



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

UPPLEVELSER AV OMVÅRDNAD I SAMBAND MED AKUT BUKKIRURGI

En kvalitativ intervjustudie från ett patientperspektiv
i samarbete med en kirurgisk akutvårdsavdelning

Erica Hallstensson och Jenny Paulsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2020
Handledare:	Kiana Kiani
Examinator:	Sepideh Olausson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill uttrycka stor tacksamhet till samtliga patienter som ställt upp på att bli intervjuade i denna studie. Tack för att ni delat med er av era erfarenheter och upplevelser. Härnäst vill vi tacka den kirurgiska akutavdelningen där ett samarbete genomförts. Tack för att vi fått utföra vår studie hos er och för ert engagemang och bemötande. Vi vill även tacka vår handledare Kiana Kiani som bidragit med vägledning och tålamod under studiens gång. Till sist vill vi tacka språkhandledaren Marianne från enheten för akademiskt språk som hjälpt vårt examensarbete i rätt riktning.

Titel (svensk)	Upplevelsen av omvårdnad inom akut bukkirurgi
Titel (engelsk)	The experience of nursing in acute abdominal surgery
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2020
Författare	Erica Hallstensson och Jenny Paulsson
Handledare:	Kiana Kiani
Examinator:	Sepideh Olausson

Sammanfattning:

Bakgrund: Akut buksmärt är den vanligaste orsaken till att patienter söker en kirurgisk akutmottagning. Ingrepp på en kirurgisk akutavdelning har ofta ett snabbt förlopp och patienterna hinner inte förbereda sig på samma sätt som vid en planerad operation. Den korta vårdtiden innebär att sjuksköterskan ställs inför en rad utmaningar så som ett strukturerat arbetssätt och etablering av en god patientrelation. Akut kirurgi innebär ofta en ökad risk för komplikationer och kan göra omvårdnaden komplex. Vårdrelationen blir i detta sammanhang betydelsefull. Sjuksköterskans uppgift blir att trösta och skapa tillit så att patienten kan känna trygghet och välbefinnande. **Syfte:** Syftet är att beskriva patienters upplevelser av omvårdnad före och efter akut bukkirurgi på en vårdavdelning. En frågeställning är vad omvårdnad betyder för patienter som genomgått akut bukkirurgi **Metod:** Empirisk intervjustudie med semistrukturerade intervjufrågor och innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans metod. Strategiskt urval baserat på patienters erfarenheter av undersökt fenomen. **Resultat:** Tre teman presenteras i resultatet. De första två temana är baserade på positiva och negativa upplevelser i samband med den omvårdnad som patienten givits under vistelsen på en kirurgisk akutavdelning. Tredje temat består av patienternas egen uppfattning gällande omvårdnadens betydelse. **Slutsats:** Information, trygghet, vårdrelation och delaktighet är de fyra huvudfynd som identifierats. Positivt har varit kontinuerlig uppdatering av information, en vårdrelation som uppmuntrar autonomi samt att uppleva trygghet genom ett förtroende för och tillgänglighet till sjuksköterskan. Negativa upplevelser framkom i bristande kommunikation och som gav en känsla av osäkerhet. Patienterna identifierade omvårdnadens betydelse i att beskriva vårdrelationen som att känna sig sedd samt att vara delaktig.

Nyckelord: *Omvårdnad, patientperspektiv, akut bukkirurgi, upplevelser*

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
Akut kirurgi	1
Vanliga diagnoser inom akut bukkirurgi	2
Ileus	2
Gallsten	2
Appendicit	3
Omvårdnad	4
Tidigare forskning av omvårdnad inom akut kirurgi	4
Teoretisk referensram	4
Vårdrelation	4
Kommunikation	5
Delaktighet	5
3. Problemområde	6
4. Syfte och frågeställning	6
5. Metod	6
Val av metod	6
Urval	7
Datainsamling	7
Kontext	8
Förförståelse	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden	9
6. Resultat	10
Resultat-tabell	10
Tabell 2	10
Positiva upplevelser i samband med omvårdnad	11
Information	11
Vårdrelation	11
Trygghet	12

Negativa upplevelser i samband med omvårdnad	13
Informationsbrist	13
Otrygghet	14
7. Resultatdiskussion	15
Information	15
Trygghet och vårdrelation.....	16
Delaktighet	17
Reflektion kring teoretisk referensram.....	18
8. Metoddiskussion.....	18
Val av metod	18
Urval.....	19
Datainsamling.....	20
Kontext.....	21
Förförståelse.....	21
Dataanalys	21
Trovärdighet och tillförlitlighet.....	22
Etiska överväganden.....	22
9. Slutsats	22
10. Implikationer för omvårdnad.....	23
11. Fortsatt forskning	23
12. Referenslista.....	24
Bilagor.....	29
Bilaga 1: Tidsplan	
Bilaga 2: Intervjufrågor	
Bilaga 3: Forskningspersonsinformation	
Bilaga 4: Samtyckesformulär	

1. Inledning

Omvårdnad är sjuksköterskeprofessionens kärnkompetens och genomsyrar sjuksköterskans arbete och förhållningssätt. Omvårdnad är den röda tråden genom hela sjuksköterskeutbildningen vars syfte är att utbilda sjuksköterskor till omvårdnadsansvariga i sitt arbete inom vården. Men vad är egentligen patientens perspektiv på omvårdnad och vad är viktigt för dem? Patienter kan uppleva maktlöshet inom vårdens väggar, inte minst inom akutvård vars vårdförlopp kan ske drastiskt. Det upplevdes därför relevant för studiens författare att inför framtida roll som sjuksköterskor undersöka hur omvårdnaden fungerar inom akutvård då det antogs att denna patientgrupp är extra utsatt. Det gavs en möjlighet att genom ett samarbete på en kirurgisk akutvårdsavdelning undersöka denna fråga. Målet var att patientperspektivet skulle vara fokuset i studien vilket vårdavdelningen höll med om, därför planerades en intervjustudie för att utforska området. Författarna har med detta samarbete avsikten att medföra ny kunskap med möjlighet till förbättringsarbete gällande omvårdnad till vårdavdelningen.

2. Bakgrund

Akut kirurgi

Akut kirurgi innebär ofta en snabb operativ åtgärd som medför en högre risk och gör vårdpersonalens arbete komplext. Vid akut kirurgi startar vårdförloppet när patienten kommer till akutmottagningen. Där ska en läkare skyndsamt göra en första bedömning för att prioritera hur brådskande en patient behöver tas om hand (Hansson & Vikström, 2014). Enligt Ekwall och Jansson (2016) är triage det system som är allt mer förekommande på de flesta akutmottagningar idag. Triage är en process för prioritering av patienter där ett antal vitalparametrar som blodtryck, puls, medvetandegrad, saturation, temperatur och andningsfrekvens mäts samt att anamnes bedöms. Patienten får utifrån denna process en färg som beskriver hur akut tillståndet är. Rött är högsta prioritering och betyder att patienten är i behov av ett omedelbart omhändertagande, följt av orange, gul och grön där grön betyder att det inte är brådskande.

Vid behov av akut kirurgi skickas patienten till en akutkirurgisk avdelning för vidare vård. Efter ett eventuellt beslut om inläggning förflyttas patienten till rätt avdelning och patienten informeras om vad som kommer att ske den närmaste tiden. Om ett kirurgiskt ingrepp skall genomföras tas beslutet av ansvarig läkare. Därefter förbereder sjuksköterskan för preoperativa åtgärder (Hansson & Vikström, 2014).

Hansson och Vikström (2014) beskriver att vid planerad kirurgi kan patienten förbereda sig inför operationen gällande eventuellt rökstopp, fasta eller utsättning av antikoagulantia. Detta är inte möjligt vid akut kirurgi då nödvändiga åtgärder inte hinner sättas in. Innan operationen utförs en riskanalys enligt ett system där operationens risk kontra nytta vägs.

Vanliga diagnoser inom akut bukkirurgi

Vanligaste orsaken till att patienter söker kirurgiska akutmottagningar är akut buksmärtor (Hansson & Vikström, 2014). Akut buksmärtor kan enligt Lindsten och Ivarsson (2011) bero på bland annat infektioner i bukens organ som appendicit, kolekystit och pankreatit. Även obstruktiva diagnoser gällande gallsten och ileus samt blödningar från mjälte, lever och ischemiska tillstånd som tarmischemi.

Forsberg, Ivarsson och Lindsten (2016) framhåller att kirurgiska diagnoser vanligtvis är orsakade av gall- eller njursten, appendicit, tumörsjukdom eller divertikulit. Viktigast är att utesluta ett rupturerat aortaaneurysm, tarmischemi, ileus, pankreatit och perforerat ulkus då dessa diagnoser är mycket allvarliga.

Enligt Forsberg m.fl. (2016) är kommunikationen viktig för en patient med akuta buksmärtor. Kommunikationen möjliggör en anamnes om vad som kan vara orsaken till patientens smärta och skapar en förståelse mellan patient och sjuksköterska. Patienter upplever vanligtvis behov av svar på varför det gör ont samt uteslutning av livshotande tillstånd. Sjuksköterskans roll är därför delvis att underlätta patientens oro för sitt tillstånd genom att återkommande ge information och bekräftelse.

Ileus

Ileus innebär att passagen i tarmarna helt eller delvis är blockerad (Hansson & Vikström, 2014). Blockeringen kan orsaka buksmärtor och är ett allvarligt tillstånd. Både kolon och tunntarm kan drabbas av ileus med varierande symtombild. Kolonileus leder oftast till operation medan tunntarmsileus inledningsvis kan behandlas med kontrastmedel och passageröntgen som kan lösa upp hindret (Angenete, Carlsson, & Persson, 2016).

Ur ett omvårdnadsperspektiv behöver patientens vätskebalans och elektrolyter kontrolleras. Behovet av ventrikelsond ses över liksom kontroll av att intravenös vätska ges i rikliga mängder. En betydelsefull uppgift för sjuksköterskan är att regelbundet kontrollera patienten för att uppmärksamma eventuella postoperativa förändringar som till exempel blödningar och infektioner. Upptäcks förändringarna tidigt kan behandling sättas in för att motverka komplikationer och korta ner sjukhusvistelsen. Patienterna är oftast i behov av en effektiv smärtbehandling (Kumlien & Rystedt, 2016).

Gallsten

För patienter som inkommer med gallstensproblematik är smärta huvudsymtomet, ibland kombinerat med illamående. Smärtan kommer ofta i anfall vid intag av föda. Smärtan kan ha en krampliknande karaktär och är ofta lokaliserat under revbensbågen på höger sida. Diagnos av gallstensbesvär ställs i flesta fall genom ultraljud. Är gallstenen fast i gallblåsegången eller gallblåsehalsen kan akut kolekystit uppkomma vilket betyder att gallblåsan är inflammerad (Järhult, Offenbartl, & Andersson, 2019).

På kirurgavdelningar är akut kolekystit en av de mest förekommande diagnoserna. I dessa fall rekommenderas vanligtvis operation. Har perforeringen av den inflammerade gallblåsan orsakat peritonit ska akut kirurgi utföras. Vanligast vid gallstenskirurgi är att hela gallblåsan opereras bort, detta ingrepp kallas kolekystektomi. Postoperativa vårdtiden på sjukhuset är cirka en till två dagar. Akut kirurgi gällande gallsten har både högre komplikationsrisk och är mer tekniskt krävande än planerad kirurgi. Kirurgiska ingrepp är den mest frekventa behandlingen vid gallsten och utförs oftast med laparoskopisk teknik (Järhult m.fl., 2019).

Von Vogelsang, Almquist och Swenne (2016) påpekar att laparoskopi eller titthålskirurgi är en operationsteknik där kirurgen med hjälp av en kamera och ytterligare instrument går in i kroppen via små hål i bukväggen. Med denna teknik undviks en öppen operationsteknik. Georgsson och Bohlin (2016) påtalar att fördelarna med laparoskopi är mindre invasiva ingrepp och en snabbare läkeprocess. Denna teknik minskar även risken för komplikationer som kan uppstå vid en öppen operationsteknik. En patient som genomgått en laparoskopi kan ofta lämna sjukhuset samma dag vilket medför en kortare sjukhusvistelse. Ytterligare fördelar med laparoskopi är att patienten ofta får mindre postoperativ smärta och snabbare kan återgå till sitt normala liv.

En konsekvens av den ofta kortare sjukhusvistelsen vid laparoskopi innebär en ökad utmaning för sjuksköterskan att etablera en god relation till patienten och behovet av ett strukturerat arbetssätt ökar. Det är även viktigt att få med nödvändig information som att smärta kan uppkomma uppemot axlar och skulderblad relaterat till den koldioxidgas som sprutas in buken för att få en bättre överblick under operationen. Patienten bör även göras uppmärksam om eftervård och eventuella komplikationer som kan uppstå. Innan hemgång ska sjuksköterskan ha koll på vissa parametrar som hanterbar smärta, ingen yrsel och att patienten kan tömma urinblåsan (Rosén & Cornelius, 2016).

Enligt Forsberg och Rystedt (2016) bör sjuksköterskans omvårdnad vid gallstensproblematik inrikta sig på att hjälpa patienten att förbereda sig inför det kirurgiska ingreppet. Sjuksköterskan ska uppmärksamma omvårdnadsdiagnoser såsom akut smärta, feber, illamående och kunskapsbrist. Vid akut kirurgi ska smärtlindring prioriteras. Informationen från sjuksköterskan är viktig och innefattar undervisning kring förloppet och efterförloppet.

Appendicit

Appendicit betyder enligt Järhult m.fl. (2019) att blindtarmsbihanget är inflammerat. Detta kräver inte alltid kirurgi utan kan i vissa fall självläka eller behandlas med antibiotika. Appendicit har tre svårighetsgrader: flegmonös, gangränös och perforerad appendicit. Komplikationer, sjukdomstid samt sjukdomens intensitet är kopplat till svårighetsgraden. Kirurgiskt ingrepp vid appendicit kallas appendektomi där blindtarmsbihanget opereras bort och kan utföras med såväl öppen kirurgi som laparoskopi. Typiska symtom för patienter som drabbats av appendicit är gradvis ökande och konstanta buksmärter. Smärtan kan i många fall lokaliseras till magens nedre del på höger sida. Illamående och kräkningar är vanliga symtom. Innan beslut tas om akut kirurgi utförs en riskvärdering utifrån patientens kliniska fynd och tecken.

Vid de flesta sjukhus i Sverige anmäls patienter till akut kirurgi vid klar misstanke om appendicit. Därefter görs kontroller kontinuerligt där behovet av operation re-evalueras. Om blindtarmsbihanget misstänks ha blivit perforerat sätts antibiotika in innan operationen. Patienterna hålls fastande på avdelningen. Vårdtiden efter operation ligger kring två till tre dagar vid flegmonös eller gangränös appendicit. Prognosen är mycket god och komplikationer ovanliga. Gällande perforerad appendicit är vårdförloppet längre, detta ofta relaterat till utlöst peritonit. Det tar längre tid för tarmarna att komma igång vid denna problematik och antibiotikakuren som startats innan operationen fortgår en period framåt. Vid denna diagnos är de postoperativa komplikationerna vanligare och består oftast av sårinfektioner (Järhult m.fl., 2019).

Smärtlindring är en grundläggande del i det postoperativa förloppet. Även antiemetika är en viktig aspekt för att motverka illamående (Gorter m.fl., 2016). Sjuksköterskan måste enligt James (2017) vara vaksam på postoperativa komplikationer som infektion. Patienten ska informeras om infektionstecken och uppmuntras att meddela sjuksköterskan om dessa symtom uppkommer. Förutom smärtlindring är därför sårvård och antibiotikabehandling viktigt.

Omvårdnad

Tidigare forskning av omvårdnad inom akut kirurgi

Enligt studien av Amora Ascari m.fl. (2013) upplevs en operation som en stressande händelse för många patienter. Relationen mellan sjuksköterska och patient beskrivs därför som betydelsefull för att ge trygghet och minska oro.

Artikeln av Lindwall och von Post (2013) påpekar att patienter som ska genomgå operation tvingas överlämna sin kropp i händerna på vårdpersonalen. Sjuksköterskan behöver därför skänka trygghet i omhändertagandet av patientens kropp. En operation kan upplevas som att tappa kontrollen över sin egen kropp och en rädsla över vad som ska hända. Sjuksköterskan agerar som patientens talesperson och skydd i denna utsatta situation. Lidande efter operationen kan också ske då kroppen är skadad och kan påverkas av postoperativa komplikationer. Omhändertagandet ska präglas av såväl etiska principer, evidensbaserad kunskap och erfarenheter för att bemöta patienten med respekt. Viktiga omvårdnadsaspekter från sjuksköterskan är respektfullt bemötande, ansvarstagande och att våga finnas där för patienten. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017a) ska sjuksköterskan visa respekt, medkänsla och integritet. Att som patient få känna sig delaktig och uppmärksam som en hel människa leder till välbefinnande (Lindwall & von Post, 2013).

Miljön i den perioperativa vården kännetecknas av vita väggar, medicinteknisk utrustning och vårdpersonalens uniformer. Detta tros framstå som en ojämn maktbalans som sätter patienten i ett underläge. I denna miljö kan patienten tyvärr känna sig betraktad som en diagnos eller ett symptom. För att motverka detta bör sjuksköterskan se patienten som en hel människa, visa omtanke och bevara sina etiska principer. Vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient är därför betydelsefull i den perioperativa vården. För att möjliggöra vårdrelationen behöver sjuksköterskan vila på sina etiska principer samt att båda parter behöver visa ömsesidig respekt (Lindwall & von Post, 2013).

Teoretisk referensram

Vårdrelation

Omvårdnad har en målsättning att motverka obalans i vårdrelationens maktfördelning, detta genom delaktighet, respekt och trygghet. En förtroendefull vårdrelation ska enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017b) etableras av sjuksköterskan vilket bidrar till god omvårdnad. Sjuksköterskan ska även se patientens situation ur ett helhetsperspektiv. WHO:s konstitution (1946) anser att hälsa inte endast upplevs vid frånvaro av sjukdom utan som ett tillstånd med fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. En god gemenskap i vårdrelationen kan resultera i en tillvaro av välbefinnande för patienten även om hälsan är nedsatt (Nyström, 2014). I ett akut omhändertagande blir denna relation essentiell. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten genom att visa vilja att skapa tillit, trösta samt att ge patienten löpande information om händelseförloppet. Detta möjliggör patientens delaktighet och välbefinnande trots en utsatt situation (Almerud Österberg, 2014).

Patientens vårdbehov, diagnostik och behandling fattas och identifieras i samspelet mellan vårdpersonal och patient. Mötena mellan dessa parter utgör därför det centrala uppdraget för vården och är hälso- och sjukvårdens huvudinnehåll (Socialstyrelsen, 2015).

En vårdrelation kan enligt Snellman (2014) även medföra lidande om relationen är icke-fungerande. Sjuksköterskan bör ha vårdrelationens asymmetriska maktfördelning i åtanke där patienten hamnar i underläge på grund av sitt beroende av sjuksköterskan. I svåra situationer, i detta avseende akut kirurgi, kan vårdrelationen brista på grund av att sjuksköterskan inte fått tillfälle att utveckla relationen. Det kan uppkomma en obalans mellan parterna som kan leda till missnöje hos patienten. Patienten upplever behovet av att uttrycka känslor medan sjuksköterskans fokus kan vara på ett mer medicinskt plan vilket kan tyda på att sjuksköterskan har ett för smalt och mer biologiskt synsätt på människan. Detta skiljer sig från den holistiska synen som ser människan i sin helhet (Willman, Bahtsevani, Nilsson, & Sandström, 2016).

Kommunikation

En aspekt som en tidigare studie visat påverka omvårdnaden negativt inom den perioperativa vården är brist på information (Amora Ascari m.fl., 2013). Baggens och Sandén (2014) menar att i givandet av information blir kommunikationen essentiell och är en process som syftar till att skapa förståelse. Kommunikationen sker genom ett verbalt språk, kroppsspråk och handlingar. Då kommunikation är en viktig del i sjuksköterskans arbete gäller det att minimera missförstånd som kan uppstå då patienten och sjuksköterskan har olika syn på vad som är betydelsefullt i omvårdnaden. Här gäller det för sjuksköterskan att sätta patienten i centrum, skapa en god relation och sträva efter att utgå från samma perspektiv. Med hjälp av kommunikationen som redskap kan en relation byggas mellan sjuksköterska och patient. Detta utgör grunden för att en god omvårdnad och personcentrerad vård kan bedrivas. Kommunikation som misstolkas kan få oönskade konsekvenser och försvåra vårdrelationen. Kommunikationen är ett hjälpmedel där kroppsspråk, känslouttryck, tonläge och språk kan sända ut olika signaler som mottagaren tolkar. Här kan kroppen och det verbala språket sända ut olika signaler vilket då kan leda till förvirring och oro. Den kroppsliga kommunikationen kan ibland vara att föredra. Beröring i form av en tröstande hand kan förmedla tröst och trygghet.

Delaktighet

Möjligheten till att vara delaktig i vården kan vara utsatt inom akut kirurgi, trots att det har identifierats att deltagandet har varit viktigt för patienten i den perioperativa vården (Forsberg, Vikman, Wälivaara, & Engström, 2017). Därför lyfts begreppet delaktighet och dess effekt på den salutogena vården. Hedelin, Jormfeldt och Svedberg (2014) påpekar att delaktighet är en viktig faktor i den hälsofrämjande vården. Faktorer som kännetecknar hälsofrämjande omvårdnad bidrar till att frångå sjukdomsorienterad vård till att fokusera på ett salutogent synsätt. En förutsättning för delaktighet för patienten är information anpassad utifrån patientens situation och behov. Sjuksköterskan behöver uppmärksamma patientens kunskap för att i sin tur kunna förmedla anpassad information till patienten. Genom kunskap kan patienten ta beslut om sin egen vård. En dialog där patient och sjuksköterska byter kunskaper kännetecknar delaktighet. För att mottaga varandras kunskaper krävs en ömsesidig respekt för varandras värde, det i sin tur skapar förutsättningar för delaktighet (Eldh, 2014). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) påpekar att ett krav för god hälso- och sjukvård innebär att vården ska byggas på respekt för patientens självbestämmande.

3. Problemområde

Akut kirurgi innebär ofta ett snabbt förlopp med korta vårdtider som ställer krav på omvårdnaden och vårdrelationen. Det finns heller inte samma möjligheter att förbereda patienten inför en akut operation som vid en planerad. Det antas att patienters upplevelser kring den akuta kirurgin är viktiga att ta reda på för att motverka ohälsa och kontrollförlust och istället främja hälsa, trygghet och delaktighet. Sjuksköterskan har en viktig roll i att omhänderta patienten och se till att omvårdnaden leder till välbefinnande. Med ett gemensamt intresse och i samråd med vårdavdelningen kunde författarna få möjligheten att undersöka upplevelser av omvårdnad från ett patientperspektiv inom akut bukkirurgi.

4. Syfte och frågeställning

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av omvårdnad före och efter akut bukkirurgi på en vårdavdelning.

- Vad betyder omvårdnad för patienter som genomgått akut bukkirurgi?

5. Metod

Val av metod

Metoden som tillämpats är empirisk med en induktiv ansats. Empiriska studier används enligt Priebe och Landström (2017) när människors upplevelser utifrån ett fenomen vill samlas in. En induktiv ansats betyder att fenomenet ska studeras för att kunna beskrivas. Studiens design är kvalitativ vilket är ett lämpligt val när avsikten är att studera just människors upplevelser eller erfarenheter (Willman m.fl., 2016). Intervjuer som datainsamlingsmetod har använts i studien. Intervjumetoden har många fördelaktiga egenskaper eftersom beskrivandet av patienters *upplevelser* var studiens undersökningsämne. Intervjuer kan kartlägga de upplevelser deltagarna erfarit (Kvale & Brinkmann, 2014) samt beskriva dem (Danielson, 2017a). För att möjliggöra detta är öppna intervjuer den mest förekommande metoden (Friberg & Öhlén, 2012) och var därför vald metod. Eftersom denna typ av studie har ett begränsat tidsspann menar Danielson (2017a) att ett stöd kan vara att disponera tiden. En tidsplan (bilaga 1) för studien etablerades därför.

Intervjuerna utfördes med egenkonstruerade och öppna frågor i en *semistrukturerad metod*. Det innebär enligt Danielson (2017a) en viss struktur i intervjufrågorna men utan krav att de ska ställas i kronologisk ordning, de kan ställas i anpassning till samtalsförlöppet. Intervjuguiden (bilaga 2) hade tre bakgrundsfrågor, sex följdfrågor och sex intervjufrågor relaterat till studiens syfte. Intervjufrågorna fokuserade på att patienten öppet kunde berätta om vårdförloppet och upplevelserna kring det. Följdfrågor konstruerades för att användas vid behov om svaren önskades vara mer utförliga eller för att säkerställa förståelse av patientens berättelse. Vald intervjumetod kan i stora drag följa de sju stadier i en intervjuundersökning som Kvale och Brinkmann (2014) presenterar. De består av tematisering, planering, intervju, utskrift, analys, verifiering och rapportering.

Urval

Urvalet baserades på behovet att intervjua inläggande patienter på undersökt avdelning och deras upplevelser. Denna urvalsmetod kallas strategiskt urval där deltagarna väljs ut relaterat till deras erfarenhet inom det fenomen som vill undersökas (Henricson & Billhult, 2012). Inklusionskriterier var att patienten genomgått akut bukkirurgi gällande appendicit, gallsten eller ileus då dessa diagnoser var mest förekommande på avdelningen, även att patienterna var över 18 år. Exklusionskriterier var kognitiv nedsättning och icke-svensktalande patienter. Detta på grund av att patientgrupper med kognitiva nedsättningar eller språkliga barriärer sänker förmågan att kommunicera med varandra (Carlsson & Björk Brämberg, 2014) samt för att upprätthålla ett etiskt förhållningssätt.

Det hölls daglig kontakt med vårdnadschefen eller ansvarig sektionsledare på aktuell avdelning under utsatt intervjuperiod. De gjorde en översikt av inläggande patienter varje morgon. Där exkluderades och inkluderades patienter utefter uppsatta kriterier och tillfrågades av ansvarig sektionsledare eller verksamhetschef om intresse att medverka i studien. Vid intresse gavs patienten forskningspersonsinformation (bilaga 3) som lämnats på avdelningen för möjlighet att avgöra sin medverkan. Var medverkan aktuell bokades intervju in samma dag. Samtliga patienter som fick förfrågan att medverka tackade ja. Totalt resulterade det i fem intervjuer.

Den femte och sista intervjun krävde en snabb omplanering då Göteborgs universitet (2020) rekommenderade samma dag intervjun skulle hållas att möten skulle ske digitalt relaterat till COVID-19 pandemin. Därav fick intervjun hållas över telefon när patienten kommit hem. Patienten hade innan hemgång skrivit på samtyckesformuläret och godkänt telefonkontakt.

Datinsamling

Datinsamlingen består av patientintervjuer i en semistrukturerad metod. Tiden för intervjun anpassades efter patientens möjlighet att ses. En av författarna utförde därefter intervjun på avdelningen. Innan intervjun påbörjades fick patienten möjlighet att ställa frågor angående studien. Studiens syfte förklarades samt att det gjordes en bekräftelse av att patienten förstått vad intervjun handlade om. Sedan signerade patienten ett samtyckesformulär (bilaga 4) för sin medverkan. Ett informerat samtycke kräver att deltagaren fått information kring studien, säkerställning av att deltagaren förstått den givna informationen samt att deltagandet är frivilligt (Kjellström, 2012). Samtliga punkter informerades i forskningspersonsinformationen patienterna tillhandahölls och framfördes muntligt innan intervjun påbörjades. Detta gällde även faktumet att ljudet skulle spelas in under intervjun. Detta överensstämmer med Kvale och Brinkmann (2014) gällande iscensättning av intervjun där dessa punkter ska framföras innan intervjun påbörjas.

Datinsamlingen utgjordes av fem intervjuer under en period på en och en halv vecka, varav första intervjun var en pilotintervju och sista en telefonintervju. Intervjuerna spelades in med hjälp av ett röstinspelningsprogram på författarnas egna mobiltelefoner. I en pilotintervju testas frågorna, upplägget och den tid som satts ut för intervjun. Pilotintervjun genomfördes av båda författarna av studien. Intervjun transkriberades för att undersöka om materialet som samlats in var tillfredsställande till syftet eller om justeringar av intervjuguiden behövdes göras. Detta förklaras av Danielson (2017a) som en lämplig metod. Materialet från pilotintervjun var adekvat och intervjufrågorna behövde inte revideras och därför inkluderades pilotintervjun i datinsamlingen.

Resterande intervjuer utfördes av endast en författare för att motverka obalanserad maktfördelning. Tillvägagångssättet av telefonintervjun skedde på samma sätt som intervjuerna gjorts på avdelningen. Det förtydligades dock innan påbörjad inspelning att samtyckesformuläret var underskrivet. Samtliga intervjuer avslutades med frågan om patienten ville tillägga något. Detta tillvägagångssätt rekommenderas även av Kvale och Brinkmann (2014). Denna fråga kan ge intervjun ett positivt avslut och det är viktigt att avsätta tid för det (Danielson, 2017a). Intervjuerna var mellan 13–33 minuter långa.

När fem intervjuer hade utförts övervägdes planering för fler intervjuer. Men på grund av rådande omständigheter och risker av COVID-19 togs beslutet tillsammans med handledare och vårdenhetschef att fem intervjuer räckte för studiens dataunderlag. Datamättnad av dessa fem intervjuer ansågs ändå ha uppnåtts. Datamättnad enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2017) syftar till att mer datainsamling inte kommer resultera i mer ny kunskap till studiens syfte och bedöms av forskarna.

Kontext

Datainsamlingen skedde på vårdavdelningen där patienterna behandlas för akuta bukdiagnoser. Vårdtiden är max två dagar postoperativt och om det finns behov av fortsatt vård leder det till förflyttning till annan kirurgavdelning. Besök av närstående är begränsat på avdelningen och patienterna läggs in på antingen enkelrum eller flerbäddsrum.

Intervjuerna tog plats i ett närliggande konferensrum eller i patientens egna rum om det var ett enkelrum för att kunna tala ostört. Detta för att motverka avbrott vilket är att föredra (Danielson, 2017a), samt behålla patientens anonymitet och integritet. Sista intervjun hölls över telefon i patientens hemmiljö.

Förförståelse

Viss förförståelse inom kirurgisk akutvård finns hos författarna. Enligt Priebe och Landström (2017) är en förförståelse för studiens ämne inte endast akademisk, vetenskaplig och teoretisk kunskap utan även beprövad erfarenhet. Förförståelse syftar till att författarna har kunskap innan studien påbörjas. En halvdags hospitering på den aktuella avdelningen genomfördes i början av studien. Kvale och Brinkmann (2014) anser att förförståelse inte endast sker genom litteratur utan även att vistas i den miljö studien utspelar sig i. Det ger en större möjlighet att förstå vad deltagaren talar om. En teoretisk förståelse av det valda ämnet möjliggör att ställa relevanta frågor för studiens syfte. För att hantera den egna förförståelsen och få en medvetenhet av den diskuterades förförståelsen av författarna tillsammans med handledaren för studien.

Dataanalys

Dataanalysen inleddes med att transkribera intervjuerna. Vid dataanalysen användes metoden av Graneheim och Lundman (2004) som är speciellt inriktad på kvalitativ omvårdnadsforskning relaterat till dess relevans för ämnet. Det är en induktiv innehållsanalys som beskriver analysens alla delar stegvis och består av: Domän, meningsbärande uttryck, kondensering, kodning, kategorisering och tematisering. På så sätt granskas analysenheten genomgående. Likheter och olikheter i materialet framkommer och presenteras i kategorier och teman. Vid en induktiv ansats är textinnehållet utgångspunkten. Textmaterial från intervjuer är ett lämpligt underlag för en innehållsanalys (Danielson, 2017b).

Innan dataanalysen påbörjades strukturerades innehållsanalysens alla steg för att säkerställa ett vetenskapligt förhållningssätt. Detta fungerade som en mall i arbetet kring analysen. Det är ett fördelaktigt val när metoden inte tidigare utförts av författarna (Danielson, 2017b). När alla intervjuer transkriberats av författarna skrevs de ut i pappersformat. Dessa intervjuer lästes ett flertal gånger och granskades grundligt för att öka förståelsen. Studiens analysenhet utgörs av intervjuerna där de sagda orden är valt fokusområde, kallat manifest, och inte den latent och tolkningsbara innebörden. Dock antas viss tolkning ha gjorts och därav finns latent inslag i analysen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det viktigt att ha klargjort detta innan analysen påbörjas.

När intervjuerna hade studerats utförligt påbörjades kodningen av analysenheten. Två olika *domäner* uppdagades inom analysen, eller innehållsområde som Graneheim och Lundman (2004) föredrar att kalla det. Då syftet var att beskriva upplevelser av omvårdnad hittades såväl bra som sämre upplevelser under patienternas vårdtid. Därav skapades två domäner: Positiva upplevelser och Negativa upplevelser. Sedan inleddes kodning av texten som började med att utläsa *meningsbärande uttryck* relaterat till de två olika domänerna. När patienten talade om upplevelser av omvårdnaden kunde dessa meningsbärande uttryck urskiljas. Textavsnittet som behandlar dessa meningsbärande uttryck kortades sedan ner för att få med det viktigaste, en process kallad *kondensering* (Graneheim & Lundman, 2004). Denna förkortade version får sedan en kod som förklarar textavsnittets mening och sammanhang. Ett flertal av dessa koder utformades i processen och utgjorde sedan underlaget för kategorisering. Kategorisering är innehållsanalysens kärna (Graneheim & Lundman, 2004). Koderna jämfördes i sina likheter och olikheter där gemensamma nämnare utgör innehållet av *subkategorier*. Från subkategorierna formades sedan *huvudkategorier* där innehållet går att utläsa utifrån dess benämning. Huvudkategorin fungerar som ett facit där frågan om vad kategorin innehåller besvaras. Slutligen skapades teman av dessa kategorier. Det begrepp temat får är den röda tråd som genomsyrar analysprocessen, ett exempel i detta fall är "Omvårdnadens betydelse för patienten". De teman som uppkom blev tydliga i en tidigare del av processen men klargjordes i analysens sista steg. Dataanalysen utfördes grundligt och analysmättnad ansågs nådd av författarna. Enligt SBU (2017) betyder analysmättnad att ingen mer analys går att göras från insamlat material.

Intervjuerna fick varsin kodsiffra och frågorna i intervjuerna fetmarkerades för tydlig strukturering innan intervjuerna skrevs ut. Under processen skrevs fynd upp parallellt i tabeller för varje del i analysprocessen. Där arbetades materialet fram successivt. Färgade markeringar brukades för att särskilja de olika delarna. Dessa metoder förespråkas av Danielson (2017b).

Etiska överväganden

Inför studien skrevs ett underlag för uppsatsens ändamål till vårdenhetschefen och verksamhetschefen på den kirurgiska akutavdelningen för att få ett etiskt godkännande. Detta underlag har ett skriftligt godkännande av båda chefer. Samtliga patienter tillhandahölls forskningspersonsinformation (bilaga 3) för att kunna avgöra sin medverkan och signerade ett samtyckesformulär (bilaga 4) innan intervjun påbörjades. Forskningspersonsinformation och samtyckesformuläret innehåller samtliga punkter som etikprövningsmyndigheten (u.å) presenterar och blev både granskade och godkända av handledare.

Studien har inte genomgått etikprövning då det enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) inte krävs en etikprövning gällande studier utförda inom högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå. Däremot uppfylls kravet på god forskningsetik genom att följa Helsingforsdeklarationen där alla deltagare i studien ska respekteras och att intresset av ny forskning aldrig får överträda mänskliga rättigheter (World Medical Association, 2018). Allt insamlat material gällande intervjudeltagarna raderas när studien är godkänd.

6. Resultat

I resultatet framkom patienternas upplevelser av den omvårdnad som givits under deras vårdtid. Såväl positiva som negativa upplevelser redogörs för liksom vad patienterna ansåg om omvårdnadens betydelse.

Deltagarna bestod av fyra kvinnor och en man i åldrarna 23 - 70. Tre av deltagarna hade opererats för gallsten och två för appendicit. Samtliga deltagare hade relativt liten erfarenhet av sjukhusvård sedan tidigare.

Resultat-tabell

I resultattabellen (tabell 2) redovisas de teman, huvudkategorier och subkategorier som uppkom under analysen. Subkategorierna finns inkluderade i löpande text under respektive huvudkategori.

Tabell 2

Tema	Huvudkategori	Subkategori
Positiva upplevelser i samband med omvårdnad	Information	Uppdatering Delaktighet
	Vårdrelation	Autonomi Bemötande Lämna över ansvaret Omhändertagande
	Trygghet	Tillgänglighet Smärtlindring Förtroende Praktiska färdigheter Avskärmd från stress Teamkänsla
Negativa upplevelser i samband med omvårdnad	Informationsbrist	Brist på kommunikation Känsla av ovisshet
	Otrygghet	Behov av närstående Behov av omtanke & omhändertagande

Positiva upplevelser i samband med omvårdnad

För att kunna fortsätta ge en god omvårdnad är det betydelsefullt att identifiera de faktorer patienterna upplever fungerar väl. Nedan presenteras olika aspekter som patienterna ansåg gav en positiv upplevelse av omvårdnaden.

Information

Vikten av att få information upplevdes stor hos patienterna för att minska oro och skapa delaktighet under vårdtiden. Beroende på hur kommunikationen skedde kunde informationen uppfattas på olika sätt. Områden som patienterna förde fram var *uppdatering* och *delaktighet* vilket framförs i kommande citat:

“Jag har blivit väl omhändertagen. Så fort de får veta nånting så kommer de ändå in å berättar” (Intervju 2)

Patienterna uttryckte att de löpande fick uppdateringar av sjuksköterskorna. Oavsett om det inte fanns någon ny information att lämna blev patienterna även underrättade om det. Att löpande få information om vad som sker gav patienterna en känsla av trygghet. Detta är en viktig aspekt då ovana vid sjukhusmiljö kan skapa oro om vad som kommer att hända under sjukhusvistelsen. För att kunna vara delaktig i sin vård önskade patienten få information och instruktioner om förloppet. Genom sjuksköterskornas sätt att kommunicera involverades patienten i vården och upplevde därför delaktighet. Information om hur den närmaste tiden på avdelningen var planerad skapade en större interaktion mellan patient och sjuksköterska under vårdvistelsen.

“Alla har pratat me en å liksom förklarat vad som ska hända å att de känns som de har haft koll” (Intervju 4)

Omvårdnadens betydelse för patienterna gav också uttryck i vikten av information och dess effekt på delaktigheten. De ville veta vad som skulle ske vilket gav en känsla av att ha kontroll.

“Att jag vet, kanske har lite inblick i vad som händer. Att jag inte sitter där som ett frågetecken” (Intervju 2)

Vårdrelation

Att skapa en god vårdrelation var en balansgång mellan att dels uppmuntra autonomi och ge stöttning och dels ge ett välkomnande bemötande. När sjuksköterskorna uppmuntrade patienterna till mobilisering efter operationen kunde patientens *autonomi* stötts och återhämtningen påbörjas. Vid behov gavs även stöttning till toalett eller egenvård. Detta kunde ske genom att sjuksköterskan var närvarande och kunde finnas till hands när patienterna behövde dem. Denna stöttning var även en viktig aspekt gällande omvårdnadens betydelse för patienterna.

“De berättar att ahmen det är bra du är uppe och går och att det är bra för dig ehm för då vet jag om det för de annars hade jag bara legat i sängen å väntat på att nån ska säga vad de är jag behöver göra eller kan göra” (Intervju 2)

Bemötandet var viktigt i skapandet av vårdrelationen. Patienterna framhöll vikten av ett vänligt och välkomnande bemötande liksom sjuksköterskornas närvaro och omtanke. I en främmande sjukhusmiljö upplevdes det betydelsefullt att känna sig välkommen och att någon tittade till dem och frågade hur de mådde. Flera patienter uppgav att det fanns en ödmjukhet och omtanke hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna behöll ett trevligt bemötande trots att samma frågor ställdes upprepade gånger av patienterna.

“[...] är det så att jag behöver nåt eller undrar över nånting så får jag i alla fall ett mottagande även om de inte kan svara på frågan” (Intervju 2)

Upplevelsen av att känna sig sedd och uppmärksam i bemötandet var viktigt i omvårdnaden enligt patienterna och innebar att få känna sig välkommen på avdelningen. Även att bli mött med ett leende av sjuksköterskan och att få känna att fokus låg på dem.

“Ja så att man känner sig lite i centrum. Om man säger så” (Intervju 3)

En god relation mellan sjuksköterska och patient skapade en ökad trygghet. Patienterna uppskattade att sjuksköterskorna presenterade sig och även titulerade patienterna med namn. Det gav upplevelsen av att sjuksköterskan visste vem de var. Det uttrycktes att det kändes skönt att kunna *lämna över ansvaret* för vården till sjuksköterskorna och att kunna släppa kontrollen. För att kunna lämna över ansvaret fordras att patienten har ett förtroende för sjuksköterskan.

“Att man känner att man vet att nån annan har koll” (Intervju 4)

Patienterna upplevde att omvårdnad inkluderade att bli *omhändertagen*. Omhändertagandet gällde både kroppen som var sjuk men även omtanken att sjuksköterskan brydde sig om dem. För patienterna var en viktig faktor i omvårdnaden att sjuksköterskan frågade hur de mådde. Patienterna förklarade att omvårdnad innebar att sjuksköterskan regelbundet tittade till dem.

“[...] att de kollar hur det går lite då och då” (Intervju 4)

Trygghet

Trygghet var en viktig faktor i omvårdnaden under patientens vistelse på vårdavdelningen och var även viktigt gällande omvårdnadens betydelse för patienten. En patient uttryckte till och med att den viktigaste upplevelsen vid sjukdom var just trygghet. Sjuksköterskan spelade en betydande roll i såväl sin *tillgänglighet*, sina *praktiska färdigheter* som i bidragandet av att upprätthålla ett tryggt vårdklimat på vårdavdelningen.

Det framkom att patienterna ansåg att omvårdnad betydde att finnas där för dem och vara ett stöd under vistelsen på avdelningen. En betydande faktor var därför upplevelsen av trygghet i den vårdmiljö de befann sig i. Sjuksköterskan har en viktig roll i att skapa denna trygghet. En patient beskrev trygghet i att det inte var så många olika sjuksköterskor i sitt team eftersom det gav möjligheten att känna igen personalen.

“Å att de inte e jättemånga olika. Att man ändå känner igen sköterskan...” (Intervju 4)

Det visade sig att patienterna upplevde trygghet när sjuksköterskan var tillgänglig för dem och uppfattades närvarande vid deras möten. När sjuksköterskan uppmuntrade patienterna att säga till och befann sig i närheten medförde det att patienterna kände att sjuksköterskan var tillgänglig för dem. Tillgängligheten underlättade även behovet av *smärtlindring* då patienten lätt kunde be om mer smärtstillande. Vikten av smärtlindring både preoperativt och postoperativt påpekades av några patienter. De upplevde att deras smärta hade tagits på allvar samt att behovet av smärtlindring hade uppmärksammats av sjuksköterskan. En god smärtlindring medförde avslappning.

“[...] det e mottagandet att man tas på allvar när man kommer in med ehm med problem med smärta, att man följs upp hela tiden och frågar hur du mår å behöver du värktablett så finns vi här” (Intervju 2)

Det etablerades ett *förtroende* för sjuksköterskan när det upplevdes att sjuksköterskan hade kontroll över situationen. Detta förtroende möjliggjorde för patienterna att slappna av. Sjuksköterskornas praktiska färdigheter ökade förtroendet där bland annat blodprover och dagliga kontroller såsom blodtryck resulterade i positiva upplevelser för patienterna. Det upplevdes att sjuksköterskorna visste vad som skulle göras samt att de hade kunskap att utföra dessa moment väl.

”Dom gör sitt jobb dom vet hur det skall göras och vad skall göras och då är det perfekt” (Pilotintervju)

Resultatet av undersökningen visade att miljön på avdelningen var viktig för att patienterna skulle uppleva trygghet och vara *avskärmd från stress*. Även om det skulle ha varit en stressad situation på avdelningen så påverkades patienten inte av detta. De kände sig inte påverkade av den stress sjuksköterskan kunde utsättas för.

“Milt å stillsamt så det inte är nån som är brysk eller skyndar för att hinna med alla patienter å sånt. Att man märker inte om de skulle vara nån stress” (Intervju 2)

Även personalens samarbete med varandra uppmärksammades. Denna *teamkänsla* märktes och fick patienten att uppleva att vårdavdelningen även var en god arbetsplats, vilket ökade välbefinnandet.

“Det verkar vara en bra sammanhållning på avdelningen. De verkar ha roligt här. Ja det märker man som patient” (Intervju 3)

Negativa upplevelser i samband med omvårdnad

Det är betydelsefullt att även ta reda på vad patienterna upplevde som mindre fungerande för att kunna utveckla förbättringsarbetet. Patienternas synpunkter är värdefulla för att kunna identifiera vad som saknas eller om några rutiner bör ändras. I detta kapitel presenteras faktorer av omvårdnaden som patienten upplevde negativt.

Informationsbrist

Några patienter upplevde en avsaknad av viss information. Informationen behövdes även om den inte efterfrågades. Det kunde vara svårt för patienten att veta vilka frågor som skulle ställas. Informationsbrist gjorde även att väntan på operation kunde bli lång. Patienterna hade uppskattat att få information om ungefärlig tidsaspekt.

Bristen på kommunikation och behovet av den varierade dock från person till person. En patient önskade bättre kommunikation kring en eventuell sjukskrivning och hur lång läkeprocess som kunde förväntas. I väntan på operationen önskade samtliga patienter med gallsten tydligare direktiv om när den skulle ske eftersom dessa patienter väntade längre på operation än dem som skulle opereras för appendicit. Även om patienterna var medvetna om att de inte kunde få en exakt tid ville de få reda på en ungefärlig tid för att kunna förbereda sig bättre inför operationen.

”Jamen imorgon kommer du opereras så det var alltså igår men då vet man inte är det på morgonen? Är det till lunch? Är det på eftermiddagen? Eller på kvällen? Så då var det ju mer då att man bara väntar och undrar” (Intervju 2)

En patient upplevde avsaknad av information kring att få äta eller inte:

“På morgonen jag fick inget besked om jag får äta eller dricka något. Jag var hungrig och törstig du vet man äter inte på flera dagar” (Pilotintervju)

Att som patient befinna sig i en miljö som är främmande och genomgå en operation innebär en stor *ovisshet*. Att inte veta vad som händer eller ska hända skapade en känsla av oro hos en del patienter.

“Å sen fick jag vänta lite till och sen körde dom mig hit. Jag fortfarande visste ingenting” (Pilotintervju)

Otrygghet

En osäkerhet framkom när patienten hade behov av mer omtanke från sjuksköterskorna, som att titta till patienten oftare efter operationen och att få ett glas vatten utan att behöva be om det. Patienterna uttryckte ett behov av omtanke under vårdtiden för att motverka känslan av övergivenhet och ensamhet. Behov fanns att sjuksköterskan skulle vara initiativtagande till kontakt för att uppmärksamma patientens önskan. Det upplevdes i vissa fall svårt för patienterna att veta vem de skulle vända sig till.

”Vem man ska vända sig till? Å vem ska man fråga? För de är ganska mycket personer som rör sig ehm å vissa verkar väldigt upptagna så man vet inte kan jag störa eller inte” (Intervju 2)

En extra omtanke behövdes inte minst postoperativt när den egna förmågan att klara sig själv sattes ur spel för patienten. Timmarna efter operationen var viktiga där det förekom ett ännu större *behov av omtanke och omhändertagande*.

“Den natten när man kommer tillbaka till rummet. Den tiden är den absolut viktigaste för som jag känner det. Om jag stannar inatt det spelar ingen roll. Jag klarar mig själv jag kan gå men den momenten den natten den första timmarna efter. Det är eftersom jag inte kunde gå och resa mig. Jag kan ingenting” (Pilotintervju)

Två patienter påpekade även *behovet av en närstående* i en utsatt situation. Det hade upplevts avslappnande att ha någon närstående vid sin sida, men att den möjligheten tyvärr inte fanns på avdelningen. I och med att patienten inte kunde ha någon närstående vid sin sida före operationen upplevdes behovet av omtanke från sjuksköterskorna efter operationen ännu större.

Möjligheten att ha en närstående närvarande påpekades ha kunnat underlätta situationen och gjort väntan på operationen mer uthärdlig. Att vara utan en närstående resulterade i en känsla av ensamhet.

“Även om jag är tjugotre så är de ju skönt att ha nån som följer me en [...] De ju ba att då slipper man hålla koll på allt själv i huvudet” (Intervju 4)

7. Resultatdiskussion

Patienternas upplevelser av omvårdnad före och efter akut kirurgi delades in i temana och berörde såväl positiva som negativa upplevelser i samband med omvårdnaden. Resultatet inkluderade även frågeställningen i studien som berörde vad patienterna upplevde omvårdnad betydde för dem. Således har olika aspekter av omvårdnadsupplevelsen identifierats från patientperspektivet. De huvudfynd som framkom i studien var behovet av *information*, känslan av *trygghet*, skapandet av *vårdrelation* och möjligheten till *delaktighet*.

Information

Sjuksköterskans centrala roll beskrivs av Amora Ascari m.fl. (2013) som att informera och förbereda patienten för operation. Betydelsen av att informera patienterna påpekades även i studien av Kiliç och Öztunç (2015) där patienterna uttryckte stor uppskattning över att bli uppdaterade om vad som hände. Patienterna i denna studie hade också positiva upplevelser av att bli uppdaterade kontinuerligt av sjuksköterskorna. Informationen behövdes således inte vara ny vilket tydde på att det var kommunikationen som var viktig och inte alltid själva informationen. Informationen bedömdes därför i denna studie ha berott på hur kommunikationen fungerade. Kommunikationen ledde till att patienterna kände sig prioriterade och delaktiga. Kommunikationen anses av författarna ha varit ett essentiellt verktyg för omvårdnaden. Vikten av kommunikation mellan sjuksköterska och patient påtalade även Amora Ascari m.fl. (2013) som menar att genom kommunikation fanns också möjligheten att ge individanpassad vård.

En brist några patienter upplevde i denna studie var information kring förväntad tidpunkt för operationen. Väntan kunde upplevas påfrestande, speciellt utan en närstående vid sin sida. Patienterna hade svårt att förbereda sig eftersom väntan i vissa fall var lång varpå personalen snabbt kunde komma och meddela att det nu var dags. Detta stämmer överens med studien av Forsberg m.fl. (2017) som identifierade patienters behov av information där patienterna tyckte det var viktigt att få reda på när operationen skulle ske. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska informationen innehålla bland annat vid vilken tidpunkt patienten kan förväntas få vård. Däremot är det svårt att meddela en exakt tidpunkt vid akut inbokade operationer eftersom andra mer akuta operationer kan behöva prioriteras. Patienterna i denna studie hade en förståelse för detta.

Behov av information är olika från person till person vilket ställer krav på sjuksköterskan att vara öppen för vad patienten behöver (Forsberg m.fl., 2017). Detta informationsbehov varierade även i denna studie. Informationen ska enligt Socialstyrelsen (2015) vara individuellt anpassad till patienten vilket betyder att informationens innehåll kan behöva varieras beroende på enskild individ. Detta bekräftar vad som står skrivet i Patientlagen (SFS 2014:821). Sjuksköterskan har ansvar att se till att patienten får tillräcklig information och även att den ges på ett anpassat sätt för individen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a).

I denna studie kunde det upplevas svårt att som patient ställa rätt frågor inför operationen. Behovet av information fanns trots att den inte efterfrågades, exempelvis detaljer kring operationen. Liknande påstod studien av Amora Ascari m.fl. (2013) där patienter som inte upplevt en god omvårdnad påpekade att de saknat information kring sin operation. Studien av Jangland, Kitson och Muntlin Athlin (2015) påpekade dock att patienterna saknat information kring matrestriktioner och sjukskrivning när de lämnat vårdavdelningen, vilket inte upplevdes i samma utsträckning i denna studie.

Det fanns skillnader i patienternas upplevelser från omvårdnaden gentemot denna studie och studien av Jangland m.fl. (2015). Skillnaderna utgjordes bland annat av att patienterna i den andra studien inte upplevde tillräcklig smärtlindring vilket patienterna i denna studie var nöjda med. Ett större stresspåslag och en distansering hos sjuksköterskorna identifierades av Jangland m.fl. (2015) vilket ledde till att patienterna inte ville störa dem trots att behovet av omvårdnad var stort. Bristen på egenvård och hygien var också påtaglig. Detta trots att båda studier var empiriska och utförda på universitetssjukhus i Sverige med samma antal intervjudeltagare, liknande fördelning av såväl kön som åldrar samt diagnoser. Studien av Jangland m.fl. (2015) hade dock uppföljande intervjuer efter att patienterna kommit hem vilket nämndes ha gett deltagarna distans till att ha kunnat vara mer objektiva i deras berättelser, vilket denna studie saknade. Liknande huvudfynd gällande omvårdnadens betydelse har dock hittats i studierna och utgjordes av bland annat information och delaktighet.

Trygghet och vårdrelation

Santamäki Fischer och Dahlqvist (2014) menar att sjuksköterskan spelar en stor roll gällande upplevelsen av trygghet för patienten men att sjuksköterskan även kan skapa en otrygghet. Aspekter som påverkar upplevelsen av trygghet är att se patienten som en hel människa men även att bli bemött med empati och praktisk visdom. Detta har likheter med denna studie där trygghet associerades med sjuksköterskans praktiska färdigheter. Även Forsberg m.fl. (2017) belyste att patienten var beroende av att känna tillförlitlighet till personalens kunskaper och förmågor. Det antas vara viktigt att sjuksköterskan arbetar för skapandet av ett förtroende för att denna tillförlitlighet skall vara möjlig.

Trygghet har i denna studie associerats med ett förtroende till sjuksköterskan för att kunna lämna över ansvaret samt en tillgänglighet till sjuksköterskan. Även att få information gav en känsla av trygghet och delaktighet. Detta kan även tolkas handla om vårdrelationen då dessa faktorer har samspelat i studien och varit svåra att särskilja. Enligt Graneheim & Lundman (2004) kan begreppen gå in i varandra när det handlar om upplevelser och således passa in i fler än en kategori.

Jangland m.fl. (2015) identifierade patienternas behov av en vårdrelation till sjuksköterskan för att på så sätt även uppleva trygghet. Vikten av vårdrelationen associeras till studien av Amora Ascari m.fl. (2013) som beskrev att patienter upplevde känslor av osäkerhet, rädsla och nervositet inför en operation. Därför påpekas hur betydelsefull relationen mellan sjuksköterska och patient är för att ge trygghet och minska oro. Vårdrelationen antogs av författarna i denna studie ha påverkats av bemötandet från sjuksköterskan. I studien upplevde patienterna sig välkomnade och att sjuksköterskorna var närvarande i deras vård samt att det både fanns en ödmjukhet och en omtanke hos dem vilket uppmuntrade till en god vårdrelation.

Vårdrelationen anses enligt Kitson, Muntlin Athlin och Conroy (2014) vara en grundläggande aspekt av omvårdnaden och baseras på sjuksköterskans åtaganden i att ta hand om patienten som en hel människa. Denna helhetssyn på människan påpekades även av Svensk sjuksköterskeförening (2014). Sjuksköterskan kan etablera en vårdrelation genom att se till att patienten är delaktig och informerad. Även genom ett ödmjukt och empatiskt bemötande samt med sina praktiska yrkeskunskaper (Kitson m.fl., 2014).

Omvårdnad har i denna studie även associerats med att känna sig sedd och att sjuksköterskorna brydde sig om dem. Liknande har studien av Lindwall och von Post (2013) identifierat där de grundläggande principerna för hälsa i den perioperativa vården var att se patienten som en hel människa och att sjuksköterskan tog sig tid för patienterna och tog dem på allvar. Omvårdnad karaktäriserades av att sjuksköterskan fanns där för patienten och hade ett respektfullt bemötande. Även Forsberg m.fl. (2017) menade att det ansågs betydelsefullt att sjuksköterskan var engagerad i patientens vård och visade respekt och förståelse för den situation patienten befann sig i. Vikten av respekt för patienten som människa påpekades också av Jangland m.fl. (2015). Denna bild skiljde sig åt från studien av Amora Ascari m.fl. (2013) som påpekade att flertalet patienter endast identifierade medicintekniska moment som omvårdnad. De hade svårigheter att förstå att sjuksköterskans omvårdnad var betydligt mer omfattande. Denna skillnad skulle kunna förklaras av att studien gjordes med patienter i ett annat land med kulturella skillnader.

Vårdrelationen påverkas negativt av tidsbrist (Kitson m.fl., 2014). Att inte ha fått etablera en vårdrelation påverkade omvårdnaden negativt i studien av Jangland m.fl. (2015). Negativa upplevelser relaterat till vårdrelationen har inte identifierats i denna studie. Däremot är tidsbristen ett faktum och där korta vårdtider inte ger samma möjlighet att etablera en vårdrelation. Patienterna upplevde i denna studie ett bra bemötande och ett förtroende för sjuksköterskorna samt en trygghet på avdelningen.

Delaktighet

Delaktighet har identifierats som en aspekt patienterna uttryckte var viktig gällande omvårdnadens betydelse. Samma resonemang styrktes i studien av Papastavrou m.fl. (2015) som påpekade att det var betydelsefullt att patienten involverades i sin omvårdnad och kunde vara med och fatta beslut. Sjuksköterskor och patienter hade däremot skilda uppfattningar gällande hur mycket inflytande patienterna hade kring omvårdnaden. Patienterna upplevde inte att de var lika delaktiga som sjuksköterskorna upplevde det. Skillnaden har inte kunnat påvisats i denna studie eftersom endast patientperspektivet undersöktes.

Delaktigheten framkom i patienternas behov av att få stöttning för att påbörja sin återhämtning efter operationen. Även att få tillräcklig information om sin vård möjliggjorde patienternas delaktighet. Detta menade också studien av Jangland m.fl. (2015) där delaktighet betydde att de fick tillgång till information gällande deras vårdplan. Behovet av delaktighet påpekades i studien av Forsberg m.fl. (2017) där patienterna upplevde delaktigheten som bristfällig. Patienterna upplevde vården alltför högteknologisk och därför svår att känna sig delaktiga i. Känslan blev istället att valen låg i vårdpersonalens händer och inte sina egna. I denna studie yttrades att genom sjuksköterskans information kring till exempel postoperativ mobilisering kunde patienterna vara mer medverkande i sin vård.

Reflektion kring teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen utgjordes i denna studie av vårdrelation, kommunikation och delaktighet och diskuteras ovan. Dessa begrepp samvarierade där den ena stärkte den andra men även kunde försvaga varandra om dessa faktorer inte utfördes korrekt. Vårdrelationen ansågs utgöra en stark kärna inom samtliga fynd i studien.

Omvårdnad handlade om att se patienten som en hel människa vilket vårdrelationen ansågs göra i samband med kommunikation och delaktighet. Genom den kunskap kommunikationen åberopade möjliggjorde det även en delaktighet i vården som i sin tur medverkade till en salutogen vård.

8. Metoddiskussion

Val av metod

Som nämnts innan har en kvalitativ metod valts i denna studie. Den kvalitativa metoden medför en möjlighet att fånga patienternas upplevelser vilket en kvantitativ metod inte kunde ge. En empirisk studie var därför det lämpliga valet för studiens syfte. Den induktiva ansatsen ansågs passande till skillnad från en deduktiv ansats som enligt Priebe och Landström (2017) används när det ställs en hypotes eller ett påstående kring studiens ändamål vilket inte var passande i detta fall.

Eftersom studiens syfte var att *beskriva* upplevelser var en kvalitativ intervjumetod enligt Danielson (2017a) ett passande val. Den valda intervjumetoden möjliggjorde att undersöka patienternas erfarenheter av den omvårdnad som givits dem. Enligt Danielson (2017a) möjliggör det även en förståelse för de människor som intervjuas. Däremot påpekar såväl Kvale och Brinkman (2014) som Danielson (2017a) att en intervjumetod är mycket tidskrävande. Därför övervägdes användning av enkäter då Billhult (2017) menar att det inte tar lika lång tid. Enkäter är dock mer använt i kvantitativa metoder och förkastades. Den tidsplan som konstruerades för att inte överskrida tidsramen var ett fungerande koncept. Tidsplanen lyckades fullföljas i stora drag men blev på grund av COVID-19 påverkad av en förkortad intervjuperiod och ändringar i planerade möten.

Även andra metoder som en litteraturbaserad studie övervägdes men eftersom studien gällde ett samarbete med en akutkirurgisk vårdavdelning önskades ett mer specifikt resultat. För att få användbar kunskap blev en intervjumetod med patientberättelser ett bättre val. Detta på grund av att patienternas upplevelser är baserade på erfarenheter av omvårdnad från den specifika vårdavdelningen.

En semistrukturerad intervjumetod valdes eftersom den kan anpassas till varje individuell situation och upplevdes passande gentemot studiens syfte. Därför förkastades en strukturerad metod som Danielson (2017a) förklarar har mer riktade frågor. Trots att intervjuguiden är semistrukturerad finns frågor som kan efterliknas en ostrukturerad metod som enligt Danielson (2017a) används för att uppmuntra berättandet men oftast bara består av ett fåtal frågor. En semistrukturerad metod gav både öppna frågor som ej styrdes i specifik riktning och en viss struktur och tydlighet i intervjuguiden.

Intervjufrågorna utformades gentemot syftet där patienternas upplevelser av omvårdnaden samt sjuksköterskans roll ville belysas. Dessa faktorer gjorde grunden för intervjuguiden. Intervjufrågan som riktades in på *omvårdnad* (bilaga 2, fråga 3) upplevdes i några fall som svårförståelig av patienterna. Detta var förväntat av författarna. Omvårdnad upplevs som ett välkänt begrepp inom sjuksköterskeprofessionen men är inte lika bekant av patienter. Vad patienterna ansåg vara omvårdnad var därför en intressant fråga. Frågan möjliggjorde svaret på vad i omvårdnaden som var betydelsefullt för patienten, vilket var angelägen information.

Intervjufrågorna i studien var egenkonstruerade. Däremot har intervjufrågor från tidigare examensarbeten granskats för vägledning om hur frågorna kunde ställas. Egenkonstruerade frågor menar Billhult (2017) är en fördel eftersom frågorna kan ställas specifikt för studiens syfte. Om frågorna missförstods kunde författarna förklara frågorna mer djupgående.

Urval

Akut bukkirurgi begränsades genom inklusionskriterierna ileus, gallsten och appendicit. Författarna valde att inte inkludera fler diagnoser eftersom det hade medfört ett för brett underlag för studien och ett alltför stort antal deltagare att intervjua. De patienter som intervjuades hade alla genomgått akut kirurgi gällande appendicit eller gallsten. Tyvärr gavs inget tillfälle att intervjua någon som genomgått akut kirurgi gällande ileus under intervjuperioden trots att detta var ett inklusionskriterie i studien. Därav anses resultatet för denna studie inte representativt för denna patientgrupp eftersom det hade kunnat blivit ett mer nyanserat resultat med inkludering av patienter som genomgått ileuskirurgi. Detta för att ileus klassas som ett mer allvarligt kirurgiskt tillstånd än gallsten och appendicit (Forsberg m.fl., 2016) och kan därför påverka patientens behov av omvårdnad. En annan begränsning i urvalet var att det endast gällde ineliggande patienter på den specifika avdelningen. Därför kan inga slutsatser dras rörande patientgrupper på andra vårdavdelningar.

Antalet intervjudeltagare (fem) kan vid en första anblick anses få. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) anses ett deltagarantal på femton plus/minus tio vara normen i intervjustudier. Ett färre antal deltagare möjliggör att datamaterialet kan studeras mer ingående. Dessutom är det en fördel att ha ett mindre antal intervjudeltagare när tiden och resurserna är begränsade som i ett examensarbete av denna art. Danielson (2017b) menar dock att ett för smalt antal kan ge en begränsad mängd data. Eftersom intervjuperioden var planerad till två veckor kunde fler intervjuer ha genomförts, men på grund av COVID-19 begränsades intervjuperioden till en och en halv vecka.

Ett strategiskt urval ansågs som den mest fördelaktiga metoden eftersom patienterna behövde ha erfarenhet av de kirurgiska ingreppen. Henricson och Billhult (2012) påpekar att strategiskt urval möjliggör detta behov. Få inklusions- och exklusionskriterier sattes för att kunna inkludera så många deltagare som möjligt och få ett representativt urval. Åldersspannet resulterade i en god variation på åldrar mellan 23-70 år. En svaghet i studien är däremot att endast en av de fem deltagarna var man, därför antas att resultatet ej blir lika representativt för olika kön. De satta exklusions- och inklusionskriterierna resulterade i ett antal intervjuer som ej blev övermäktigt att handskas med.

Eftersom kommunikationsförmågan ansågs viktig för genomförandet av intervjuerna samt att ett etiskt förhållningssätt upprättades exkluderades patienter som var icke-svensktalande eller hade kognitiv nedsättning.

Enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) framgår det vilka personer som är etiskt riktigt att låta delta i en forskningsstudie. Lagen syftar till att skydda personer och säkerställa att de som deltar förstår vad de medverkar i för sorts studie och vad de svarar på. Det kan då gälla kognitiv nedsättning, bristande språkkunskaper eller andra sjukdomar som gör att personen inte har full förståelse gällande deltagandet i studien. Svårigheten gällande språkförbristningar visade sig dock då två intervjudeltagare inte hade svenska som modersmål. Transkriberingen blev mer utmanande tidsmässigt än förväntat. Vissa svar fick tolkas och kan därför ha påverkat resultatet. Att använda svenska som modersmål som ett inklusionskriterie hade kunnat vara ett sätt att hantera detta.

En annan brist är att författarna av studien inte hade möjlighet att delta i rekryteringen på plats. Detta medförde att författarna inte kunde påverka vem som skulle delta. Här kan en likriktning av deltagare ha skett eftersom valet togs av vårdavdelningen och inte av författarna. Detta bör vägas in i studiens resultat. Däremot var vårdavdelningen införstådd i att samtliga patienter som uppfyllde kriterierna skulle tillfrågas.

Datainsamling

Det är rekommenderat att en eller flera pilotintervjuer utförs i förarbetet av en intervjustudie (Danielson, 2017a). I detta arbete utfördes *en* pilotintervju. En avsikt med pilotintervjuer är att säkerställa om den planerade tiden är fungerande. Pilotintervjun var planerad till max 30 minuter relaterat till att dels ge ett transkriberingsarbete som var överkomligt under studiens rådande tidsbegränsning och dels på grund av hänsyn till patienterna som var nyopererade vid den tidpunkt intervjuerna hölls. Pilotintervjun överskreds med tre minuter vilket berodde på att intervjudeltagaren var målande i sina svar. Materialet bedömdes ändå vara användbart för studien och intervjufrågornas antal och utformning reviderades inte. Pilotintervjun fick således ingå som en av de fem intervjuerna i studien. Eftersom resterande fyra intervjuer endast tog mellan 13-18 minuter kunde en eller två frågor tillförts för att få mer data. Båda författarna var med under pilotintervjun vilket bedöms som lämplig metod av Danielson (2017a). Om två intervjuare medverkar i intervjun kan detta emellertid påverka svaren och göra intervjun mer tidskrävande. Då studiens intervjudeltagare var nyopererade patienter togs beslutet att resterande fyra intervjuer skulle utföras av bara en av författarna. Således medverkade författarna som ensam intervjuare under två intervjuer vardera.

På grund av den pågående pandemin krävde den sista intervjun omplanering och fick hållas över telefon i patientens eget hem. Före intervjun säkerställdes att patienten kunde tala ostört i ett enskilt rum. Denna intervju gav störst utmaning då varken kroppsspråk eller ansiktsuttryck kunde underlätta. Därför kan flera nyanser i samtalet ha missats och en större tolkning ha skett. Danielson (2017a) påpekar att telefonintervjun inte behöver ge någon väsentlig skillnad gentemot en intervju som hålls ansikte mot ansikte. Tonläget blir istället ännu viktigare eftersom varken kroppsspråk eller ögonkontakt kan användas. En alternativ metod kunde ha varit att göra intervjun via Skype. Det hade möjliggjort att följa patientens ansiktsuttryck och kroppsspråk (Janghorban, Latifnejad Roudsari, & Taghipour, 2014). Men då planeringen för intervjun ändrades snabbt blev telefonintervju ett enkelt tillvägagångssätt under rådande omständigheter.

Eftersom transkriberingen skedde i direkt anslutning till intervjuerna möjliggjorde det en översikt och en uppfattning om materialet som samlades in. När valet gjorts att inte fler intervjuer kunde utföras ställdes det mot uppnådd datamättnad.

Författarna upplevde emellertid en tillfredsställelse med datainsamlingen och ansåg därmed att datamättnad var uppnådd. Detta gällande intervjumaterialet från patienter som genomgått akut kirurgi för gallsten och appendicit. En svaghet är dock att det inte kan garanteras i denna studie då det enligt SBU (2017) hör till vanligheten att datainsamlingen fortskrider för att säkerställa datamättnaden. Denna säkerhetsåtgärd kunde ej vidtas i denna studie.

Eftersom datamättnaden påverkas av hur utförligt deltagarna kan beskriva upplevt fenomen (SBU, 2017) antas datamättnaden dock inte ha påverkats av en förkortad intervjuperiod. Detta på grund av att intervjufrågorna i studien har uppmuntrat till detaljerade svar.

Kontext

För att deltagaren ska uppleva trygghet och uppmuntras till innehållsrika svar på intervjun behöver miljön hållas ostörd (Danielson, 2017a). Trots att lokalerna varierade vid intervjuerna hölls samtliga i en lugn miljö utan risk för avbrott. Det är att föredra om samtliga intervjuer kan hållas i samma lokal för att kunna förbereda rummet genom att till exempel säkerställa teknisk utrustning och för att kunna samtala ostört (Danielson, 2017a). Dessa faktorer kunde säkras trots att intervjuerna hölls i olika lokaler.

Förförståelse

Författarnas förförståelse relateras till sjuksköterskeutbildning som givit kunskap och erfarenhet om sjuksköterskeprofessionen, patientkontakt samt teoretisk kunskap inom ämnet. Vid påbörjandet av denna studie antogs att en viss missnöjdhet skulle upptäckas i patienternas upplevelser av omvårdnad. Det kan därför misstänkas att intervjufrågorna kan ha ställts i åtanke att uppmuntra patienten att våga tala om negativa faktorer. Men i och med valet av öppna frågor uppmuntrades patienterna även att berätta om positiva faktorer. Förförståelsen anses därför inte ha påverkat frågorna.

Dataanalys

Analysenheten för studien är de transkriberade intervjuerna. Att transkribera tar lång tid (Kvale & Brinkmann, 2014) och är en metod som betyder översättning av tal till text (Wibeck, 2017). De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant, vilket Danielson (2017) påpekar underlättar arbetet och möjliggör nyanser i språket. Under denna process kan det utläsas vem som har sagt vad vilket underlättar arbetet. Talspråket i intervjuerna översattes till skriftspråk vilket ger texten en större analysbarhet. En transkribering får inte samma liv som en intervju då texten inte beskriver kroppsspråk eller andra fysiska uttryck som kommer ur samspelet mellan två personer. Detta medför att nyanser av värde kan falla bort (Kvale & Brinkmann, 2014).

En kvalitativ innehållsanalys användes i denna studie. Två olika metoder granskades innan dataanalysen påbörjades där slutligen metoden av Graneheim och Lundman (2004) valdes. En metod som hade fungerat är Elo och Kyngäs (2008) induktiva innehållsanalys som förespråkar att kategorisera analysenheten för att kunna jämföra och urskilja likheter och skillnader, vilket även Graneheim och Lundmans (2004) metod gör. Den metoden är mer klassisk medan Graneheim och Lundman är mer tolkningsbar enligt Danielson (2017b). Då författarna inte har utfört en innehållsanalys tidigare var Graneheim och Lundmans (2004) instruktioner för dataanalysen ändå tydliga och tillvägagångssättet presenterades stegvis. Det var ett avgörande kriterium för att säkerställa ett vetenskapligt förhållningssätt.

Trovärdighet och tillförlitlighet

För att säkerställa trovärdighet i studien har författarna utgått från en kvalitativ granskningsmall från SBU (SBU, 2012). Författarna till studien har styrkt trovärdigheten genom att noggrant beskriva kontext och urval samt analysprocessen i detalj. Graneheim och Lundman (2004) nämner att trovärdigheten ökar om resultatet stärks genom användning av citat från intervjudeltagarna. I samband med transkriberingen har viss tolkning skett på grund av språkförbistringar. Detta kan ha lett till missuppfattningar av datamaterialet vilket kan ha påverkat trovärdigheten.

Mårtensson och Fridlund (2017) menar att författarna av studien behöver redogöra för sin förståelse vilket har utförts i denna studie. För att öka tillförlitligheten behöver författarna även presentera hur studien har genomförts och vilka tekniska hjälpmedel som använts samt vem som har transkriberat intervjuerna. Ovanstående har noggrant beskrivits i denna studie vilket författarna menar uppfyller kraven för god tillförlitlighet.

Etiska överväganden

Eftersom denna studie valt att intervjua patienter har etiska principer varit en stor del genom hela processen. Kjellström (2017) beskriver att forskningsetiska principer ska genomsyra samtliga steg i studien och åligger på studentens ansvar. Författarna har därför samtalat gällande etiska överväganden med handledare och arbetat utförligt med samtyckesformulär och forskningspersonsinformation för att säkerställa att studien utförs etiskt korrekt. Lagar såsom lag om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460) och personuppgiftslag (SFS 1998:204) har använts i arbetet.

9. Slutsats

Patienterna har beskrivit deras upplevelser utifrån deras vistelse på den kirurgiska akutavdelningen. Det har identifierats att information och uppdatering utöver hela vårdtiden varit viktig för patienten där en fungerande kommunikation möjliggjort detta. Sjuksköterskan har spelat en betydande roll i skapandet av en vårdrelation genom såväl sitt bemötande, omtanke och praktiska kunskap vilket även givit en trygghet för patienten. Att uppleva trygghet var en viktig faktor i omvårdnaden där såväl information som möjligheten till ett förtroende för sjuksköterskan var betydande. Även sjuksköterskans tillgänglighet har påpekats samt vikten av smärtlindring. Flera patienter beskrev att det var skönt att kunna lämna över kontrollen till sjuksköterskorna vilket också bidrog till en känsla av trygghet. Behovet av trygghet har även uttryckts i form av en osäkerhet när patienten inte upplevde tillräcklig kommunikation, inte kände sig sedd av personal eller kunde ha sina anhöriga nära. Möjligheten till delaktighet har framkommit där återigen informationen varit betydande men även att få stöttning i mobiliseringen. Detta gav en känsla av att vara involverad i vården. Betydande områden i omvårdnaden för patienten har belyst såväl vårdrelation som att känna sig sedd och även delaktighet. Eftersom målet med studien var att beskriva patienters upplevelser före och efter akut kirurgi på en vårdavdelning anses detta har uppfyllts.

10. Implikationer för omvårdnad

Studien har skett i samråd med undersökt vårdavdelning med avsikt att förbättra upplevelsen för patienterna och uppmärksamma vad som upplevs mindre tillfredsställande. För att kunna genomföra ett förbättringsarbete behöver dessa upplevelser synliggöras för att få en tryggare omvårdnad som främjar delaktighet och kommunikation ur ett patientperspektiv. Detta är värdefullt även för sjuksköterskeprofessionen för att kunna få en bättre bild av hur patientarbetet ska bedrivas. Som sjuksköterska finns kanske en uppfattning om vad patienterna behöver medan patienternas behov kan vara något helt annat. Underlaget till detta arbete kommer att redovisas för personalen och tillhandahållas vårdavdelningen för att kunna användas i deras förbättringsarbete i samband med omvårdnaden.

Viktiga aspekter för sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet inom akut bukkirurgi är en tätare tillsyn av patienten postoperativt då behovet av omtanke är extra viktigt timmarna efter operationen. Även att sjuksköterskan visar empati och omtanke genom att kontinuerligt fråga hur patienterna mår, samt att vara tillgänglig och finnas där som ett stöd när närstående inte kan närvara. Att löpande uppdatera patienten är också en viktig aspekt även om ny information inte finns.

11. Fortsatt forskning

Vidare forskning inom detta ämne anses relevant men i så fall i ett bredare spektrum där fler vårdavdelningar inkluderas. Fortsatt forskning utifrån verksamhetsförankring anses därför vara viktig. Eftersom denna studie inte är så omfattande behövs därför fler diagnoser och patienter inkluderas för att få mer underlag till ett förbättringsarbete. Sjukvården som ständigt arbetar för att förbättras tros gynnas av att patientperspektivet studeras. Eftersom sjuksköterskan axlar rollen som omvårdnadsansvarig bör denna profession vara väl insatt i hur deras omvårdnad ges kontra vad patienten förväntar sig och önskar. Framför allt inom vård där patienten riskerar att känna sig extra utsatt. Hur omvårdnaden uppfattas av patienterna blir även ett facit på hur väl sjuksköterskeutbildningarna förbereder blivande sjuksköterskor för deras framtida yrkesroll.

12. Referenslista

- Almerud Österberg, S. (2014). Akut omhändertagande ur ett omvårdnadsperspektiv. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl., s. 687-701). Lund: Studentlitteratur AB.
- Amora Ascari, R., Neiss, M., Sartori, A. A., Martins Da Silva, O., Ascari, T. M., & Silva Bernadi Galli, K. (2013). Perceptions of Surgical Patient during Preoperative Period Concerning Nursing Care. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 7(4), 1136–1144. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201309>
- Angenete, E., Carlsson, E., & Persson, E. (2016). Nedre mag- tarmkanalen. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & kirurgi* (s. 267–286). Lund: Studentlitteratur AB.
- Baggens, C., & Sandén, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 507–532). Lund: Studentlitteratur AB.
- Billhult, A. (2017). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 122-132). Lund: Studentlitteratur AB.
- Carlsson, E., & Björk Brämberg, E. (2014). Kommunikationssvårigheter. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2. uppl., s. 447–472). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielsson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 143-153). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielsson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 285-299). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ekwall, A., & Jansson, A.M. (2016). Akuta medicinska tillstånd. I A. Ekwall & A. M. Jansson (Red.), *Omvårdnad & medicin* (s. 37–70). Lund: Studentlitteratur AB.
- Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 485-501). Lund: Studentlitteratur AB.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Etikprövningsmyndigheten. (u.å). Forskningsperson. Hämtad 2020-03-13 från <https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskningsperson/>
- Forsberg, A., Ivarsson, K., & Lindsten, M. (2016). Akuta buksmärter. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & kirurgi* (s. 41-56). Lund: Studentlitteratur AB.

- Forsberg, A., & Rystedt, J. (2016). Gallvägar, bukspottkörtel, lever och mjälte. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & kirurgi* (s. 301-317). Lund: Studentlitteratur AB.
- Forsberg, A., Vikman, I., Wälivaara, B-M., & Engström, Å. (2017). Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 30(3), 13-22.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.26550/303/13.22>
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2012). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 346-370). Lund: Studentlitteratur AB.
- Georgsson, S. & Stenström Bohlin, K. (2016). Den gravida patienten. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & kirurgi* (s. 507-520). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gorter, R. R., Eker, H. H., Gorter-Stam, M. A. W., Abis, G. S. A., Acharya, A., Ankersmit, M., Antonious, S. A., ... Bonjer, J. (2016). Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015. *Surgical Endoscopy*, 30, 4668-4690. doi:<https://doi.org/10.1007/s00464-016-5245-7>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Göteborgs universitet. (2020). Information om det nya coronaviruset (covid-19). Hämtad 2020-03-17 från <https://www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/coronaviruset>
- Hansson, A.-K., & Vikström, T. (2014). *Akut kirurgi med traumatologi* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 361-382). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 130-149). Lund: Studentlitteratur AB.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 111-117). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- James, M. (2017). Acute appendicitis. *InnovAiT*, 10(10), 602-607.
doi:<https://doi.org/10.1177/1755738017720227>

- Janghorban, R., Latifnejad Roudsari, R., & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: the new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 24152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152>
- Jangland, E., Kitson, A., & Muntlin Athlin, Å. (2015). Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: a multi-stage qualitative case study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 791-801. doi:10.1111/jan.12880
- Järhult, J., Offenbartl, K., & Andersson, M. (2019). *Kirurgiboken: Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar* (6. uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 57-77). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kiliç, M., & Öztunç, G. (2015). Comparison of Nursing Care Perceptions between Patients who had Surgical Operation and Nurses who Provided Care to those Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 625–632. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/detail/detail?vid=3&sid=c00fca36-0887-4c74-b4d4-55a6f9eab8a8%40sessionmgr101&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=110579139&db=c8h>
- Kitson, A. L., Muntlin Athlin, Å., & Conroy, T. (2014). Anything but Basic: Nursing's Challenge in Meeting Patients' Fundamental Care Needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 331–339. doi:10.1111/jnu.12081
- Kumlien, C., & Rystedt, J. (2016). Postoperativa komplikationer. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & kirurgi* (s. 221–236). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460). Hämtad från riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Lindsten, M., & Ivarsson, K. (2011). *Akut buk 3.0 - en sammanfattning*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Lindwall, L., & von Post, I. (2013). From practice to theory - How the basic concepts appears in a perioperative practice. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 369-379. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=30c6f14c-bb79-418b-8dc3-763f1f07d004%40pdc-v-sessmgr01>

- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 421-436). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nyström, M. (2014). Vårdrelationer - en empirisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 467-481). Lund: Studentlitteratur AB.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Karlou, C., Patiraki, E., Jarosova, D., . . . Suhonen, R. (2016). Patients' decisional control over care: A cross-national comparison from both the patients' and nurses' points of view. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 26-36. <https://doi.org/10.1111/scs.12218>
- Patientlag* (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Personuppgiftslag* (SFS 1998:204). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 25-42). Lund: Studentlitteratur AB.
- Rosén, H. & Cornelius, M. (2016). Dagkirurgi. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & kirurgi* (s. 165–170). Lund: Studentlitteratur AB.
- Santamäki Fischer, R., & Dahlqvist, V. (2014). Tröst och trygghet. I F. Friberg., & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 297-318). Lund: Studentlitteratur AB.
- Snellman, I. (2014). Vårdrelationer - en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 439-462). Lund: Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen. (2015). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Hämtad 2020-03-05 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2012). Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser. Hämtad 2020-04-07 från https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/16690/course/section/3462/Mall_kvalitativ_forskningssamling.pdf
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik. Hämtad 2020-03-22 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf

- Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). ICN:s ETISKA KOD FÖR SJUKSKÖTERSKOR. Hämtad 2020-03-21 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). KOMPETENSBEKRIVNING FÖR LEGITIMERAD SJUKSKÖTERSKA. Hämtad 2020-04-28 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). Omvårdnad och god vård. Hämtad 2020-03-03 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.var_d_april_2014.pdf
- Von Vogelsang, A-C., Almquist, M., & Leo Swenne, C. (2016). Operation. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & kirurgi* (s. 156–201). Lund: Studentlitteratur AB.
- WHO. (1946). CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hämtad 2020-03-03 från <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- World Medical Association. (2018). Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Reserach Involving Human Subjects. Hämtad 2020-04-28 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 169–185). Lund: Studentlitteratur AB.
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor

Bilaga 1



TIDSPLAN

24/2 – Kursintroduktion. Samtal om syfte.

25/2 – Förberedelse inför mötet: frågor och tankar.

26/2 – Möte på avdelningen med handledare Kiana, vårdenhetschef och nurse practitionerer. Påbörjar forskningspersonsinformation och samtyckesformulär.

27/2 – Skriva forskningspersonsinformation och samtyckesformulär och skicka till Kiana för granskning.

28/2 – Skriva formulär till verksamhetschef och vårdenhetschef för etiskt godkännande.

Börja bakgrund och intervjufrågor.

2/3 – Workshop: Syfte och bakgrund, Kiana närvarar. Möte med Kiana för genomgång och färdigställande av intervjufrågor. Skicka in frågorna för granskning till Kiana.

3/3 – Arbeta med bakgrund, problemformulering och syfte.

4/3 – Möte med ASK: Språkhandledning med bakgrund. Skriva ut blanketter för forskningspersonsinformation och samtycke till avdelningen.

5/3 – Hospitera en halvdag på avdelningen. Lämna blanketter till avdelningen. Arbeta med bakgrund.

6/3 – Skicka in material som skrivits hittills till Kiana.

9/3 – Workshop: Metod och resultat.

9 - 23/3 – Hålla intervjuer samt skriva metod och metoddiskussion. Transkribera intervjuerna parallellt. Skicka in metod, metoddiskussion till Kiana.

19/3 –Handledning med Kiana. Handledning med ASK: Språkhandledning metod och bakgrund.

24/3 - 6/4 – Arbeta med metod och metoddiskussion samt analysera och skriva resultat.

26/3 –Handledning med ASK: Språkhandledning metod.

27/3 -Handledning med Kiana: Metod och bakgrund.

30/3 – Workshop: Diskussion, Kiana närvarar.

30/3 –Handledning ASK: Språkhandledning metoddiskussion.

3/4 –Handledning med Kiana: Problemformulering, metod och metoddiskussion. Arbeta med inledning, implikation för omvårdnad och fortsatt forskning.

6/4 –Handledning ASK: Språkhandledning resultat.

6 - 10/4 – Arbeta med resultatdiskussion, slutsats, sammanfattning, innehållsförteckning, bilagor.

10/4 – Skicka in hela uppsatsen till Kiana.

15/4 – 19/4 -Handledning med Kiana: Justeringar av hela uppsatsen.

20/4 – Skicka in uppsatsen innan kl. 08:00.

Bilaga 2



INTERVJUFRÅGOR

Bakgrundsfrågor

- Vad har du opererats för?
- Har du varit inlagd på sjukhus tidigare?
- Hur mår du nu efter din operation?

Intervjufrågor

- Kan du förklara förloppet från och med att du kom till avdelningen och fram till operationen?
- Kan du förklara förloppet efter din operation fram tills nu?
- Vad innebär omvårdnad för dig?
- Hur har din omvårdnad varit här på avdelningen?
- Gällande sjuksköterskans roll under din vårdtid - vad har du för tankar kring det?
- Om du hade gått igenom samma sak igen, hur hade du velat att förloppet sett ut från och med ankomst till avdelningen till och med att du lämnar den?

Följdfrågor

- Vad har fungerat bra?
- Vad har fungerat sämre?
- Vill du utveckla det?
- Hur menar du då?
- Hur har du upplevt det?
- Kan du ge något exempel?



FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Patientens upplevelse av omvårdnad före och efter ett akut kirurgiskt ingrepp gällande blindtarm, ileus eller gallväg INTERVJU

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Under femte terminen på sjuksköterskeprogrammet på Göteborgs universitet skrivs en kandidatuppsats inom ämnet omvårdnad. Projektet sker som ett verksamhetsförlagt examensarbete och har därför ett samarbete med denna avdelning på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Underlaget från intervjuerna kommer sedan användas för att uppmärksamma eventuellt förbättringsarbete. Materialet kommer sammanställas och skickas till avdelningens vårdenhetschef och presenteras för avdelningens personal. Presentation av kandidatuppsatsen kommer även ske i examinationssyfte i samband med opponentskap.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i projektet då du genomgått akut kirurgi gällande blindtarm, ileus eller gallvägar på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Hur går projektet till?

Vid samtycke till deltagande kommer du intervjuas av en av oss två studenter med öppna frågor angående din upplevelse av omvårdnaden kring ditt akuta kirurgiska ingrepp. Själva intervjun beräknas ta cirka 20–30 minuter och kommer att spelas in med en digital diktafon/telefon. Materialet kommer avidentifieras.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Fördelen med att medverka i projektet är att du som patient får möjlighet att ge uttryck för dina erfarenheter av omvårdnaden som ligger till grund för möjligt förbättringsarbete i framtiden. Några risker för dig att medverka i projektet bedöms inte föreligga.

Vad händer med mina uppgifter?

Information kommer registreras och samlas in om dig. Inga namn eller personnummer kommer att redovisas i uppsatsen utan resultatet sammanställs och redovisas oidentifierat på gruppnivå så att inga enskilda svar kommer att kunna utläsas. Dina svar kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Hanteringen av dina personuppgifter sker enligt Personuppgiftslagen (SFS1998:204). Allt material kommer sedan att raderas efter att uppsatsen är färdig.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Önskar du ta del av resultatet när det är klart, kontakta ansvariga för studien (se nedan), så skickar vi gärna en sammanställning till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta ansvarig för studien.

Vid behov har du möjlighet att samtala med kurator. Kontakt tas via avdelningens vårdenhetschef.

Ansvariga för studien

Erica Hallstenson, sjuksköterskestudent
Göteborgs universitet. E-post: gushallser@student.gu.se
Telefonnummer: 073-3424997

Jenny Paulsson, sjuksköterskestudent
Göteborgs universitet. E-post: guspaujea@student.gu.se
Telefonnummer: 070-9641262

Kiana Kiani, legitimerad sjuksköterska, universitetsadjunkt
Göteborgs universitet. E-post: kiana.kiani@gu.se
Telefonnummer: 031-7865604

Bilaga 4



SAMTYCKESFORMULÄR

Patientens upplevelse av omvårdnad före och efter ett akut kirurgiskt ingrepp gällande blindtarm, ileus eller gallväg INTERVJU

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Allt insamlat material kommer endast att hanteras av ansvariga för studien och behandlas konfidentiellt. Jag samtycker till att delta i intervju.

Datum:

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Erica Hallstenson, sjuksköterskestudent
Göteborgs universitet. E-post: gushallser@student.gu.se
Telefonnummer: 073-3424997

Jenny Paulsson, sjuksköterskestudent
Göteborgs universitet. E-post: guspaujea@student.gu.se
Telefonnummer: 070-9641262

Kiana Kiani, legitimerad sjuksköterska, universitetsadjunkt
Göteborgs universitet. E-post: kiana.kiani@gu.se
Telefonnummer: 031-7865604