30 – 45 minuter men vid genomförande blev tidsåtgången för intervjuerna 15 – 20 minuter. Den inledande intervjun genomfördes gemensamt av båda författarna tillsammans då båda är oerfarna i denna teknik. Detta för att i efterhand kunna diskutera relevanta följdfrågor inför kommande intervjuer. Resterande intervjuer delades upp mellan författarna var för sig.

Efter analys av materialet från de nio genomförda intervjuerna framkom två övergripande teman: Att bli sedd och Att känna oro. Dessa teman speglar upplevelsen

av att vara inlagd på en kirurgisk akutvårdsavdelning med ospecifika buksmärter och dess betydelse för patienten. Temana delades in i subteman som redovisas i figur 2.

Citat som används är ordagrant återgivna i kursiv stil i den löpande texten.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Tolkning av underliggande betydelse	Subtema	Tema
<p><i>"Men jag tycker det är lugnt och skönt här.../glatt runt om.../pratar och skrattar/å man kan skoja med dem allihop"</i></p> <p><i>"det har hela tiden kommit folk och sagt till mig: nu ligger det till så här.../det känns som jag hela tiden haft en klar bild av vad som skall hända...nu är det så här och det beror på det här"</i></p>	<p>Det är lugnt, glatt, man kan skoja.</p> <p>Jag har hela tiden blivit uppdaterad, fått vetskap om vad som väntar</p>	<p>Faktorer som påverkar vistelsen positivt</p> <p>Ständigt uppdaterad</p>	<p>Bemötande</p> <p>Bra information</p>	<p>Att bli sedd</p>
<p><i>"man är väldigt försiktigt med att säga saker...jag tycker att man kanske skulle få lite mer...att dom kunde vara lite mer öppna och tala om hur det faktiskt är"</i></p> <p><i>"det känns ju lite jobbigt ifall...jag är rädd att det skall komma tillbaka, det kan det ju givetvis..."</i></p>	<p>Jag är inte säker på att jag får reda på allt</p> <p>Det är lite jobbigt att inte vet om det kommer igen</p>	<p>Få reda på sanningen</p> <p>Ovissheten om framtiden</p>	<p>Bristande information</p> <p>Otrygghet</p>	<p>Att känna oro</p>

Fig. 2: Analysprocessen

Att bli sedd

Den övergripande kategorin "att bli sedd" innefattade flera komponenter som bidrog till en känsla av trygghet hos patienterna och delades in i två subteman:

Bemötande och *bra information*. Patienterna beskrev en känsla av stöd från sjuksköterskan som uppskattades och som gjorde att man kände sig sedd som en enskild individ.

Bemötande

Informanterna i studien talade om hur de upplevde att de blev sedda och att det fanns någon för dem och som uppmärksammade deras behov när de kom till avdelningen. Informanterna upplevde att de blev bekräftade.

”... trevligt bemötande ... man har liksom känt sig /.../ utan alla har varit väldigt gulliga och snälla” (Kvinna 23 år)

Sjuksköterskan mottog informanterna med sin professionalism och med ett lugn som ingav en trygghet men också en del humor som gjorde att flera av informanterna kände en familjär och lugn atmosfär. Just humorn pratade flera av informanterna om, personalen var glad och skämtade och det gav en stämning på avdelningen som gjorde det lättare att vistas där i det akuta skedet.

”men jag tycker det är lugnt och skönt här... glatt runtom... pratar och skrattar... å man kan skoja med dem allihop” (Kvinna 73år)

Informanterna berättade om hur de kände att det alltid fanns någon där för dem när de behövde, trots den belastning och det spring i benen som informanterna uppfattade att vårdpersonalen hade. Vetskapen att någon kom när man larmade ingav en trygghet och en känsla av att bli sedd och hjälpt. Trots att det upplevdes av informanterna att man störde var det alltid någon som kom in och hade tid just för dem, när de förväntades klara sig själva.

”att jag kunde ringa när jag behövde... fast man borde klara sig själv...det kändes väldigt bra, det kändes aldrig jobbigt” (Kvinna 25år)

Alla informanter utom en förväntade sig inte så mycket uppmärksamhet från sjuksköterskan eller undersköterskan, de ansåg att de klarade sig själva och om de behövde uppfattade de att det fanns utrymme i vårdpersonalens tid för att be om hjälp eller stöd. Upplevelsen av att bli sedd och bekräftad fanns där utan att de behövde be om den.

”Jag är ganska trygg i mig själv... jag har inte behövt ringa en enda gång... de har kommit och sett till mig, både när jag sovit och när jag inte sovit” (Man 61år)

Den informant som uttryckte en önskan om mer uppmärksamhet från omvårdnadspersonalen var en social individ med en önskan om ett större socialt engagemang. Informanten uttryckte en önskan om att interagera med andra och var egentligen inte i behov av ytterligare medicinsk omvårdnad.

”Jag är ju sällskapsmänniska. De kommer när jag ringer....och gör vad de kan, de är det att de har så brått tycker jag många gånger”

(Kvinna 83år)

En av informanterna berättade att han legat på sjukhus många gånger tidigare på grund av sin grundsjukdom. Han uppfattade att under den här vårdtiden behövde han inte vänta länge innan någon kom när han larmade på klockan, till skillnad vad han upplevt under andra vårdtillfällen där han ibland behövt vänta upp till vad som upplevdes av honom som en timme innan någon kom till hans hjälp.

”...det är inte alltid det har varit så ... det kan dröja en timme innan dom kommer” (Man 73år)

Informanterna upplevde att mitt i den faktiska kris de befann sig i när de kom till avdelningen så visade sjuksköterskan förståelse för deras situation genom att vara sig förringa dem eller vara passiv i sitt sätt att vilja hjälpa.

”Jag hade ju ganska ont när jag kom in ... men ... det var liksom aldrig några problem....tjoff...tjoff och så klämde hon lite på magen och sedan fick jag något i den där grejjen i armen som droppet satt i ”(Man 44år)

En av informanterna som kom in på natten berättade att hon var ledsen och orolig över sin situation. Hon uttryckte en trygghet i att sjuksköterskan som tog emot henne tog sig tid att sitta ned en stund. Detta medförde att informanten uppgav att hon fick en känsla av lugn och kunde slappna av.

”hon satt bara där ... och höll mig i handen en stund”(Kvinna 52år)

Bra information

Informanterna uttryckte att de fått utförlig information under hela sin vårdtid, att de upplevde sig ha kontroll över vad som skulle ske och hur nästa steg var planlagt. Informanterna uttryckte hur fort de upplevde att beslut togs på avdelningen men att de trots det snabba vårdförloppet informerades fortlöpande av den patientansvariga

sjuksköterskan. Även om sjuksköterskan inte hade något nytillkommet att tillföra upplevde informanterna sig ändå uppdaterade.

”de berättade vad som skulle händadet kändes bra” (Kvinna 52år)

Trots att det mesta under vårdtiden upplevdes gå snabbt och att tiden hade ett stort fokus kände sig ändå informanterna välinformerade och att sjuksköterskan och till viss mån även läkaren lyssnade på dem. De upplevde om de undrade över något, att det då fanns ett utrymme för frågor men det var i stort sett sjuksköterkorna informanterna kände att de kunde få mest information ifrån.

”det var bra för dom har lyssnat på mig och dom har även förklarat bra... jag har fått den information jag behöver på avdelningen” (Man 44år)

Då informanterna upplevde att de fick fortlöpande information av sjuksköterskan om vad som skulle ske, kunde de planera sin tid trots att de låg på en vårdavdelning. Informanterna hade en klar bild om vad som var nästa steg och kände i och med det att de även kunde planera in bästa tiden för telefonsamtal eller till och med när de kunde sova en stund.

”det har kommit folk och sagt till dig: nu ligger det till så här... Det känns som om jag hela tiden haft en klar bild på vad som skall hända.....nu är det så här och det beror på det här...” ” det har varit så att man hela tiden har något att vänta på” (Kvinna 23år)

Även om alla informanterna uppfattade att rondens var snabb och effektiv så kände de flesta att de fick den information de eftersträvade. De upplevde ett förtroende och en tillit till läkarna och deras kunskap. Informanterna litade på det läkaren sa, de litade på dennes kompetens och om informanterna var osäkra på något upplevde de att det fanns en öppenhet för att få ställa frågor.

”jag har förtroende för läkaren... dom lyssnar ju och det är det väsentliga... och förklara ju också efteråt...vad jag skulle göra och så där...jag har fullt förtroende för vården” (Man 61 år)

Alla informanterna uttryckte att rondens gick fort och man upplevde som patient att man inte hade tid till förfogande att ställa de frågor man eventuellt önskade få

besvarade. Man väntade tills ronden var över och då frågade man istället sjuksköterskan då informanterna upplevde att sjuksköterskan hade mer tid.

”det kändes som sköterskan hade lite mera tid och kanske stanna o prat med mej... även om hon också har mycket att göra... det kändes så.”

(Kvinna 25år)

”det går väldigt fort... dom kommer bara in och pratar lite... sen frågade jag sjuksköterskan när hon kom tillbaka... pratade med henne”

(Kvinna 52år)

En av informanterna som hade varit ineliggande för sjukhusvård flera gånger hade utarbetat en strategi för att hålla kvar läkaren vid rondens för att få den information han önskade. Han upplevde dock inte att han behövde använda den strategin under detta vårdtillfälle då han hade fullt förtroende för den läkaren han träffade under rondens..

”jaa det är ju så...en får ju prata och hålla han kvar lite...parera liksom” (Man 73år)

Att känna oro

Det övergripande temat ”Att känna oro” mynnade ut i två subteman *Bristande information* och *Otrygghet*, de två subtemana mynnade ut i rondens förfarande, att rondens gick fort och att läkaren redan var ”färdig” innan hon/han kom in och samtalade med informanten. Trots att informanterna uttryckte att de upplevde sig välinformerade i det första skedet urskilde det sig snart att det inte var hela sanningen. Informanterna upplevde sig informerade om vad som skulle ske just för stunden men inte om vad som väntade.

Informanterna som ingick i studien uttryckte att på storsal (fyra sängar) kunde man uppleva att det var obehagligt att andra medpatienter hörde vad som var *fel* på dem. Det var dock ingen som uttryckte att det var ett problem i den rådande situationen men däremot om de hade fått besked om något mer känsligt som en ev. cancerdiagnos eller något mer intimt skulle de upplevt sig mer utsatta och utlämnade

”jo för... damen som ligger bredvid mig, jag vet precis vad som är hennes problem och hade det varit jag så ... som hade hennes sjukdomsbild så hade det inte varit så trevligt om vi hade varit fler på salen” (Kvinna

23år)

Bristande information

Kommunikationen på avdelningen upplevdes av informanterna som en viktig faktor i deras vård. I de fall som informationen uppfattades bristfällig, berodde det till största delen på att informanterna inte kunde ta till sig informationen pga. språkförbistringar bland personalen. Detta medförde att informanterna inte förstod innebörden av informationen som gavs. Informanterna löste detta problem själva genom att prata med/fråga en annan sjuksköterska som kom in. Detta för att få en klarhet vad för information som givits.

”jag förstod inte henne hundra procentigt men... jag pratade med NN sen ... å då blev det klart” (Man 83år)

En informant uttryckte en uppfattning om att läkarna *mörkade* lite. Det fanns en önskan om att läkaren skulle vara mer öppen i sin dialog med informanten. Upplevelsen av att läkaren inte riktigt förmedlade allt, skapade hos framför allt denne informant oro och funderingar.

”man är väldigt försiktig med att säga saker... jag tycker man kanske kunde få lite mer... att dom kunde vara lite mer öppna och tala om hur det faktiskt är” (Man 61år)

Ronden var något som snabbt utkristalliserade sig som ett problem. Trots att informanterna upplevde att läkarna var kompetenta och att man kunde lita på dem så upplevde majoriteten att de ”sprang” genom rummet, de sa vad de ville ha sagt och många av informanterna upplevde att man inte skulle ”störa” med sina funderingar. Informanterna upplevde att det inte fanns så mycket mer att säga efter rondan, läkarna kom in med sina provsvar, de hade en plan som de förmedlade till patienten och sedan var rondan över. Som informant fick man vara snabbtänkt för att komma fram med sina funderingar.

” de har ju så brått ... de frågar inte så mycket, de bara går och tittar i sina papper” (Kvinna 83år)

På avdelningen i pilotstudien finns många läkarkandidater involverade i vården och några av informanterna hade varit med om ronder där alla läkarkandidater deltog. Informanterna upplevde att rummet fylldes av folk och att det var många som skulle

palpera och känna. En av informanterna hade inte blivit förvarnad om att det skulle vara så många som deltog i rondan och uttryckte att hon upplevde detta som ett obehag.

”jag fick en chock vad många ni är, då var det läkarstudenter, och så, hon presenterade sig som läkare som var ansvarig och sen så var det ... det vet jag inte riktigt vilka de andra var riktigt... det vet jag inte” (Kvinna 23år)

Otrygghet

Alla informanter skrevs ut från avdelningen utan att få veta vad som var orsaken till de buksmärter som utgjorde att de fick söka akut vård. Att ena stunden ha mycket ont och sedan förbättras och skickas ut ”tillbaka till livet” utan smärter men också utan ett svar, skapade en känsla av otrygghet. Alla informanter utom en upplevde att de inte var i behov av mer vård. Informanterna upplevde sig vara informerade om vad läkaren hade för hypotes eller misstanke på vad som orsakat buksmärterna i första hand. Men det framkom dock i resultatet att tankar och funderingar på vad som orsakat de akuta buksmärterna genomsyrade många av intervjuerna, informanterna låg och funderade på vilken specifik diagnos man hade.

”men nu är det ju två läkare som säger att det oklart vad det är som är... så jag måste ju tro på det... det går vidare” (Kvinna 73år)

Under intervjuerna framkom att informanterna som vårdades för ospecifika buksmärter upplevde en viss oro och osäkerhet trots att de uppfattade sig som välinformerade. Upplevelsen av en rädsla i att inte veta vad som orsakat smärtan och vetskapen om att den skulle kunna återkomma gjorde att ett fåtal av informanterna uttryckte en viss oro över framtiden.

”det känns ju lite jobbigt ifall... jag är rädd att det skall komma tillbaka, det kan det ju göra givetvis” (Kvinna 25år)

En av informanterna uttryckte att utskrivningen från vårdavdelningen skedde för fort. Informanten upplevde att läkaren fokuserade för mycket på provsvaren och inte på hur informanten kände inför en hemgång. En önskan om längre vårdvistelse uttrycktes av informanten då hon inte upplevde sig trygg i att återvända till hemmet där hon levde ensam.

”när prover och så är bra ... de går ju mycket efter det... de är lite för slappa de kunde behålla en lite grand, tills man känner sig bättre”

(Kvinna 82år)

Den största andelen informanter uttryckte en önskan om att få återvända hem då smärtan avklingat och man upplevde sig välmående. Dessa informanter uttryckte att de fått bra information om hur de skulle agera om smärtorna återkom och de upplevde att de hade kontroll över situationen.

METODDISKUSSION

Då det i informationsbrevet samt det informerade samtycket framkommer att författarna är sjuksköterskor och därmed skulle kunna jobba på avdelningen var det viktigt för författarna att försöka hålla distans till yrkesrollen och enbart vara intervjuare. Detta uppfattade båda författarna av pilotstudien vara svårt då man snabbt faller in i sin yrkesroll, men med mera träning kan båda författarna lära sig att sätta sin yrkesroll mer åt sidan. Under pilotstudiens gång upptäcktes också att det skulle behövas en annorlunda intervjuteknik, ofta svarades det med ljud på informanternas svar såsom *”mmm...” och ”åååhh...”* vilket förmodligen gav informanterna intrycket av att författaren hade uppfattat svaret på frågan och förstod det, varför inte mer utveckling av ämnet behövdes. Antalet intervjuer var initialt endast 6 stycken men kompletterades med ytterligare 3 stycken då de första intervjuerna inte innehöll så mycket material att arbeta med, vilket upptäcktes senare under analysprocessen. I de kommande 3 stycken intervjuerna försökte författarna att förfina sin intervjuteknik och förblev mer tysta. Resultatet av de senare intervjuerna blev att informanterna visserligen pratade mer och ett mer samlat material fanns att arbeta med men i både det gamla och det nya materialet kunde samma teman utkristalliseras.

Arbetsmaterialet kanske hade blivit mer innehållsrikt om ytterligare intervjuer gjorts och om författarna kunnat fortsätta förfina sin intervjuteknik. Resultatet kan också ha färgats av att alla intervjuer ägde rum på vårdavdelningen, där informanterna vårdades, om än i avskilt rum. En annorlunda atmosfär och en annan grundtrygghet kan ha uppnåtts om man istället intervjuat i en mer, för informanterna, vardaglig omgivning för att skapa ett möte på lika plan. En tanke som frambringats under analysprocessens gång är att det säkert vore av nytta att åter intervjuar informanterna med en uppföljande

intervju 1-3 månader efter att informanterna blivit utskrivna, detta för att få en mer nyanserad bild av upplevelsen då de under tiden hemma kunnat reflektera över sin upplevelse av vården.

För att beskriva tillförlitligheten i kvalitativa studier som analyserats med kvalitativ innehållsanalys används koncept som trovärdighet och överförbarhet. Intervjuerna i denna studie lästes igenom upprepade gånger av författarna för att bekanta sig med innehållet och informantens upplevelser om sin situation. Intervjutexten lästes mening för mening för att identifiera meningsenheter, först för varje enskild intervju och sedan för alla intervjutexter, vilket också rekommenderas av Graneheim och Lundman (2004). De identifierade meningsenheterna i varje enskild intervju jämfördes sedan med alla intervjuerna och därefter fördes de samman i teman. Citaten användes från intervjuerna för att öka trovärdigheten.

RESULTATDISKUSSION

En av de vanligaste orsakerna till att patienter uppsöker kirurgisk akutmottagning är att de drabbats av akut buksmärta. Flertalet av dessa patienter kan vara en utmaning för läkaren, då vissa allvarliga sjukdomstillstånd kan börja med diffusa symtom för att i ett senare skede utvecklas till ett allvarligt hälsotillstånd. En ospecifik buksmärta där symtomen spontant avklingar och det inte går att fastställa någon specifik orsakdiagnos kan väcka oro hos patienten som vill att utredningar skall göras för att hitta orsak till den akuta smärtan (Laurell, 2006). Informanterna som ingick i pilotstudien och vårdades på KAVA med ospecifika buksmärtor upplevde att de fick ett gott bemötande, god vård, att de blev sedda och att de kände sig välinformerade. Det framkom dock när intervjuerna analyserades djupare att en upplevelse av oro och otrygghet faktiskt fanns då en bristande information om orsaken till smärtan och om det skulle kunna komma åter var något som informanterna hade funderingar på.

Det snabba vårdförloppet var något som i stort sett alla informanter hade upplevelser kring. Informanterna upplevde att det alltid fanns någon som tog sig tid om man behövde men att det mesta under vårdtiden gick snabbt. Det var korta, snabba besök av sjuksköterskan och informanterna fick upplevelsen av att det fanns ett mål med besöket såsom att t.ex. dela ut mediciner. Det fanns inga utrymmen för ”det vanliga” samtalet. Vissa av informanterna upplevde dock inga svårigheter i detta, vetskapen om att det ständigt fanns någon där för dem och tittade till dem regelbundet ingav en känsla av trygghet. Det var bara en av informanterna som uppgav en önskan

om mer interaktion med vårdpersonalen, den önskan var knuten till att informanten var väldigt social och hade inte behov av mer omvårdnad utan saknade den sociala interaktionen.

I pilotstudien framkom att rondan upplevdes som den centrala delen av vården på avdelningen, här fick patienten veta vad som planerades, och vad läkaren misstänkte vara orsaken till vad buksmärtan kunde bero på. Rondan på den valda avdelningen skedde under en kort tid och patienterna diskuterades i korridoren vid bärbara datorer innan man gick in och samtalade med patienten. Detta medförde att sekretessen inte blev optimal vare sig inne på salen, om det är en flerpatisal, eller ute i korridoren där vem som helst kunde passera och då uppfatta vad som sades om patienterna. Trots denna brist i sekretessen har det inte utformats någon annan metod att genomföra rondan på den specifika avdelningen. Läkarna på den undersökta avdelningen där pilotstudien genomfördes, uppfattades inte så synliga vid andra tillfällen än under rondarbetet detta då det inte fanns någon avdelningsbunden läkare stationerad. Läkarna gjorde korta avtryck i informanternas vård och uppfattades som snabba och informanterna upplevde att läkarna redan innan de kom in på patientsalen hade utformat en färdig handlingsplan om den fortsatta vården eller behandlingen. Informanterna uttryckte delvis avsaknad av att få vara mer involverad i utformningen av sin vård. Då informanterna uppfattade mötena med läkarna som korta och att de skedde under snabba förhållanden vid rondarbetet kan detta ha lett till att det mesta som upplevdes negativt under vårdtiden hamnade under läkarledda vårdsituationer. Ingen av informanterna upplevde att de inte kunde lita på det som läkaren sa men däremot fanns upplevelsen att läkaren inte hade tid för dem.

Att bli sedd

Att bemöta patienter på ett professionellt och likvärdigt sätt är en av förutsättningarna för en god vård (SOU 1997:170). Att sjuksköterskan i sitt bemötande återspeglar en positiv attityd stärker patienten i sin roll och att våga uttrycka sina individuella behov (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2009). Orlando (1961) trycker på vikten av att se patienten i här- och nu-situationen och hur vi interagerar med patienten i det första mötet där sjuksköterskan och patienten då är främlingar för varandra vilket lägger en grund för den fortsatta vården. Patientens behov av omvårdnad bör utgå från den enskilde individen och dennes bristande hälsa kan utgöra ett hinder som resulterar i att patienten inte själv kan redogöra och förstå sina individuella

omvårdnadsbehov. I denna situation är det av vikt att sjuksköterskan framlägger förslag och stödjer till åtgärder som ger patienten själv en möjlighet att utifrån sina egna resurser bli en aktiv medpartner i sin omvårdnad (Orlando, 1961).

I motsats till vad Eriksson et al. (2003) beskriver i sin studie där ett flertal av patienterna i studien gav uttryck av brist på känslomässigt stöd, omtanke, medkänsla och tröst av personalen visar resultatet i pilotstudien på att informanterna upplevde ett positivt bemötande och att informanterna beskrev en känsla av att få stöd från sjuksköterskan som uppskattades och som gjorde att man kände sig sedd som en individ. Informanterna upplevde att personalen i pilotstudien hade ett gott arbetsklimat som avspeglade sig i mötet med dem. Enligt Macdonald (2007) leder ett positivt bemötande och att bli sedd till att patienter upplever en avslappnad och behaglig atmosfär i det akuta skedet av sin sjukhusvistelse.

I pilotstudiens resultat framkom att informanterna upplevde att sjuksköterskan hade en hög arbetsbelastning och bråttom men informanterna upplevde ändå att någon hela tiden svarade om de larmade på klocka om hjälp. Informanterna uppgav att de fick fortlöpande information om vad som vad som planerades. Flera forskare har visat på hur sjuksköterskan delar upp tiden i sin omvårdnad och att detta påverkar patienternas upplevelse av vården i väldigt hög grad. Mer och mer av sjuksköterskans tid spenderas med dokumentation framför datorn vilket leder till att mindre tid finns över till det vårdande mötet (Kralik, Koch & Wotton, 1997; Lundgren & Segesten, 2001).

Att som patienten i den akuta fasen av sitt sjukdomstillstånd få veta vad som är planlagt genererar i trygghet och minskar lidandet för den enskilda individen vilket framkom ur resultatet av intervjuerna i pilotstudien.

Att känna oro

Sainio et al.(2001) beskriver att i deras studie framkom bristen på tid som ett hinder för att skapa ett partnerskap mellan sjuksköterska och patient. När patienter upptäcker att sjuksköterskorna arbetar under tidspress vill de inte störa med sina frågor. Macdonald (2007) visar på att en del patienter som ser att sjuksköterskor är upptagna och har mycket att göra väljer att istället för att ta en sak i taget eller har en enstaka fråga, samlar ihop alla sina önskemål eller frågor till ett tillfälle innan man kontaktar sjuksköterskan, detta för att bespara han/ hennes tid.

I resultatet av den aktuella pilotstudien framkom att informanterna upplevde sig välinformerade om vad som planerades under vårdtiden på KAVA. Det framkom dock

att alla informanter upplevde att ronden gick fort och att man då som patient inte alltid uppfattade all den information som gavs. Istället för att uppehålla läkaren så uppgav informanterna att man väntade till sjuksköterskan var tillgänglig för frågor, man ville inte vara besvärlig och uppta någon annan patients tid då informanterna upplevde att läkaren hade mycket att göra och att nästa patient väntade. Blockley och Alterio (2008) anser att en god information leder till att patienter känner sig sedda och förstådda och är då ett avgörande hur tillfrisknandet hos patienten sker.

Patienter som vårdas för akuta ospecifika buksmärtor upplever en viss oro och osäkerhet samt en rädsla att smärtan skall komma tillbaka efter utskrivningen från avdelningen då man inte fått någon klar diagnos, vilket beskrevs av informanterna under intervjuerna i pilotstudien. En av informanterna uttryckte också att utskrivningen från avdelningen gick för fort, upplevelsen var att informanten behövde veta att allt fungerar som i normala fall och att inte buksmärtan kommer tillbaka efter utskrivning när hon kommit hem. Schultz et al (2014) har i sin studie fått liknande resultat och kommit fram till att patienter upplevde att de inte är redo att skrivas ut från avdelningen när det inte framkommit någon orsak till vad buksmärtan har berott på. Upplevelsen av att det under vårdtiden hänt så mycket, att det skett under en kort tid och att det fortfarande inte fanns några svar på var buksmärtan kom ifrån skapade enligt Schultz et al. (2014) en oro över att bli utskriven från vårdavdelningen.

Orlando (1961), anser att sjuksköterskan skall vara observant på de faktorer som kan ha en negativ inverkan på patientens välbefinnande, då sjukdomen och dess behandling är tillräckligt ansträngande för patienten. Alla omvårdnadsaktiviteter skall utvecklas för att anpassas till den enskilde individens behov men ibland passar det inte patienten för att det i samma stund krävs någon helt annan åtgärd. Enligt Orlando (1961) är syftet med omvårdnaden att tillgodose patientens behov både mentalt och fysiskt. Sjuksköterskan har i sin professionella yrkesroll ansvar för att uppmärksamma och undanröja hinder som kan motverka patientens välbefinnande.

Alla informanter utom en i den aktuella pilotstudien uppgav att de kände sig trygga i att bli utskrivna från vårdavdelningen, de upplevde att de fått tillräcklig information vid utskrivningen men samtidigt kunde man vid en djupare analys uppmärksamma att en viss oro fanns över att bli utskrivna utan att de fått svar på varför de haft buksmärta. Informanterna uppfattades vara i behov av bättre information om hur vanligt förekommande ospecifika buksmärtor är och att det inte alltid går att sätta en

diagnos på det ”onda”. Det är författarnas uppfattning att denna information skall komma från läkarna.

SAMMANFATTNING

Pilotstudien visade på att informanterna som vårdades på den utvalda kirurgiska akutvårdsavdelningen ansåg sig vara sedda av sjuksköterskan och detta genererade i en trygghet. Informanterna kände ett förtroende för läkarna men det som utmärkte sig negativt var att läkarronden ofta gick fort och att då informanterna inte alltid uppfattade den information som gavs. Detta kunde i sin tur sjuksköterskan vara behjälplig med och ta sig tid att i efterhand samtala och informera patienten i lugn och ro. Sjuksköterskan på en akutvårdsavdelning har en betydande roll i sin yrkesprofession att hjälpa patienten genom sitt sjukdomstillstånd och skapa en lugn och trygg atmosfär då vårdtiden oftast är kort och besluten om vård går fort. Läkarna i pilotstudien gav ett kort avtryck i informanternas vårdtid och syntes endast under rondarbetet vilket medförde att det inte framkom speciellt mycket om läkarnas roll i informanternas uppfattning om vårdtiden på avdelningen.

En fallgrop i den genomförda pilotstudien kan vara att författarna/intervjuarna är sjuksköterskor vilket kan ha påverkat informanterna i deras vilja att uttrycka något negativt om denna yrkesprofession. Det kan ha uppfattas som lättare att säga något negativt om läkarens roll under vårdkontakten.

Det skulle vara av stort värde att genomföra den fullskaliga studien för att se om liknande resultat utkristalliseras. För att kunna erhålla en mer nyanserad bild av den upplevda vården förordas en uppföljande intervju med deltagarna 1-3 månader efter utskrivning. Författarna av pilotstudien är av den uppfattningen att det då skulle kunna framkomma andra teman/subteman.

Referenslista

- Bolster, D., & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 154-165.
- Blockley, C. (2003). Experiences of first time hospitalisation for acute illness. *Nursing Praxis in New Zealand*, 19 (2), 19-26.
- Blockley, C., & Alterio, M. (2008). Patients' experience of interpersonal relationship during first time acute hospitalisation. *Nursing Praxis in New Zealand*, 24(2), 16-26.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Sunnerhagen, K. (2011). Person- centred care- Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251.
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L-E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of personcentred care in patients with chronic heart failure: the PCC- HF study. *European Heart Journal*, 33, 1112-1119.
- Eldh, A-C., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2005). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronical heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 45-53.
- Eriksson, U., Chiappe, I., & Sellström, E. (2003). Att vårdas på sjukhus. Vad är patienter missnöjda med? *Vård i Norden*, No.68 Vol 23. No.2 36-39.
- Etikprövningsnämndens vägledning till forskningspersoninformation.
Hämtad 2013-10-30, från <http://www.epn.se>
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2004). Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 140-149.
- Fröjd, C., Leo Swenne, C., Rubertsson, C., Gunningberg, L., & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19, 226-236.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measure to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Golash, V., & Willson, P.D. (2005). Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain. *Surgical Endoscopy*, 19 882-885.

- Halldorsdottir, S. (2008). The Dynamics of the Nurse-Patient relationship: Introduction of a Synthesized theory from the Patient's Perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 643-652.
- Hanks, R.G. (2007). Barriers to Nursing Advocacy: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42, (4), 171-177.
- Helsingforsdeklarationen.(1964)
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Henricson, M.(red) (2012). Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.
- Kralik, D., Koch, T., & Wotton, K. (1997). Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 399-407.
- Kvale, S. (2006). Dominance Through Interviews and Dialogues. *Qualitative Inquiry*, Vol 12, No 3 480-500.
- Larsson, I., Sahlsten, M., Segesten, K., & Plos, K. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal Caring Science*, 25, 575-582.
- Laurell, H. (2006). Acute Abdominal Pain.
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-7161> hämtad 2014-03-04
- Laurell, H., Hansson, L-E., & Gunnarsson, U. (2006). Diagnostic pitfalls and accuracy of diagnosis in acute abdominal pain. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 41, 1126-1131.
- Lundgren, S., & Segesten, K. (2001). Nurses' use of time in in a medical-surgical ward with all –RN staffing. *Journal of Nursing Management*, 9, 13-20.
- Macdonald, M. (2007). Origins of difficulty in the nurse-patient encounter. *Nursing Ethics*, 14(4), 510-521.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49.
- Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045-1056.
- Möller, M., Fridlund, B., & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 24, 746-754.
- Nationalencyklopedin(2014) hämtat 2014-03-20
http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/bemötande?i_h_word=bem%c3%b6tande
<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/information/211471>

- Orlando, I.J. (1961). *The dynamic Nurse- Patient Relationship*. Ny uppl. 1990. New York: National League for Nursing.
- Polit, D.F., & Tatano Beck, C., (2011). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P., Wolf, L., Boxerman, S., Grayson, D., Sledge, J., Dunagan, C., & Evanoff, B. (2005). Understanding the Cognitive Work of Nursing in the Acute Care Enviroment. *JONA*. Vol 35, No 7/8, 327-335.
- Sahlsten, M., Larsson, I, Lindencrona, C., & Plos, K. (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 35-42.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., & Plos, K. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 490 -497.
- Saino, C., Lauri, S., & Eriksson, E. (2001). Cancer patients´ views and experiences of participation in care and decision making. *Nurs ethics*, 8, 97-113.
- Schultz, H., Qvist, N., Mogensen, C., & Pedersen, B. (2014). Discharge from an emergency department observation unit and a surgical assessment unit: experience of patients with acute abdominal pain. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/jocn.12527
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12527/pdf> hämtad 2014-03-04
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf hämtad 2014-02-10
- SFS 1998: 204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.
 Svensk sjuksköterskeförening. (2005).
- SOU 1997:170 *Bemötandet av äldre*. Slutbetänkande av utredningsgrupp. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sykepleiernes samarbeid i Norden (1983,2003)
<http://www.sykepleien.no/Content/337889/SSNretiskretningslinjer.pdf>
- Williams,G., Freedman, Z., & Deci, E. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes care*, 21, 1644-1651.

Forskningspersonsinformation

Hur upplever patienten med akut buksmärta bemötandet och vården på en kirurgisk akutvårdsavdelning?

Studiens bakgrund

Majoriteten av personer som inläggs för vård på en kirurgisk akutvårdsavdelning, kommer på grund av oklar buksmärta. För att i det längsta minska oro och lidande för dessa patienter krävs ett gott bemötande och fortlöpande information om den fortsatta vården. För att vården skall förbättras för våra patienter ingår studien som en del av avdelningens processarbete för att höja vårdkvaliteten på avdelningen.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka patienters upplevelser av bemötande och vård på den kirurgiska akutvårdsavdelningen.

Förfrågan om deltagande

Eftersom du nu är utskriven från en kirurgisk akutvårdsavdelning tillfrågas du att delta i studien. Patientuppgifter och namn har erhållits från patientansvarig sjuksköterska och från patientjournalssystemet vid utskrivning från avdelningen.

Studiens genomförande

Undersökningen kommer att ske med intervju som genomförs i ett enskilt rum på avdelningen eller på annan av dig vald lämplig plats. Intervjun kommer även att spelas in på band och beräknas att ta mellan 30-45 minuter. Den inspelade intervjun kommer därefter att skrivas ut ordagrant på papper för att sedan analyseras.

Risker

Det finns inga risker med att delta i studien. Om det under intervjutillfället skulle uppstå situationer som gör att du påverkas känslomässigt går det att avbryta intervjun. Det finns även tid för samtal efter att intervjun avslutas om det skulle behövas, detta kommer då inte spelas in på band.

Fördel

Ditt deltagande i studien kommer inte att ge dig personligen några fördelar men vi hoppas att det kommer att hjälpa oss att utveckla förbättringar av omvårdnaden på avdelningen i ett framtidsperspektiv.

Hantering av data och sekretess

Din intervju kommer att behandlas med sekretess och förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Ditt namn kommer att ersättas med en kod och ingen utöver de ansvariga kommer att ha tillgång till kodnyckeln. Personuppgifter kommer att hanteras enligt personuppgiftslagen (1998:204). Efter att studien är avslutad kommer bandinspelningarna att förstöras. Vid sammanställande av resultaten kommer inga svar att härledas till dig som person.

Information om studiens resultat

Resultat av studien kommer att finnas i Göteborgs Universitets databas, GUPEA.

Frivillighet

Deltagandet av studien bygger på frivilligt deltagande och kan avbrytas när som helst utan att du behöver ange något skäl.

Informerat samtycke

- Jag bekräftar att jag fått denna skriftliga samt muntlig information om forskningsstudien och dess syfte.
- Jag ger mitt samtycke till att delta i studien och vet att mitt deltagande är helt frivilligt.
- Jag är medveten om att jag när som helst och utan förklaring kan avsluta mitt deltagande.
- Jag tillåter att insamlad data om mig förvaras under sekretess och hanteras elektroniskt av studieansvariga.

.....
Datum

.....
Informantens namnteckning

.....
Namnförtydligande

Ansvariga för studien är:

Student

Ann-Louise Andersson

Leg. Sjuksköterska

Tel: 0500-43 12 99

E-mail: gusannlan@student.gu.se

Student

Linda B Friman

Leg. Sjuksköterska

Tel: 0500-43 12 99

E-mail: gusfrimali@student.gu.se

Handledare

Lars-Eric Olsson

Universitetslektor/Sjuksköterska

031-786 60 38

lars-eric.olsson@fhc.gu.se

Skaraborgs sjukhus - Område M4 – KAVA

Antal vårdande patienter samt medelvårdstid med buksmärta på KAVA en Kirurgisk akutvårdsavdelning på Skaraborgs sjukhus under 2013-01-01 – 2013-06-30

Diagnoskod: R10.4 Buksmärtor UNS
163 st, medelvårdtid: 1,46 dygn

Diagnoskod: R10.4x Andra och icke specifika smärtor i buken 131 st, medelvårdtid: 1,60 dygn

Totalt antal vårdade patienter där KAVA är ansvarig klinik och gick hem från KAVA 1283 st