



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA**

# **”NI LAGADE MIG NÄR JAG VAR TRASIG OCH DET ÄR JAG TACKSAM FÖR”**

- En intervjustudie om patienters upplevelse av preoperativ information vid akut bukkirurgi

**Alma Olsson & Hanna Svensson**

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2020
Handledare:	Eva Carlsson
Examinator:	Monica Pettersson

Titel svensk: ”Ni lagade mig när jag var trasig och det är jag tacksam för”  
- En intervjustudie om patienters upplevelse av preoperativ information vid akut bukkirurgi

Titel engelsk: ”You fixed me when I was broken and I'm grateful for that”  
- An interview study on patients' experience of preoperative information prior to emergency abdominal surgery

Examensarbete: 15 hp

Program: Specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: HT 2020

Handledare: Eva Carlsson

Examinator: Monica Pettersson

Nyckelord: Akut bukkirurgi, Information, Kommunikation, Omvårdnad, Patient, Preoperativ, Upplevelse

---

# Sammanfattning

**Introduktion:** Att drabbas av akut buksmärta som kräver akut kirurgi kan vara traumatiskt och väcka oro hos patienten. Forskning visar att denna patientgrupp upplever en sämre kvalitet på den vård och information som ges jämfört med patienter som kommer för en planerad inläggning trots de goda effekter som preoperativ information har visats medföra.

**Syfte:** Att beskriva patienters upplevelser av preoperativ information inför akut bukkirurgi.

**Metod:** Kvalitativa semistrukturerade telefonintervjuer genomfördes med 20 deltagare som genomgått akut bukkirurgi och rekryterats från ett länssjukhus i södra Sverige. Fördelningen var tio män och tio kvinnor med ett åldersspann mellan 18–86 år. Intervjuerna analyserades med en manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

**Resultat:** Av analysen framkom tio subkategorier som mynnade ut i de tre kategorierna: *Tillit till vården*, *Betydelsen av preoperativ information* och *Förståelsen av information*.

Patienternas upplevelse var att de blev lättade över att få reda på vad som var fel och att den preoperativa informationen i kombination med ett bra bemötande gav tillit till sjukvårdens kompetens och skapade trygghet inför ingreppet. Det fanns dock en avsaknad om information om återhämtning och en medvetenhet om svårigheterna med att tillgodogöra sig information i en akut situation. Förståelsen kunde också påverkas om informationen kommunicerades på ett begripligt språk. Användbara verktyg var att använda sig av andra kunskapskällor och ta vara på egna och andras erfarenheter.

**Slutsats:** Preoperativ information inför akut bukkirurgi är viktigt för patienternas känsla av trygghet i en akut situation där de överlämnar sig i sjukvårdens händer. Information som kommuniceras av vårdpersonal behöver vara personcentrerad och anpassas efter patientens behov och förmåga till förståelse. Sämre förutsättningar till förberedelse ska inte påverka patientens rättighet till information.

**Nyckelord:** Akut bukkirurgi, Information, Kommunikation, Omvårdnad, Patient, Preoperativ, Upplevelse.

## Abstract

**Introduction:** Suffering from acute abdominal pain that requires emergency surgery can be traumatic and cause concern for the patient. Research shows that this patient group often experiences a poorer quality of care and information provided compared to patients who are scheduled for elective surgery, despite the good effects that preoperative information entails.

**Aim:** To describe patients' experience of preoperative information prior to emergency abdominal surgery.

**Method:** Qualitative semi-structured telephone interviews were conducted with 20 participants who underwent emergency abdominal surgery and were recruited from a county hospital in southern Sweden. The distribution was ten men and ten women with an age range between 18–86 years. The interviews were analyzed with a manifest content analysis according to Graneheim och Lundman (2004).

**Results:** The analysis revealed ten subcategories that resulted into three categories: *Trust in healthcare*, *The importance of preoperative information* and *The understanding of information*. The patients' experience was that they were relieved to find out what was wrong and that the preoperative information in combination with good personal treatment gave confidence in the healthcare competence and created security before the procedure. However, there was a lack of information about recovery and an awareness of the difficulties of comprehend information in an emergency situation. Understanding was also influenced if the information was communicated in an understandable language. Other sources of knowledge and to take advantage of one's own and others' experiences were useful tools.

**Conclusion:** Preoperative information prior to emergency abdominal surgery is important for patients' sense of security in an emergency situation where they entrusted themselves into the hands of healthcare. Information communicated by healthcare professionals needs to be person-centered and adapted to the patient's needs and ability to understand. Poorer conditions for preparation should not affect the patient's right to information.

**Key words:** Communication, Emergency abdominal surgery, Experience, Information, Nursing, Patient, Preoperative.

## **Förord**

Vi vill börja med att tacka alla patienter som ställt upp med sitt deltagande i denna studie, utan er hade detta inte varit möjligt att genomföra!

Tack till alla våra fantastiska kollegor för hjälp med rekrytering av deltagare till studien, för allt engagemang och alla peppande ord på vägen.

Vi tackar också varandra för ett bra samarbete, god disciplin och härlig stämning genom hela processen.

Och tillslut, ett stort tack till vår handledare Eva Carlsson för all positiv feedback vi fått från dig på vägen, all konstruktiv kritik och fantastisk vägledning.

Alma Olsson & Hanna Svensson  
2020-12-10

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Akut buksmärta och diagnostik .....	1
Operationsverksamhet i Sverige .....	2
Preoperativ omvårdnad inför akut kirurgi .....	2
Tidigare forskning .....	3
Specialistsjuksköterskans ansvar inom kirurgisk vård .....	4
Centrala begrepp.....	4
Kommunikation .....	4
Information och hälsolitteracitet .....	5
Teoretisk referensram .....	6
Personcentrerad vård.....	6
Problemformulering .....	7
Syfte .....	7
Metod .....	7
Design.....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	10
Dataanalys .....	10
Författarnas förförståelse .....	11
Forskningsetiska överväganden.....	12
Risk- och nyttoanalys.....	12
Resultat.....	13
Tillit till sjukvården .....	13
Lättnad över att veta vad som är fel.....	13
Att lita på sjukvårdens kompetens .....	14
Att bli bra bemött .....	14
Betydelsen av preoperativ information.....	15
Informationens innehåll .....	15
Värdefull information .....	15

Att inte vara förberedd .....	16
Förståelsen av information .....	17
Att vara mottaglig för information.....	17
Användning av medicinsk terminologi .....	17
Användning av andra kunskapskällor .....	17
Egna och andras erfarenheter.....	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	20
Tillit till sjukvården .....	21
Betydelsen av information.....	22
Förståelsen av information .....	23
Slutsatser och implikationer .....	24
Referenslista .....	26
Bilagor.....	36
Bilaga I .....	36

## Inledning

Att drabbas av akut buksmärta som kräver kirurgisk åtgärd kan vara traumatiskt för patienten. Situationen kan väcka känslor av oro och rädsla både för själva ingreppet, orsaken till operationen men också kring existentiella funderingar. Studier visar att många patienter känner sig oroliga inför ett kirurgiskt ingrepp men att de som får preoperativ information inför planerad (elektiv) kirurgi oftast känner sig lugnare och tryggare inför operationen. Vid akut kirurgi har patienten inte samma möjligheter till förberedelse. Forskningen inom detta område är begränsad då majoriteten av alla studier beskriver patientens upplevelse av preoperativ information inför elektiv kirurgi. I arbetet som blivande specialistsjuksköterskor inom kirurgisk vård finns därför ett behov av forskning även inom den akuta kirurgin för att sjuksköterskor och annan vårdpersonal ska kunna ge den information som patienter upplever är viktig för att känna sig trygga och förberedda inför en akut operation. För att förstå vilka tankar och funderingar som uppkommer för patienten i samband med en akut operation avser studien att undersöka vilka upplevelser patienter har av den preoperativa informationen inför akut bukkirurgi.

## Bakgrund

### Akut buksmärta och diagnostik

En av de vanligaste orsakerna till att patienter uppsöker en akutmottagning är akuta buksmärter (Wikström, 2018; Caporale et al., 2016). Buksmärter är också den vanligaste orsaken till icke traumarelaterade sjukhusinläggningar (Caporale et al., 2016). Då bukens organ omsluts av lager med muskler och fett kan det i ett tidigt skede vara svårt att identifiera vilket organ som orsakar patientens smärta (Wikström, 2018). Det är därför viktigt med en tydlig anamnes som innefattar både medicinsk, kirurgisk och social historia. Anamnesen bör också innehålla information om smärtans karaktär, lokalisation, varaktighet och intensitet samt andra symtom relaterade till mag-tarmkanalen som kräkningar och ändrade avföringsvanor (Macaluso & McNamara, 2012). Fysisk undersökning, vitalparametrar och provtagning kan också vara till hjälp i diagnostiseringen (Wikström, 2018; Macaluso & McNamara, 2012). Smärter från buken kan orsakas av en rad olika diagnoser som kan vara både lindriga och livshotande (Gans, 2015). Akuta diagnoser kräver snabb handläggning för att undvika komplikationer. De mest vanliga diagnoserna vid akut buksmärta är appendicit (blindtarmsinflammation), divertikulit (inflammationer i tarmfickor) och ileus (tarmvred) medan icke akuta diagnoser kan vara ospecifik buksmärta och gastrointestinal sjukdom (Gans, 2015). Ytterligare tre diagnoser som är vanligt förekommande hos den kirurgiska patienten är gallsten, kolecystit (gallblåseinflammation) och pankreatit (bukspottkörtelinflammation) (Wikström, 2018).



Vid behov av ytterligare åtgärder i diagnostik av akut buksmärta kan ultraljud, slätröntgen och datortomografi (CT) användas (Gans, 2015). Hastings och Powers (2011) beskriver att användningen av bildiagnostik vid akut buksmärta har ökat i takt med utvecklingen av vården. Tidigare när bildiagnostiken inte var lika tillgänglig och dess diagnostiska precision låg gick patienter direkt till operationsavdelningen utan fastställd diagnos vilket resulterade i flera onödigt utförda operationer som inte var gynnsamma för patienten. I beslutstagandet om kirurgisk åtgärd är det flera faktorer som spelar in. Morris et al. (2018) beskriver att kirurgen tittar på alla behandlingsalternativ och väger för- och nackdelar mellan dessa, bedömer om patientens tillstånd är stabilt för kirurgisk åtgärd och även tar hänsyn till patienten och familjens önskan kring behandling.

## Operationsverksamhet i Sverige

Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas (2019) utfördes 816 667 operationer i Sverige år 2019 varav 113 945 av dessa operationer gjordes på mag-tarmkanalen och tillhörande organ. Svenskt perioperativt register (SPOR, 2019) har rapporterat att 30,8 procent av de registrerade operationerna som genomfördes detta år utfördes akut och resterande var elektiv kirurgi. En av de vanligaste akuta operationerna är appendektomi som utförs då patienten drabbats av appendicit. Årligen drabbas ungefär 100/100 000 invånare i Sverige av detta tillstånd (Andersson, 2012a). Även kolecystektomi, avlägsnande av gallblåsan är ett vanligt ingrepp och utförs ungefär 10 000 gånger per år (Andersson, 2012b).

## Preoperativ omvårdnad inför akut kirurgi

Oro är en mänsklig reaktion som kan uppkomma i okända situationer och trigga igång en stressreaktion i kroppen som påverkar vår förmåga till läkning. Faktorer som påverkar oro i den preoperativa fasen är förlust av kontroll, rädsla för postoperativ smärta, väntan på operation och brist på information (Bailey, 2010). Det är därför viktigt att efter beslut om akut kirurgisk åtgärd förbereda patienten inför operationen. Förberedelserna består av att kontrollera patientens identitet (Säkkinen, 2012) och informera patient och närstående om operationen, risker och den postoperativa återhämtningen (Forsberg, 2012). Ett kort besök av en sjuksköterska innan operationen kan reducera patientens preoperativa oro (Sadati et al., 2013). När patienten har blivit informerad och fått svar på sina frågor börjar de fysiska förberedelserna. Preoperativ dusch utförs för att huden ska vara ren och så fri från bakterier som möjligt när hudbarriären bryts, detta för att undvika postoperativa sårinfektioner. Hårborttagning utförs i det området som ska opereras, naveln rengörs och smycken och piercingar avlägsnas. För att personalen på operation inte ska missa tecken på cyanos får nagellack eller läppstift inte förekomma. Patienten erhåller rena kläder och sängkläder från sjukvårdspersonalen. För att undvika skador på urinblåsan är det viktigt att denna töms innan avfärd mot operationsavdelningen. Premedicinering ges i syfte att lindra smärtan efter operation (Berntzen et al., 2011). Patienten riskbedöms innan ingreppet av narkosläkare enligt ASA (American Association of Anesthesiologists) för att bedöma risker med att genomföra ingreppet i förhållande till patientens hälsotillstånd och medicinska bakgrund. Bedömningen

inkluderar både laboratorieprover och EKG (Andersson, 2012c). Innan avfärd till operationsavdelningen kontrolleras markering av operationsområdet vilken vanligtvis utförs av kirurgen. Om det finns risk för att patienten kan få en stomi under operationen måste information om detta ges preoperativt samt markering för placering av stomi utföras. I en studie av Arolfo et al. (2018) visade det sig att felaktig placering av stomi vid akut kirurgi var en stor orsak till postoperativa stomikomplikationer med stor inverkan på patientens livskvalitet. Enbart 15 procent av alla som fick en stomi vid akut kirurgi var stomi-markerade preoperativt av en kirurg eller stomiterapeut (Arolfo et al., 2018). Alla dessa omvårdnadsåtgärder är viktiga för att patienten ska erhålla en säker vård. Är patienten inte korrekt förberedd inför operationen kan detta leda till att operationen blir försenad eller skjuts upp (Wright, 2010).

## Tidigare forskning

Forskning visar att patienter som ska genomgå planeradolecystektomi känner sig tryggare och lugnare när de fått preoperativ information av en sjuksköterska. Preoperativ information har visat sig ge god effekt postoperativt i form av snabbare återhämtning, bättre delaktighet samt en bättre relation mellan patient och vårdpersonal (Sadati et al., 2013). O'Donnell (2015) beskriver att god preoperativ information om postoperativ smärta påverkar patientens återhämtning positivt. Patienter som fick den preoperativa informationen upplevde mindre smärta under de första 24 postoperativa timmarna, och kunde tidigare återgå till sina dagliga aktiviteter jämfört med gruppen som inte erhöll preoperativ information.

I en studie av Aasa et al. (2013) där patienters upplevelse av det preoperativa samtalet inför planerad tarmresektion har studerats, visar resultatet att patienter upplevde att de var i fokus. Informationssamtalet gjorde att de kände sig trygga och lugna inför ingreppet. De fick förtroende för personalen och upplevde att de hade kompetens. Många upplevde det positivt att en anhörig var med under samtalet, då de kunde diskutera med varandra hemma. Det ledde även till att de anhöriga var delaktiga i den postoperativa vården och återhämtningen.

Trots goda effekter av preoperativ information upplever patienter att de får bristande information. Hinder för att patienter inte får den preoperativa information de upplever sig vara i behov av kan bero på stress och tidsbrist hos vårdpersonalen (Ivarsson & Lithner, 2012). Forskning visar att patienter som läggs in akut på sjukhus upplever en sämre kvalitet på vården och den information som ges jämfört med patienter som kommit för en planerad inläggning (Fröjd et al., 2011). Vid elektiv kirurgi framkommer det att sjuksköterskorna upplever att de har tid att ge patienter den preoperativa informationen de anser vara värdefull som information om medicin, preoperativ fasta, det planerade vårdförloppet samt förväntad återhämtning (Mitchell, 2017). Vidare beskriver Mitchell (2017) att det finns signifikanta skillnader i innehåll av den information som ges gällande ingrepp och sövning och rekommenderar därför att det finns en välstrukturerad plan för vilken preoperativ information som ska ges. Detta kan underlätta för vårdpersonal och öka patienters tillfredsställelse kring behovet av information.

## Specialistsjuksköterskans ansvar inom kirurgisk vård

Att inneha kompetens på avancerad nivå innebär att med hjälp av den fördjupade kunskapen kunna arbeta kliniskt i omvårdnad med patienter, närstående och team, men även arbeta med utveckling och ledning (Edberg et al., 2013). Specialistsjuksköterskans kompetensbeskrivning inom kirurgisk vård utgår från *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* samt *värdegrund för omvårdnad* från Svensk sjuksköterskeförening (2012). I professionen som specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård är patientnära vård och förbättringsarbete två områden där specialistsjuksköterskan har huvudansvaret. De ska genom sin fördjupade kunskap kunna identifiera förbättringsområden samt leda förbättringsarbete framåt. Den kliniska kunskapen ska även användas i det patientnära arbetet, att självständigt kunna identifiera och utifrån evidens ge en säker vård. Informatik är ett annat huvudområde och innebär att identifiera patienters och närståendes behov av undervisning och information inom olika områden i patientens vårdkedja. Informationsmaterial och rutiner i verksamheten ska också ses över för att underlätta arbetet för kollegor och säkerställa kvalitén på den information som ges. Ur ett kirurgiskt perspektiv innebär detta att säkerställa en god kvalitet på den preoperativa omvårdnaden som utförs med ett innehåll som bemöter patienternas fysiska, psykiska och existentiella behov (Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård [nfsk], 2014).

## Centrala begrepp

### **Kommunikation**

Kommunikation har blivit ett viktigt begrepp inom sjukvården (Lassen, 2012) och beskrivs som en process där information överförs mellan olika individer. Kommunikation kan föras både verbalt och icke verbalt (Disch, 2013). God kommunikation är livsviktig för vårdens funktion. En fungerande kommunikation inom vården behövs för att kunna samarbeta, uppfylla personliga behov och för att överleva (Fossum, 2019). Avsaknad av kommunikation kan påverka den preoperativa miljön och patientsäkerheten negativt (Cvetic, 2011). Faktorer som kan påverka förutsättningarna för en god kommunikation är vilken stressituation vårdpersonal, närstående och patient befinner sig i, samt kön, ålder, språk, kultur och etniska gränser (Disch, 2013). När en patient kommer in till sjukvården hamnar de automatiskt i underläge, de saknar kunskap om hälsotillståndet och är i behov av sjukvårdens resurser. För att kommunicera på en mer jämlik nivå behöver kommunikationen personcentreras (Vinthagen, 2019).

En studie av Jones et al. (2017) visar att patienter som ska genomgå kirurgi är mer tillfredsställda om de upplever god kommunikation med läkare och sjuksköterska, får den information de behöver samt känner sig involverade i vården, till skillnad från patienter som inte har dessa uppfattningar. En av de vanligaste avvikelserna i vården beror på bristande kommunikation. För att vården ska bli trygg och säker krävs en tydlig kommunikation där

korrekt information ges till patienten (Wikström, 2018). I en studie av Crispin et al. (2017) upplevde patienter att en god social kommunikation många gånger ledde till att det var lättare att dela med sig av information som var jobbig och pinsam samt om saker som oroade dem.

## Information och hälsolitteracitet

Flera aktörer inom hälso- och sjukvård är beroende av information, bland annat patienter, närstående och vårdpersonal. Då informationen ska finnas tillgänglig när den behövs är det nödvändigt med en bra informationsstruktur (Sävenstedt & Florin, 2013). Enligt svenska patientlagen (SFS 2014:821) har patienter rättighet att få information om hälsotillståndet, behandlingsplanen samt det planerade vårdförloppet. Sjukvårdspersonal har därför skyldighet att ge patienter och anhöriga individanpassad information om detta. I vissa fall har patienten svårt att ta till sig den information som ges på grund av den aktuella situationen, vilket gör att informationen kan behöva upprepas (Wikström, 2018). Forskning visar att det inte är omöjligt att patienter glömmer hälften av den information de fått vid ett informationssamtal inom fem minuter och totalt bara tagit till sig 20 procent av all information som givits (Moult et al., 2004). Detta kan enligt Macfarlane et al. (2002) förbättras genom att även ge patienten skriftlig information vilket kan öka patientens förmåga att behålla informationen med 50 procent. Angioli et al. (2014) beskriver att patienter som fått skriftlig information innan operation var mer belåtna med informationen, hade färre antal vård dagar, använde mindre mängd smärtlindrande läkemedel och hade högre livskvalitet än de patienter som enbart fått verbal information.

Hälsolitteracitet (HL) är ett begrepp som beskriver en persons förmåga att ta in och förstå information som ligger till grund för genomtänkta beslut och i sin tur bidrar till att bibehålla en god hälsa. Faktorer som påverkar HL är kön, ålder, etnicitet, ursprungsspråk, utbildningsnivå och socioekonomiska faktorer (Wright, 2018). Mårtensson och Hensing (2012) beskriver att HL är ett heterogent fenomen med betydelse för både samhället och den enskilda individen. En individs nivå av HL kan variera från en dag till en annan beroende på vilket sammanhang personen befinner sig i och det aktuella hälsotillståndet (Mårtensson & Hensing, 2012). En patient med låg nivå av HL har högre risk för att drabbas av komplikationer till följd av oförståelse av den information och de rekommendationer som givits (Wright, 2018). En persons förmåga att ta in och förstå information påverkas också av sociala barriärer, när det finns andra saker i livet som tar fokus från situationen (Lambert et al., 2014). Många patienter har svårt att följa med i den snabba utvecklingen som idag sker inom hälso- och sjukvården, vilket kräver att patienterna har en hög nivå av HL (Griese et al., 2020). Haun et al. (2014) beskriver att det finns många olika instrument att använda vid mätning av en persons HL men att instrumenten varierar i validitet, reliabilitet och i överförbarhet.

Vårdpersonal har mycket medicinsk kunskap och behöver förmedla denna till patienten på en nivå som präglas av jämställdhet och lika villkor där patienten får möjlighet att ställa frågor utan att få känslan av att frågorna uppfattas som onödiga (Lambert et al., 2014).

Hälsoinformation kan vara svår att förstå och kan behöva upprepas och ges utan att involvera medicinska termer. Crispin et al. (2017) beskriver att patienter upplevde att informationen var tillräcklig när sjuksköterskorna använde "vanliga ord" istället för medicinska termer. Svåra medicinska ordval ledde till att patienten blev passiv och undvek att medverka i samtalen (Crispin et al., 2017). Genom att kommunicera på ett individanpassat sätt kan hälso- och sjukvårdspersonal verka som en informationskälla som ger uppmuntran och stöd till patienten i värderingen och förståelsen av informationens betydelse för den enskilda individen och dess situation (Mårtensson & Hensing, 2012).

## Teoretisk referensram

### Personcentrerad vård

Kristensson Ugglå (2014) beskriver att en förutsättning för att förstå innebörden av den personcentrerade vården är att förstå vad som gör en patient till en person. Människan kan beskrivas som en kropp bestående av olika organ och processer men vem är personen bakom människan? För att förstå *vem* en person är har kommunikation och information en stor betydelse då patientberättelsen ger oss möjlighet att ta patienten från ett fysiologiskt perspektiv till att genom berättelsen framträda som personen bakom sjukdomen. Enligt modellen för personcentrerad vård som presenteras i Ekman et al. (2011) baseras förhållningssättet på patientberättelsen, partnerskap och dokumentation där alla delar likvärdigt stärker varandra. Patientberättelsen ses som personens egen uppfattning om sin sjukdom, sina symtom och hur detta påverkar livet. Enligt Ekman et al. (2014) främjar berättelsen i sin tur skapandet av ett partnerskap som grundar sig i informationsdelning mellan patient och vårdpersonal där patienten delger sin uppfattning av sitt tillstånd och vårdpersonal bidrar med sin professionella kunskap kring tillståndet som på sikt mynnar ut i en gemensamt formulerad personlig hälsoplan. Dokumentationen kommer här in som en tredje och sista del i modellen för personcentrerad vård och säkerställer patientens personliga hälsoplan (Ekman et al., 2011) med hänsyn till patientens resurser, förutsättningar och hinder (Ekman et al., 2014). American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016) beskriver att det finns flera faktorer inom hälso- och sjukvård som försvårar tillämpandet av det personcentrerade förhållningssättet som tidsbrist och hög arbetsbelastning för vårdpersonalen vilket kan påverka patientens möjligheter till att få dela sin berättelse. Det framkommer också att det finns vårdpersonal som är kvar i den traditionella rollen som beslutstagare kring patientens vård vilket inte går i hand med det personcentrerade förhållningssättet.

Sammanfattningsvis kan ett personcentrerat förhållningssätt inom hälso- och sjukvården tillämpas genom att vårdpersonalen involverar patienten i beslutstagande och tar hänsyn till deras önskemål, värderingar och behov. För att i högre grad uppnå patientnöjdhet, lägre vårdkostnader samt bättre hälsoreultat bedöms ett personcentrerat förhållningssätt vara en värdefull tillgång i vårdprocessen (Constand et al., 2014). Patienter upplever olika behov av den mängd preoperativ information som ges och detta behöver därför individanpassas och ges

på ett personcentrerat sätt. Tidigare forskning visar att en del patienter behöver detaljerad information om vad som väntar medan andra blir oroliga och stressade av för mycket information (Svensson et al., 2016; Chan et al., 2012). Ibland kan även en stor mängd information skrämja patienten och göra mer skada eller nytta vilket betonar vikten av individualiserad preoperativ information till varje patient som ska genomgå ett kirurgiskt ingrepp (Chan et al., 2012).

## **Problemformulering**

Större delen av den forskning som finns beskriven om preoperativ information handlar om elektiv kirurgi där patienten oftast är väl förberedd och har fått tydlig information om operationen som ska genomföras. Patienter som läggs in akut på sjukhuset upplever en sämre kvalitet på vården och den information som ges jämfört med patienter som kommit för planerad inläggning. Brist på preoperativ information inför akut kirurgi kan medföra en negativ påverkan på patientens postoperativa förlopp, längre tid för återhämtning, oro och stress. Trots att det genomförs en stor mängd akuta operationer årligen är forskningen inom området begränsad. Det behövs därför en större kunskap om hur dessa patienter upplever informationen de får inför akut kirurgi för att vårdpersonalen genom ett personcentrerat förhållningssätt skall kunna möta patienternas behov av preoperativ information.

## **Syfte**

Att beskriva patienters upplevelser av preoperativ information inför akut bukkirurgi.

## **Metod**

### **Design**

Då studiens syfte var att beskriva patienters upplevelser av preoperativ information inför akut bukkirurgi valdes en kvalitativ design. Den kvalitativa metoden härstammar från en holistisk tradition med syftet att studera personers levda erfarenheter kring ett visst ämne (Henricson & Billhult, 2017). Ansatsen är induktiv vilket enligt Elo och Kyngäs (2008) är användbart vid avsaknad av tidigare forskning och kunskap kring ämnet. Enligt Henricson & Billhult (2017) kan datainsamlingsmetod bestå av deltagande observation, berättelser, fokusgrupper eller intervjuer.

### **Urval**

Patienter som genomgått akut bukkirurgi tillfrågades om att delta i studien, där patienters upplevelser av den preoperativa informationen studerades. Studien genomfördes på ett

länssjukhus i södra Sverige på en vårdavdelning där patienter med bukkirurgiska diagnoser vårdas.

Rekrytering av patienter gjordes av patientansvarig sjuksköterska på vårdavdelningen. Patienterna blev tillfrågade att delta i studien under vårdtiden och erhöll både muntlig och skriftlig information i form av forskningspersonsinformation, se bilaga 1. Ändamålsenligt urval användes för att inkludera patienter, vilket syftar till att välja deltagare som ger innehållsrik information om fenomenet som ska undersökas (Polit & Beck, 2017; Henricsson & Billhult, 2017). Efter godkännande till deltagande fick patienterna fylla i en informationsblankett med kontaktuppgifter som lämnades till ansvarig sjuksköterska på vårdavdelningen vid utskrivning. Blanketten samlade även in information om kön, ålder, sysselsättning, utbildningsnivå, diagnos och antal vård dagar, se tabell 1. Enligt Henricson och Billhult (2017) leder en blandning av ålder och kön hos deltagarna till variation i deltagarnas berättelser och upplevelser. Deltagarnas ålder hade ett medianvärde på 58,5 år.

**Tabell 1.** Insamlad information om deltagarna.

	<b>Totalt antal</b>	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>	
<b>Deltagare</b>	<b>Antal</b>	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>Oidentifierad</b>
Tillfrågade	23	12	10	1
Tackade ja	20	10	10	
Tackade nej	1	1	0	
Avhopp av annan orsak	2	1	0	1
<b>Ålder</b>	<b>Antal</b>	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>	
18–25	2	2	0	
26–40	4	1	3	
41–55	3	1	2	
56–70	6	4	2	
70+	5	2	3	
<b>Sysselsättning</b>	<b>Antal</b>	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>	
Studerande	2	1	1	
Arbetande	9	4	5	
Pensionär	7	4	3	
Annat	2	1	1	
<b>Utbildningsnivå</b>	<b>Antal</b>	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>	
Grundskola	7	4	3	
Gymnasial	7	4	3	
Högskola/universitet	6	2	4	
<b>Diagnos</b>	<b>Antal</b>	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>Antal stomier</b>
Lap. Appendektomi	6	5	1	
Lap. Kolecystektomi	6	2	4	
Öppen Kolecystektomi	2	1	1	
Lap. Ileus operation	2	1	1	1
Öppen ileus operation	3	1	2	2
Diagnostisk Laparoskopi	1	0	1	
<b>Antal vårddagar</b>	<b>Antal</b>	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>	
1–4	11	5	6	
5–9	7	3	4	
10–14	0	0	0	
15+	2	2	0	

Inklusionskriterier för att delta i studien var att patienterna skulle ha genomgått akut bukkirurgi efter inläggning på vårdavdelning. Personerna skulle vara orienterade till tid och rum, förstå och tala svenska samt vara över 18 år. Personer under 18 år behöver vårdnadshavares samtycke enligt *lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460) och exkluderades därför i studien.

Rekrytering av deltagare skedde under veckorna 38–42 och intervjuerna genomfördes allt eftersom deltagarna gav samtycke till deltagande. Totalt tillfrågades 23 patienter, varav 22 tackade ja och en tackade nej. Ett bortfall på två deltagare upptäcktes då de glömt att lämna informationsblanketten till ansvarig sjuksköterska vid utskrivning.



## Datainsamling

Datainsamling skedde med hjälp av enskilda semistrukturerade telefonintervjuer. Enligt Polit och Beck (2017) finns den en risk för att deltagarna blir obekväma och svåra att nå när intervjuer sker via telefon. Baserat på den rådande pandemin SARS-CoV-2 och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten (2020) togs ändå beslut om att genomföra intervjuerna på telefon. Patienterna ringdes upp två till fyra dagar efter utskrivning från vårdavdelningen. Intervjuerna spelades in med hjälp av inspelningsfunktion på datorn och transkriberades av personen som genomförde intervjun. Tidsåtgången till intervjuerna varierade mellan 2,5–26,5 minuter med ett medianvärde på 11 minuter. Inga anteckningar fördes under intervjuens gång då de ofta blir ofullständiga och påverkar forskarens förmåga till att lyssna på deltagaren (Polit & Beck, 2017). Frågorna som ställdes fanns formulerade i en intervjuguide som användes som stöd under intervjuens gång. Intervjun inleddes med frågan: “Hur tänkte och kände du i samband med att du fick reda på att du skulle opereras?” Baserat på den information som framkom ställdes följdfrågor enligt Danielsons (2017a) intervjuguide: Hur menar du? Kan du utveckla detta? Vad innebär detta? Vad kände du? Vad tänker du om detta? Efter att fyra intervjuer genomförts upplevde författarna att intervjuernas innehåll var något otillräckligt och efter synpunkter på gjorda intervjuer från handledaren gjordes justeringar och frågan: “Hur upplevde du informationen om hur du förväntades må efter operationen” adderades till intervjuguiden, detta för att bjuda in deltagarna till att samtala kring postoperativa symtom och om de var förberedda på detta.

## Dataanalys

Analysen av intervjuerna började redan vid transkriberingen då deltagarnas ord skrevs ner ordagrant och andra uttryck via rösten noterades som skratt och suckar. Då intervjuerna genomfördes per telefon fanns det ingen möjlighet att notera kroppsspråk och ansiktsmimik vilket hade kunnat bidra till förståelsen av det latent innehåll som även kallas för den underliggande meningen. Den transkriberade intervjun benämndes med deltagare följt av en siffra så att intervjun inte kunde spåras specifikt till personen. Intervjuerna lästes sedan flera gånger för att skapa en helhetsbild av texternas innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). När texterna lästs upprepade gånger plockades meningsbärande enheter ut vilket är meningar och fraser med liknande innehåll och kontext som svarar på syftet. De meningsbärande enheterna kondenserades eller kortades ner utan att förlora viktigt innehåll och bildade en kondenserad meningsbärande enhet som sedan tolkades för att hitta det manifesta innehållet i texten. Från detta framtogs ett eller flera ord som sammanfattande beskrev textens innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). Det manifesta innehållet mynnade sedan ut i subkategorier och kategorier som presenteras i tabell 2.

**Tabell 2.** Exempel på hur meningsbärande enheter har blivit kategorier enligt innehållsanalys av patienters upplevelse av preoperativ information vid akut bukkirurgi.

<i>Meningsbärande enhet</i>	<i>Kondenserad meningsbärande enhet</i>	<i>Tolkning av underliggande mening</i>	<i>Subkategori</i>	<i>Kategori</i>
Jag var ju bara sååå mån om att jag skulle bli av med det där illamåendet jag hade. Och det blev jag ju. Det släppte som bara den du. Så att det, det var mitt mål. De får göra vad de vill, bara jag blir av med det där illamåendet.	Jag skulle bli av med mitt illamående. Det var mitt mål. De får göra vad de vill med mig.	Att överlämna sig i sjukvårdens händer.	Att lita på sjukvårdens kompetens.	Tillit till sjukvården.
Det var när läkaren satte sig, när han förklarade hela förloppet, vilka som skulle komma och att det då var en bakjour från gyn och hur, att de verkligen skulle gå igenom allt. Det var jätteskönt att veta att det skulle gås igenom ordentligt. Det var det som var jätteskönt. Och sen att han förklarade var han skulle gå, eller vart de skulle ta tithålen någonstans, hur det skulle gå till och så. Och att han fick en att känna sig så lugn och trygg. Det var jättevärdefullt för det har inte varit så innan.	Han förklarade hela förloppet, vilka som skulle komma och att de verkligen skulle gå igenom allt. Han fick en att känna sig så lugn och trygg.	Korrekt information kan skapa trygghet hos patienten.	Informationens innehåll	Betydelsen av preoperativ information
Det gick väldigt snabbt gjorde de. Sen var jag i väldigt dåligt skick som vi säger, så vet inte om jag tog till mig informationen som jag skulle.	Jag var i väldigt dåligt skick så jag vet inte om jag tog till mig informationen som jag skulle.	Svårigheter med att ta till sig information i svåra situationer.	Att vara mottaglig för information.	Förståelsen av information.

## Författarnas förförståelse

Att ha förförståelse kring ett ämne innebär att det redan finns en befintlig kunskap innan studien påbörjas. Kunskapen grundar sig i tidigare vetenskap, värderingar och erfarenheter (Priebe & Landström, 2017). Förförståelse kan bestå av både fördomar och förkunskaper (Friberg & Öhlén, 2017) och de diskuterades innan studiens början för att begränsa dess påverkan på resultatet (Henricson, 2017). Då studiens författare studerar till

specialistsjuksköterskor inom kirurgisk vård och arbetar på en kirurgisk vårdavdelning finns det förkunskap kring ämnet. Författarnas fördomar och uppfattningar av den preoperativa informationen vid akut bukkirurgi är att tiden mellan beslut om operation och operationens start är begränsad och att sjuksköterskan inte alltid hinner ge patienten fullständig information. Vår teori är att patienternas upplevelse av den preoperativa informationen är att den är otillräcklig och att det finns ett behov som inte möts av vårdpersonalen.

## Forskningsetiska överväganden

Enligt svensk lagstiftning behöver forskning under högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå inget etisk godkännande (SFS 2003:460; Codex, 2020a). Verksamhetschefen för kirurgkliniken på det aktuella sjukhuset fick skriftlig och muntlig information om studien och lämnade skriftligt samtycke till att studien fick genomföras på kliniken.

Studien tar hänsyn till Belmontrapportens (1979) etiska riktlinjer samt lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Belmontrapporten bygger på tre etiska principer: respekt för individen, göra-gott-principen och rättvisepincipen. Principerna har tagits hänsyn till genom det informerade samtycket deltagarna fick lämna vid godkännande av deltagande i studien, formulering av risk/nytta-analys med bedömning av risker och fördelar med deltagande samt lika behandling av samtliga deltagare (Belmont Report, 1979; Kjellström, 2017).

Forskningspersonerna i den aktuella studien informerades både skriftligt och muntligt om studiens tillvägagångssätt och om deras rättigheter. Personerna involverades endast i studien om de har gett samtycke till deltagande. Deltagandet i forskning är frivilligt och ett samtycke får när som helst under forskningens gång tas tillbaka utan att behöva förklara orsaken till avhoppet (SFS 2003:460). Studien har även tagit hänsyn till Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218) som syftar till att skydda personuppgifter och integritet. I den aktuella studien samlades inga personnummer in utan forskningspersonerna lämnade namn och telefonnummer efter samtycke till deltagande. De uppgifterna som samlades in förvarades oåtkomligt för obehöriga och förstördes efter att studien slutförts.

## Risk- och nyttoanalys

Deltagandet i studien innebar inga risker för personen men kunde väcka känslor kring operationen och vårdtillfället. Om en fråga uppfattades som jobbig fick deltagaren möjlighet att avstå från att svara på frågan. Deltagarna informerades både skriftligt och muntligt om möjligheten kring att avbryta sitt deltagande oavsett tidpunkt utan att behöva redogöra för orsak till avbrottet. Deltagandet i studien kunde också ses som givande då personen fick bidra med sina åsikter, tankar och erfarenheter kring vården.

## Resultat

Analysen av intervjuerna resulterade i tio subkategorier och tre kategorier som presenteras i tabell 3. Resultatet redovisas under respektive kategori med subkategorierna som underrubrik. Citat från intervjuerna är kodade och illustreras i resultatet.

**Tabell 3.** Subkategorier och kategorier som framkommit under analys av intervjuerna.

<i>Subkategorier</i>	<i>Kategorier</i>
Lättnad över att veta vad som är fel	Tillit till sjukvården
Att lita på sjukvårdens kompetens	
Att bli bra bemött	
Informationens innehåll	Betydelsen av preoperativ information
Värdefull information	
Att inte vara förberedd	
Att vara mottaglig för information	Förståelsen av information
Användning av medicinsk terminologi	
Användning av andra kunskapskällor	
Egna och andras erfarenheter	

### Tillit till sjukvården

#### Lättnad över att veta vad som är fel

Under intervjuerna framkom det att majoriteten av alla deltagarna blev lättade vid besked om operation då de i samband med detta fick reda på vad som var orsaken till deras problem och vad som orsakade deras smärtor. Ovissheten innan ställd diagnos gav en känsla av oro som övergick i lättnad efter fastställd diagnos.

*“Då kände jag faktiskt en lättnad för när jag åkte in så kände jag att jag gärna ville ha en titthål för att se så att jag inte hade några endometriosor eller sammanväxningar så att det var det som gjorde att jag hade min smärta. På det sättet var det väldigt skönt när läkaren sa att han hade tänkt att operera mig” (6)*

*“Han var ju inne efter ultraljudet där och sa de jag hade stenar, inflammation så vi kommer göra, vi har bedömt att göra en operation. Sen jag vet inte hur man tänkte heller. Man var glad liksom. Jag reagerade nog inte så mycket på det jag sa innan. Det var en lättnad att det var någonting som var fel liksom” (11)*

### **Att lita på sjukvårdens kompetens**

Flera av deltagarna påtalade att de litade på att sjukvården gjorde det som var bäst för dem och att det gick med på vad som helst så länge de blev av med sina symtom.

*“Jag var ju bara sååå mån om att jag skulle bli av med det där illamåendet jag hade. Och det blev jag ju. Det släppte som bara den du. Så att det, det var mitt mål. De får göra vad de vill, bara jag blir av med det där illamåendet” (5)*

Den information som vårdpersonalen gav resulterade i att deltagarna fick förtroende för personalen och deras kompetens. De uppmanades att ställa frågor till vårdpersonalen om det var någonting de funderade över vilket främjade tilliten i relationen mellan patient och vårdpersonal.

*“Dom som meddelade det om man säger var ändå, man hade fått sånt förtroende för dom så man litade på dom ... Det var väl allt runtomkring, att de följde upp allting och att det var, alltså kontakterna under dagarna jag var där liksom. Informationen man fick under tiden och allt runtom” (16)*

En av deltagarna uttryckte en stor trygghet i vetskapen om att inte bli lämnad ensam under operationen samt att vara konstant övervakad av vårdpersonal. Detta gjorde att patienten vågade släppa kontrollen över situationen och lita helt på sjukvårdens kompetens.

*“Men då sa han så här i alla fall ‘ja sa han jag vill bara att du ska veta en sak. Du kommer inte bli lämnad en enda sekund, nu ska vi ha full koll på dig hela tiden’, och det var jättebra. För då visste jag de, jag behöver inte oroa mig för någonting. Nu är det dom som har full koll på läget. Ja, det var ju ungefär så att jag överlåter mig i era händer ungefär, någonting sånt. Jag kände mig trygg. Ja och det kunde de gott säga till alla patienter. Nu lovar vi att du inte blir lämnad” (17)*

### **Att bli bra bemött**

Flera av deltagarna poängterade hur väl bemötta de hade blivit och hur detta påverkade deras helhetsupplevelse av den information de fick. Ett bra bemötande förmedlade i sin tur en känsla av lugn till deltagarna och den situation de stod inför.

*“Fast att det gick så snabbt så var de väldigt lugna och pratade med mig och jag tror att de såg på mig också att jag var så lugn för att jag hade fått ett sånt bra bemötande av läkaren. Så jag kände ingen panik att, ‘oj nu ska jag opereras’ ” (6)*

Det goda bemötandet bidrog till att deltagarna kände att de vågade be vårdpersonalen om hjälp med saker utan att känna sig besvärliga och tidskrävande.

*“Ja verkligen, det vägde upp så pass mycket liksom. Alla var på gott humör och skojade och glimten i ögat. Jag har aldrig legat på lasarett mer än på BB om man*

*säger. Jag var glatt överraskad liksom. Hur bra allting var, inget var besvärligt och man vågade fråga och vågade be om hjälp om att hämta saker och... ah” (5)*

## Betydelsen av preoperativ information

### Informationens innehåll

Av intervjuerna framkom det att deltagarna fått preoperativ information om själva ingreppet, risker och hur de skulle förbereda sig inför operationen genom preoperativ dusch, användningen av operationskläder och att avstå från mat och dryck.

*“Det var ju att jag skulle tvätta mig rent, eller duscha ordentligt och sen ta på mig kläder och inte äta och dricka. Sen att de skulle operera bort blindtarmen och sen lite hur det skulle gå till att antingen gick de in med tithålsoperation eller om inte det gick så gjorde de en öppen operation vilket var det vanligaste förr i tiden eller innan de började med tithål så det, det var inga konstigheter med en öppen operation heller” (13)*

Deltagarna fick fortlöpande information om vad som skulle ske och hur det planerade vårdförloppet såg ut. Hur informationen gavs hade också stor betydelse då det kunde skapa en känsla av trygghet inför ingreppet.

*“Det var när läkaren satte sig, när han förklarade hela förloppet, vilka som skulle komma och att det då var en bakjour från gyn och hur, att de verkligen skulle gå igenom allt. Det var jätteskönt att veta att det skulle gås ordentligt... Och sen att han förklarade var han skulle gå, eller vart de skulle ta tithålen någonstans, hur det skulle gå till och så. Och att han fick en att känna sig så lugn och trygg. Det var jättevärdefullt för det har inte varit så innan” (6)*

### Värdefull information

Under intervjuerna fick deltagarna frågan om vilken information som hade varit extra värdefull för dem innan deras operation. Där framkom vikten av återkoppling kring operationens resultat.

*“Att man går igenom innan lite mer och likadant efter då givetvis vad som har inträffat och operationen då som i det här fallet att det var en brusten blindtarm. Det kan jag ju tycka att det är en självklarhet att berätta det då på rondan kanske” (7)*

Då majoriteten av alla deltagare genomgick kirurgi enligt laparoskopisk teknik framkom vikten av att informeras om att koldioxiden som insuffleras vid laparoskopisk kirurgi kan orsaka postoperativ smärta. Den smärtan upplevdes annorlunda än den preoperativa smärtan deltagarna var drabbade av i relation till deras diagnos.

*“Om man inte vet något om den här gasen och att man kan få ont i axeln, nacken eller någon annanstans så blir det som en jättechock för en... Det är jättesvårt att förklara smärtan, den smärtan är jättelustig. Sen kan jag tänka mig att många reagerar olika, det vet man aldrig men att den faktiskt är jätteviktig att leverera” (6)*

### **Att inte vara förberedd**

En deltagare upplevde att informationen framkom för sent inpå operationen vilket gav sämre förutsättningar för förberedelse och skapade en negativ upplevelse av den preoperativa informationen. Informationen saknade viktiga delar som att inte använda tobak innan operation.

*“Jag fick jättedålig information innan faktiskt så jag visste ju inte alls det här faktiskt för jag snusar ju, så det visste jag ju t.ex. inte att man inte fick göra så det fick jag veta ganska sent på kvällen innan för då fick jag en broschyr om operation. Eh sen var ju jag fastande i typ, ja ända sen jag kom in då fram till operationen så jag hade ju inte ätit någonting så det var ju ingen fara. Men jag fick inte så mycket information förens ganska sent” (14)*

Några deltagarna upplevde att de inte fått information om hur kroppen påverkas vid avlägsnande av ett organ. En av patienterna funderade på vilka konsekvenser operationen skulle ha på vad han kunde äta efter operationen.

*“Ja, de förklarade ju varför dom ville operera och hur dom skulle göra det men jag kanske saknar lite, för man funderar ju på om de tar bort gallblåsan så tänker man ju att om det blir så att man måste äta annorlunda eller vad som händer efteråt lite. Det var kanske det jag känner att dom missade lite” (3)*

Av intervjuerna framkom det att deltagarna upplevde att informationen om hur livet skulle bli efter operationen och hur de kunde förväntas må en tid efter ingreppet saknades och därmed inte kände sig förberedda inför detta. Det visade sig extra tydligt efter utskrivning från slutenvården då deltagarna stod på egna ben i vardagen och inte längre hade stöttning från sjukvården.

*“Ja det är väl just det där som vi pratade om nyss faktiskt att det gör ont efteråt och visst att blindtarmen gör vi säkert varje dag, det sker säkert dagliga operationer på blindtarmar men att det ändå är ett ingrepp som kan göra väldigt ont efteråt. Att man måste tänka på det liksom att ‘du kommer bli liggandes i någon vecka, du kan inte...’ för alltså jag kan ju inte ens lyfta fyra liter mjölk liksom, såna saker” (16)*

En av deltagarna påtalade också ett behov av mer information om risker för att känna sig förberedd på detta redan innan operationen samtidigt som personen i fråga reflekterade över att detta hade skapat en större oro inför ingreppet.

## Förståelsen av information

### Att vara mottaglig för information

Den akuta situationen med snabbt vårdförlopp och påverkat hälsotillstånd upplevdes påverka förmågan till att ta till sig den information som gavs. Symtomen som deltagarna hade och det skick de befann sig i tog fokus istället för att fokus låg på informationen som förmedlades innan operationen.

*“Det gick väldigt snabbt gjorde de. Sen var jag i väldigt dåligt skick som vi säger, så vet inte om jag tog till mig informationen som jag skulle” (9)*

En av deltagarna reflekterade över att informationen troligtvis hade varit bättre vid en planerad operation där händelseförloppet inte är lika snabbt och att det kan vara svårt att lägga saker på minnet i stressade situationer.

*“De är de kanske som gör att informationen inte blir så bra heller, eftersom allt blev akut. Jag tror ju att informationen inför operationen hade varit mycket bättre om den hade varit planerad menar jag. Det är ju lätt för er att glömma med, exakt allting menar jag. Jag skulle ju bara ner på operation” (15)*

### Användning av medicinsk terminologi

I samtalen mellan vårdpersonal och patient användes ord som hade kunnat omformulerats till ett mer begripligt språk för deltagarna, vilket i sin tur kan leda till att undvika missförstånd av den information som ges och bättre förståelse av innehållet.

*“Men de får man ju ta, om det är cancer i tarmen. Det skulle kunna ta upp till tre veckor innan jag fick besked om de ... preparatet kallade de det (skratt). Det kanske är läkarspråk kanske” (10)*

För en av deltagarna resulterade användningen av medicinsk terminologi i oförståelse av innebörden av den information som gavs vilket uppfattades som en negativ upplevelse av informationen.

*“Och sen likadant efter operationen så var det ju på morgonen där så, jag fattade ju inte att den var brusten. För då sa dom på rondan att den var elakartad och varig och grejer men det var ingen som nämnde att den var brusten. ‘Jaha den var brusten’ sa jag då för jag hade inte fått den informationen och hade inte fått det på rondan heller... Men de kanske tyckte att jag skulle begripa det när de sa att det var varigt och infekterat men det fattar ju inte jag” (7)*

### Användning av andra kunskapskällor

Istället för att fråga vårdpersonalen sökte vissa deltagare upp information på egen hand genom att använda sig av internet som ett komplement för att få ökad kunskap om situationen.

*“Det är kanske inte alltid att de har tid att stå och tjöta med patienter och där man ska iväg direkt till operation eller nått. Men i och med att jag hade möjligheten att*



*få den information som jag fick. Sen är det ju så att om det är någonting jag undrar så googlar jag ... Sen är det ju inte alla som kan de, äldre. Kanske inte har den möjligheten” (12)*

En av deltagarna inhämtade kunskap från internet redan innan ankomst till sjukhuset för att ta reda på vad som orsakade symtombilden och var därmed förberedd på vad som kunde vänta.

*“Man tok-googlade ju innan och undrade vad som kunde vara fel på en innan man åkte in till vårdcentralen så då var det ju lite det man kunde, en av de sakerna man kunde misstänka då att det var fel på blindtarmen” (13)*

### **Egna och andras erfarenheter**

Att tidigare ha genomgått kirurgi medförde att deltagarna kunde ta tillvara på deras erfarenheter och använda sig av den kunskapen i den nya situationen. De upplevde därför att behovet av information kring hur det skulle förbereda sig inför operationen inte var så stort.

*“Jag opererade min prostata i februari i år, då hade jag ju väldigt lång förberedelsetid, det var ju nästan två månader med genomgång inför operation och sånt. Så nu så var jag ju ganska klar på vad som skulle hända... Det var lite repetition kan man säga” (19)*

Vissa deltagare kunde också ta till vara på sina anhörigas erfarenheter av att genomgå kirurgi och relatera detta till sin egen situation. De anhörigas kunskaper bidrog också till att deltagarna visste vad de kunde förvänta sig.

*“Ja det visste jag rent erfarenhetsmässigt. För några år sedan, så min man han är opererad för ileus flera gånger. Han har plockat bort fler tarmbitar hit och dit, fram och tillbaka. En av de sista gångerna han opererades så låg han två månader innan tarmarna kom igång, så det visste jag att det kunde bli” (17)*

## **Metoddiskussion**

Då syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av preoperativ information inför akut bukkirurgi valdes en kvalitativ metod med ändamålsenligt urval för att försäkra att deltagarna hade erfarenheter kring det ämne som studerades vilket genererar ett underlag som svarar på forskningsfrågan (Henricsson & Billhult, 2017). Som datainsamlingsmetod valdes semistrukturerade telefonintervjuer då studien ville belysa personers upplevelse av den preoperativa informationen vid akut bukkirurgi. Enligt Graneheim och Lundman (2004) stärks trovärdigheten när den mest lämpliga datainsamlingsmetoden väljs. För att försäkra att det studerade ämnet skulle framkomma i intervjuerna användes öppna frågor som formulerades i en intervjuguide. Danielson (2017b) beskriver att en eller flera provintervjuer behöver göras för att testa den tekniska utrustningen, om frågeguiden fungerar samt att forskarna får testa att genomföra en intervju. I den aktuella studien genomfördes först fyra intervjuer där författarna upplevde att intervjuernas innehåll var begränsat, vilket ledde till att intervjuguiden adderades med en fråga samt att fler följdfrågor användes i resterande

intervjuer. De fyra första intervjuerna togs ändå med i resultatet då de svarade på studiens syfte trots en liten mängd data.

De tjugo deltagare som rekryterades till studien var slumpmässigt jämnt fördelade mellan könen med tio kvinnor och tio män med ett åldersspann på 18 till 86 år. Att ha en variation i ålder och kön bland deltagarna stärker överförbarheten av studiens resultat till andra kontext (Polit & Beck, 2017). Graneheim och Lundman (2004) belyser att en variation i ålder och kön bland deltagarna också stärker studiens trovärdighet. En annan faktor som stärker studiens överförbarhet är att studien inkluderar deltagare med olika diagnoser. Hur många intervjuer en studie bör innehålla varierar då det baseras på syfte och val av metod (Danielson, 2017a; Danielson, 2017b) men också på hur mycket data som krävs för att besvara forskningsfrågan på ett trovärdigt sätt (Graneheim & Lundman, 2004). Riktmärket för denna studie var att inkludera 20 intervjuer till resultatet vilket uppnåddes då bortfallet endast bestod av tre deltagare där en tackade nej och två personer glömde lämna informationsblanketten med kontaktuppgifter till personalen vid utskrivning. Författarna till studien kan inte garantera att alla potentiella deltagare till studien har tillfrågats om deltagande under rekryteringsperioden då det finns risk för att snabba vårdtider och den mänskliga faktorn har bidragit till att vissa patienter inte fått frågan om deltagande vilket kan ses som en svaghet med studien.

På grund av den rådande pandemin SARS-CoV-2 genomfördes intervjuerna på telefon. Vid telefonintervjuer är det inte möjligt att notera deltagarnas ansiktsuttryck, kroppsspråk och gester vilket gör det svårare att analysera den underliggande meningen i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Ett alternativ till telefonintervju är att genomföra intervjuer med datastöd, exempelvis Skype (Danielson, 2017b). Digitala möten med videokamera kräver dock att deltagaren har åtkomst till teknik som dator och internet och digital kompetens vilket kan leda till bortfall av antal deltagare (Janghorban et al., 2014).

Intervjuerna transkriberades av personen som genomförde intervjun. Enligt Danielson (2017b) är det en fördel att transkriberingen utförs av intervjuaren själv, vilket gör att intervjusituationen upprepas under tiden personen lyssnar och skriver. Det leder även till att lyssnandet kan bidra till att ge olika nyanser i talet, exempelvis kan längre pauser identifieras och skapa en bättre förståelse av innehållet. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att analysen av en text börjar redan vid transkriberingen vilket också motiverar valet att transkribera intervjuerna personligen. Nackdelen med att transkribera intervjuer är att det är tidskrävande.

Inklusions- och exklusionskriterierna anses som relevanta till studiens syfte. För att få eventuellt ytterligare deltagare till studien kunde personer som inte talar och förstår svenska inkluderas. Vid dessa intervjuer hade det då funnits behov av tolk. En tolk är lika mycket delaktig i forskningsprocessen som intervjuaren är, vilket gör att tolken behöver information om studiens syfte och metod samt besitta kunskap inom forskningsprocessen. Att använda olika personer som tolkar kan påverka studiens trovärdighet och tillförlitlighet negativt, då deras tolkning kan generera i olika resultat (Wallin & Ahlstrom, 2006). Ytterligare en

svårighet med att inkludera en tolk var att intervjuerna genomfördes på telefon. Därför exkluderades personer som inte talar och förstår svenska för att öka studiens tillförlitlighet.

Då analysen av intervjuerna genomfördes med en kvalitativ innehållsanalys innebär detta att resultatet baseras på den analys som författarna har gjort av texten. Graneheim och Lundman (2004) menar på att en text kan ha olika betydelser vilket är problematiskt då det alltid sker en viss tolkning av en text. Tolkningen kan på så sätt variera i innehåll baserat på vem som analyserat den vilket blir en central del i diskussionen kring trovärdigheten i de fynd som presenteras. De meningsbärande enheterna plockades först ut av författarna enskilt för att sedan analyseras gemensamt. Vid genomgång framkom det att i stort sett samma enheter hade plockats ut enskilt vilket stärker trovärdigheten av resultatet. Enheterna sammanställdes i ett enskilt dokument där de tolkades, kodades och formulerade subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen av resultatet och framtagandet av subkategorier och kategorier diskuterades även tillsammans med handledaren, vilket stärker studiens trovärdighet då handledarens kunskaper i ämnet leder till ökad kvalitet (Polit & Beck, 2017). För att stärka studiens tillförlitlighet presenteras tillvägagångssättet av analysprocessen i tabell 2 vilket ger läsaren möjlighet till egen tolkning. I resultatet presenteras citat numrerade efter deltagarna för att visa att flera deltagare fått sin röst hörd. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar trovärdigheten i en studie där citat presenteras i resultatet då läsaren får möjlighet till egen tolkning av texten.

Då studiens författare arbetar som sjuksköterskor på kirurgavdelningen där studien har genomförts med två och ett halvt respektive fyra års erfarenhet fanns en förförståelse kring det studerade ämnet ur ett perspektiv som vårdpersonal. Författarna saknar däremot erfarenhet av att vara patient i en preoperativ situation, vilket sågs som en fördel. Begreppet förförståelse beskrivs som de utomakademiska erfarenheter forskare och studenter har och som kan påverka studieresultatet (Priebe & Landström, 2017). Genom att fråga deltagarna om deras egna upplevelser av den preoperativa informationen med hjälp av öppna frågor, styrdes inte svaren av författarnas förkunskaper. Däremot saknar författarna tidigare erfarenhet kring att genomföra intervjuer vilket gjorde att de första intervjuernas innehåll blev mindre omfattande och kan ha resulterat i bortfall av viktigt material. Genom att ta vara på handledarens erfarenheter kring metoden utvecklades intervjuguiden och resulterade i mer innehållsrika intervjuer. Då det positiva resultatet skiljer sig från författarnas uppfattning kring det studerade ämnet visar detta på att förförståelsen inte har påverkat studiens resultat i någon större grad.

## Resultatdiskussion

Studiens huvudresultat visar att patienter som blir informerade om att de behöver genomgå akut bukkirurgi blir lättade över att få reda på vad som orsakar deras symptom och litar på att sjukvården gör det som krävs för att de ska må bra. Den information som ges till patienter preoperativt i kombination med ett bra bemötande skapar en känsla av trygghet inför

ingreppet. Dock upplever patienter en avsaknad av information som beskriver hur livet och vardagen kan påverkas efter operationen vilket gör att de inte känner sig riktigt förberedda på framtiden. Likaså upplevde patienterna att det kan vara svårt att ta till sig den information som ges i en akut situation och att förståelsen av informationen påverkas om den ges på ett begripligt språk för patienten. Att söka information via andra kunskapskällor och ta vara på egna och andras erfarenheter inom området kunde vara till stor hjälp. Resultatet diskuteras utifrån de tre kategorierna.

## Tillit till sjukvården

Att bli akut sjuk och behöva genomgå en operation som inte var planerad kan vara chockartat och skapa rädsla både hos patient och närstående (Petersen et al., 2020). Detta motsägs av resultatet i denna studie då majoriteten av deltagarna upplevde en känsla av lättnad när kirurgen meddelade att de skulle genomgå en akut operation för att bli av med sina symtom. Tilliten till att sjukvården gör det som är bäst för dem var stor och gav deltagarna en känsla av trygghet inför situationen. Aziato och Adejumo (2014) beskriver att de patienter som inte upplevde rädsla inför operation var medvetna om att de skulle ta bort något från kroppen som påverkade deras hälsa negativt vilket kan associeras till resultatet i den aktuella studien.

Abelsson och Nygårdh (2020) beskriver att den preoperativa dialogen är viktig för att skapa en relation mellan personal och patient där sjuksköterskan är närvarande och lyssnar på patienten vilket kan resultera i en känsla av förtroende för vårdpersonalen. Enligt Mako et al. (2016) är det viktigt att patienter kan lita på att sjukvården utför sitt jobb korrekt. Att bli omhändertagen av kompetent och professionell personal ökar patienters känsla av trygghet, minskar ångest och ökar upplevelsen av en god vård (Mako et al., 2016). En bidragande faktor till att deltagarna i den aktuella studien kände tillit till vården var det goda bemötandet på avdelningen. Liknande resultat kan även ses i en studie av Petersen et al. (2020) där patienter som genomgått akut bukkirurgi beskriver att personalens bemötande som präglades av vänlighet och en strävan efter att vilja hjälpa skapade trygghet i den akuta situationen. Patienter och närstående upplevde att vårdpersonalen såg personen bakom patienten och dennes behov genom gester som att le, visa glädje samt visa intresse för patienten och dess närstående. Det goda bemötandet på avdelningen i den aktuella studien gjorde att deltagarna inte var rädda för att ställa frågor till personalen och ta upp deras tid. Tidsbrist inom vården är en bidragande faktor till att patienter och närstående känner sig ignorerade och inte vågar framföra de frågor de har om operationen (Petersen et al., 2020). Som tidigare beskrivits är tidsbristen inom vården en bidragande faktor till att den personcentrerade vården inte kan tillämpas i den utsträckning som önskas (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016). Arakelian et al. (2017) beskriver i sin studie om personcentrerad vård ur ett patientperspektiv att möjligheten till att få ställa frågor till vårdpersonalen är något som värderas högt. Resultatet i den aktuella studien visar att deltagarna upplevde att de hade möjlighet att få ställa sina frågor till personalen vilket tyder på att vården på den aktuella vårdavdelningen delvis bedrivs som personcentrerad även om författarna anser att förhållningssättet inte tillämpas fullt ut.

## Betydelsen av information

Av resultatet i studien framgår det att deltagarna fick preoperativ information om operationens tillvägagångssätt, risker och hur de skulle förbereda sig inför operationen. Informationen visade sig ha en stor betydelse i patientens upplevelse av att känna sig trygg inför ingreppet. Att en preoperativ dialog kan skapa trygghet hos patienten bekräftas av Sjöstedt et al. (2011) där sjuksköterskor rapporterat att de ur vårdpersonalens perspektiv upplever en större trygghet hos patienterna efter det preoperativa samtalet. Det framkommer dock att det råder delade meningar kring information om risker då vissa tycker att detta är en självklarhet medan andra upplever att det gör mer skada än nytta för patienten. Denna reflektion framkom hos en av deltagarna i den aktuella studien då mer information om risker hade upplevts skapa mer oro inför ingreppet. Detta betonar på nytt vikten av individanpassad information enligt ett personcentrerat förhållningssätt. Arakelian et al. (2017) beskriver att patienter vill bli lyssnade på och vill få sina egna individuella behov och önskemål uppfyllda. Att ge patienter för mycket information kan leda till att det blir svårt för dem att förstå vad som är viktigast (Andersson et al., 2015). Enligt Pereira et al. (2016) som jämförde standardiserad och individanpassad preoperativ information finns det en större tillfredsställelse bland patienter som får den individanpassade informationen. Att anpassa information efter patientens behov visade sig också ha positiva effekter på det postoperativa förloppet med lägre postoperativ smärta, bättre sårhäkning, snabbare mobilisering och återhämtning efter operation vilket också kan ses som fördelaktigt gällande samhällsliga aspekter med kortare vårdtider och kostnadseffektiv vård.

Att få återkoppling kring operationens resultat och förväntat vårdförlopp visade sig vara värdefullt för deltagarna i studien. Liknande resultat kan ses i studien av Malley och Young (2017) som beskriver att patienter ser den preoperativa informationen som värdefull men att de inte enbart vill ha information om ingreppet utan även hur vårdförloppet kommer se ut både under och efter operationen (Malley & Young, 2017). Att inte få information om resultat på undersökningar och åtgärder leder till att patienter inte känner sig involverade i vården trots att de är berättigade till det (Letterstål et al., 2010). Enligt patientlagen (SFS 2014:821) är sjukvården skyldiga till att informera patienter kring deras hälsotillstånd, undersökningar, behandlingsplan och det förväntade vårdförloppet. Att förse patienter med information och kunskap om vad som har hänt och vad de kan förvänta sig framöver är viktigt för att ge patienten möjligheten till att återfå känslan av kontroll över situationen (Abelsson & Nygårdh, 2020).

I den aktuella studien saknade flera av deltagarna information om återhämtningstid och hur vardagen kunde påverkas efter det kirurgiska ingreppet. Enligt Mulugeta et al. (2018) är det inte ovanligt att denna typ av information bortfaller i de preoperativa samtalen då deras studie visar att endast 12 procent av deltagarna erhållit information om förväntad återhämtning. Letterstål et al. (2010) beskriver att patienter ofta oroar sig inför utskrivning från slutenvården då de inte vet hur livet hemma kommer bli och hur de kommer klara av de dagliga

aktiviteterna. En annan studie av Gehring et al. (2020) visar att patienter ofta har olika uppfattningar om hur lång tid som behövs för att återhämta sig efter en operation och att patienterna saknade kunskap kring att själva dra slutsatser kring återhämtningstid. Detta kunde även resultera i en besvikelse när patienten förväntat sig en snabb återhämtning och det visade sig bli motsatsen. Att patienter inte känner sig förberedda på hur livet efter operationen kommer bli betonar vikten av att information kring detta ges i det preoperativa samtalet av vårdpersonal som har kunskap kring postoperativ återhämtning. Kenton et al. (2007) beskriver att förbereddhet inför kirurgi har stor betydelse för patientens helhetsupplevelse av vården. De som inte känner sig förberedda upplever ett större missnöje kring den vård som givits. Att informeras om ingreppet och dess syfte, risker, fördelar och eventuella komplikationer var starkt förknippat med känslan av att känna sig preoperativt förberedd. Kopplat till den aktuella studien visar detta att ett tillägg av information om återhämtning i kombination med den information som gavs även kan ge patienter som genomgår akut kirurgi möjlighet till att uppleva en känsla av förbereddhet inför en operation.

## Förståelsen av information

Att deltagarnas förmåga till att ta till sig den information som gavs påverkades av den akuta situation de befann sig i var de väl medvetna om. Tidigare forskning visar att detta är vanligt förekommande även vid elektiv kirurgi där förutsättningarna till förberedelse är mycket bättre än i den akuta situationen. Crepeau et al. (2011) beskriver att bortfallet av information hos patienterna är stort redan direkt efter att informationen givits. Faktorer som visade sig vara associerat med sämre förståelse av information var hög ålder och låg utbildningsnivå (Crepeau et al., 2011) vilket är två av de faktorer som påverkar nivån av hälsolitteracitet (HL). Mårtensson och Hensing (2012) beskriver att nivån av HL påverkas av vilken situation personen befinner sig i vilket kopplat till den aktuella studien innebär att nivån av HL kan ha påverkats av den akuta situationen.

I resultatet framkom det att några deltagare inte förstått innebörden av den information som gavs då vårdpersonalen använt sig av medicinsk terminologi. Kommunikationen mellan vårdpersonal och patient påverkas av vilket språk som används. Förståelsen hos patienter ökar om personalen använder sig av vardagligt språk (Carlsson & Pettersson, 2018). Samuelsson et al. (2018) och Pettersson et al. (2018) styrker även detta då användning av medicinska termer var en faktor som ofta ledde till missförstånd och förlust av information hos patienterna. Pettersson et al. (2018) beskriver också att vårdpersonal ofta använder medicinska begrepp utan att förklara innebörden av dem och att det fanns en avsaknad av återkoppling och försäkran om att patienten hade förstått den information som kommunicerats. För att undvika en oförståelse av den information som ges behöver vårdpersonalen bedöma patientens kunskapsnivå och anpassa informationen efter detta. Carlsson och Pettersson (2018) beskriver att vårdpersonal med fördel kan använda samma ord som patienten för att beskriva hälsotillståndet, oavsett om detta innebär att förmedla informationen på vardagligt språk eller genom att inkludera medicinska termer.

För att få ökad kunskap kring situationen använde sig deltagarna av andra kunskapskällor som internet. Förmågan till att förstå och ta in information kan påverkas av smärta, lugnande läkemedel och stress. Att komplettera verbal information med skriftligt informationsmaterial är enkelt, kostnadseffektivt och uppskattat av patienterna (Smith et al., 2012). Andersson et al. (2015) beskriver att patienter upplevde det svårt att komma ihåg all den verbala information som förmedlades till dem och att det därför var positivt med skriftlig information då de kunde gå tillbaka och upprepa informationen vid behov. En kombination av verbal och skriftlig information upplevdes därför vara lättast att tillgodogöra sig och förstå (Andersson et al., 2015). Förutom att ta vara på den information som deltagarna fick från vårdpersonalen använde de sig också av egna och andras tidigare erfarenheter kring kirurgi. Detta kan även ses i en tidigare forskning där egna och andras erfarenheter påverkade och formade patienterna samt hur de såg på den aktuella situationen (Idvall et al., 2008). Det finns ett starkt samband mellan tidigare erfarenheter och upplevelsen av information. Om patienter hade en negativ upplevelse av information vid ett tidigare vårdtillfälle gav det enligt Samuelsson et al. (2018) en negativ upplevelse av vården och tvärtom, om den tidigare erfarenheten upplevts som positiv. Det saknas forskning som styrker den aktuella studiens resultat kring att deltagarna kunde använda sina tidigare kirurgiska erfarenheter och sätta detta i relation till den nya situationen. Däremot kan det associeras till den personcentrerade kommunikationen som beskrivs av Pettersson et al. (2018) där en öppen fråga från vårdpersonalen i det preoperativa samtalet inbjuder patienter till att samtala kring tidigare erfarenheter och rädslor vilket gör att vårdpersonalen kan identifiera patientens kunskaper kring området. Tidigare forskning visar dock på att erfarenheter inte påverkar patienters behov av information vilket visar på vikten av information till alla patienter, oavsett tidigare kirurgi eller inte (Mavridou et al., 2012; Mavridou et al., 2017).

## Slutsatser och implikationer

Patienters upplevelse av den preoperativa informationen som ges inför akut bukkirurgi är att samtalet mellan vårdpersonal och patient med ett gott bemötande skapar tillit till sjukvården. Informationen som förmedlas anses ur patienternas perspektiv vara värdefull och skapar en känsla av trygghet i en akut och utsatt situation där förmågan att ta till sig information är påverkad. För att utveckla och förbättra preoperativ information inför akut kirurgi behöver vårdpersonalen individanpassa informationen som ges och försäkra sig om att patienten tagit till sig och förstått innehållet av den preoperativa informationen. Författarnas förhoppning är att denna studie ska bidra till att synliggöra hur viktigt det är att använda sig av personcentrerad kommunikation då varje enskild individ har ett unikt behov av information och detta kan genom patientberättelsen identifieras av vårdpersonalen.

Den forskning som finns kring patienters upplevelse vid akut kirurgi är mycket begränsad trots att det genomförs ett stort antal akuta operationer årligen. Författarna till detta arbete anser därför att området behöver forskas vidare på för att säkerställa en trygg och patientsäker

akutsjukvård. En fullskalig intervjustudie med en jämförelse av patienters upplevelse av preoperativ information mellan elektiv och akut kirurgi skulle kunna genomföras. Syftet hade då varit att identifiera skillnader i preoperativ information och patientens möjlighet till förberedelse inför kirurgi i de två olika grupperna då en akut operation med sämre förutsättningar till förberedelse inte ska påverka patientens rättighet till information.

För att återkoppla till specialistsjuksköterskans ansvarsområde inom informatik, där ansvaret ligger på att säkerställa kvalitén på den information som ges är vår avsikt att utforma ett informationsblad baserat på studiens resultat och redan befintliga rutiner och lämna till alla patienter som ska genomgå akut bukkirurgi. På detta sätt får patienterna möjlighet att själva kunna gå tillbaka till informationsbladet och upprepa informationen vid behov. Informationsbladet kan ses som ett komplement till den muntliga och individanpassade informationen som kommuniceras av vårdpersonalen.



## Referenslista

- Aasa, A., Hovbäck, M., & Berterö, C. M. (2013). The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of clinical nursing*, 22(11-12), 1604–1612. <https://doi.org/10.1111/jocn.12110>
- Abelsson, A., & Nygårdh, A. (2020). The nurse anesthetist perioperative dialog. *BMC Nursing*, 19(1), 1-8. <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/s12912-020-00429-7>
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
- Andersson, R. (2012a). Appendicit. I R, Andersson., B, Jeppsson., & A, Rydholm (red.). *Kirurgiska sjukdomar*. (2 uppl., s.205-208). Studentlitteratur.
- Andersson, R. (2012b). Gallvägssjukdom. I R, Andersson., B, Jeppsson., & A, Rydholm (red.). *Kirurgiska sjukdomar*. (2 uppl., s.169-176). Studentlitteratur.
- Andersson, R. (2012c). Perioperativ vård. I R, Andersson., B, Jeppsson., & A, Rydholm (red.). *Kirurgiska sjukdomar*. (2 uppl., s.131-141). Studentlitteratur.
- Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., & Karlsson, A. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain Management Nursing*, 16(5), 634-641. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003>
- Angioli, R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M. E., Luvero, D., Miranda, A., Montera, R., Gulino, M., & Frati, P. (2014). The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: A randomized study and the medical-legal point of view. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 177, 67–71. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.03.041>
- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & von Vogelsang, A. C. (2017). The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective - an integrative review. *Journal of clinical nursing*, 26(17-18), 2527–2544. <https://doi.org/10.1111/jocn.13639>
- Arolfo, S., Borgiotto, C., Bosio, G., Mistrangelo, M., Allaix, M. E., & Morino, M. (2018). Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stoma-related

- complications. *Techniques in coloproctology*, 22(9), 683–687.  
<https://doi.org/10.1007/s10151-018-1857-3>
- Aziato, L., & Adejumo, O. (2014). An insight into the preoperative experiences of Ghanaian general surgical patients. *Clinical nursing research*, 23(2), 171–187.  
<https://doi.org/10.1177/1054773813475447>
- Bailey L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN journal*, 92(4), 445–460. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.017>
- Belmont Report. (1979). Ethical Principles & Guidelines for Research Involving Human Subjects. [https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c\\_FINAL.pdf](https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf)
- Berntzen, H., Almås, H., Gran Bruun, A-M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2011). Perioperativ och postoperativ omvårdnad. I Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth, R (Red.), *Klinisk omvårdnad 2*. (2., [uppdaterade] uppl., s. 269-334). Liber.
- Caporale, N., Morselli-Labate, A. M., Nardi, E., Cogliandro, R., Cavazza, M., & Stanghellini, V. (2016). Acute abdominal pain in the emergency department of a university hospital in Italy. *United European Gastroenterology Journal*, 4(2), 297–304. <https://doi.org/10.1177/2050640615606012>
- Carlsson, Eva, & Pettersson, Monica. (2018). Communicative and pedagogical strategies in nurses' and surgeons' discharge consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer. *Journal Of Advanced Nursing*, 2018, Vol. 74, Iss. 12, Pp. 2840-.2850, 74(12), 2840-2850. DOI: 10.1111/jan.13798
- Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I., & Lam, J. (2012). A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *Journal of clinical nursing*, 21(5-6), 812–824. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03942.x>
- Codex. (12 april 2020a). Forskning som involverar människan.  
<http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC health services research*, 14, 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>
- Crepeau, A. E., McKinney, B. I., Fox-Ryvicker, M., Castelli, J., Penna, J., & Wang, E. D. (2011). Prospective evaluation of patient comprehension of informed consent. *The*

*Journal of bone and joint surgery. American volume*, 93(19), e114(1–e114(7).  
<https://doi.org/10.2106/JBJS.J.01325>

- Crispin, V., Bugge, C., & Stoddart, K. (2017). Sufficiency and relevance of information for inpatients in general ward settings: A qualitative exploration of information exchange between patients and nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 112-122. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.010>
- Cvetic, E. (2011). Communication in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 94(3), 261-270. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.aorn.2011.01.017>
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ innehållsanalys. I M Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285-300). Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ forskningsintervju. I M Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143-154). Studentlitteratur.
- Disch, J (2013). Samverkan i team. I G, Sherwood., & J, Barnsteiner (red.). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad - sex grundläggande kärnkompetenser*. (s.79-98). Studentlitteratur AB
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (2013). Introduktion. I A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk., & J, Öhlén (red.). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s.15-27). Studentlitteratur AB
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s.69-96). Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

- Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L., & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of nursing management*, *19*(2), 226–236. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x>
- Folkhälsomyndigheten (21 september 2020). Skydda dig och andra från smittspridning. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/skydda-dig-och-andra/>
- Forsberg, A. (2012). Personcentrerad omvårdnad vid akut ont i magen. I L. Lindwall (red.). *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar* (s.41-54). Studentlitteratur.
- Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (red.). *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. (3 uppl. s. 27-76). Studentlitteratur.
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2017) Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 301-324). Studentlitteratur.
- Gans, S. L., Pols, M. A., Stoker, J., Boermeester, M. A., & expert steering group (2015). Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Digestive surgery*, *32*(1), 23–31. <https://doi.org/10.1159/000371583>
- Gehring, Michael B., Lerret, Stacey, Johnson, Jonette, Rieder, Julie, Nelson, David, Copeland, Laurel, & Titan, Ashley. (2020). Patient expectations for recovery after elective surgery: A common-sense model approach. *Journal of Behavioral Medicine*, *43*(2), 185-197. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s10865-019-00097-2>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Griese, L., Berens, E., Nowak, P., Pelikan, J., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 5731. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
- Hastings, R. S., & Powers, R. D. (2011). Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. *The American journal of emergency medicine*, *29*(7), 711–716. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.01.045>
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51

- instruments. *Journal of health communication, 19 Suppl 2*, 302–333.  
<https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936571>
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411-420). Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-120). Studentlitteratur.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research, 15*(9), 1277–1288.  
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhjelm, J., & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nursing & health sciences, 10*(2), 131–136. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00380.x>
- Ivarsson, B., & Lithner, M. (2012). Preoperativ information till patienter och närstående. I R, Andersson., B, Jeppsson., & A, Rydholm (red.). *Kirurgiska sjukdomar*. (s.123-130). Lund: Studentlitteratur AB
- 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>
- Jones, C. H., O'Neill, S., McLean, K. A., Wigmore, S. J., & Harrison, E. M. (2017). Patient experience and overall satisfaction after emergency abdominal surgery. *BMC Surgery, 17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12893-017-0271-5>
- Kenton, K., Pham, T., Mueller, E., & Brubaker, L. (2007). Patient preparedness: an important predictor of surgical outcome. *American journal of obstetrics and gynecology, 197*(6), 654.e1–654.e6546. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.08.059>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Studentlitteratur.
- Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s. 21-62). Liber.

- Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).  
Utbildningsdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218).  
Justitiedepartementet L6. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser\\_sfs-2018-218?fbclid=IwAR0JYIoMK59v0AZth8Tvz8b0H6B2QQQRl\\_dxj3dz5RVKuqDz6InqZQ-nJ3c](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218?fbclid=IwAR0JYIoMK59v0AZth8Tvz8b0H6B2QQQRl_dxj3dz5RVKuqDz6InqZQ-nJ3c)
- Lambert, M., Luke, J., Downey, B., Crengle, S., Kelaher, M., Reid, S., & Smylie, J. (2014). Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC health services research*, *14*, 614. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0614-1>
- Letterstål, A., Eldh, A. C., Olofsson, P., & Forsberg, C. (2010). Patients' experience of open repair of abdominal aortic aneurysm--preoperative information, hospital care and recovery. *Journal of clinical nursing*, *19*(21-22), 3112–3122. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03428.x>
- Lassen, T. (2012). Patientkultur i ett historiskt perspektiv. I A-E, Graubæk (red.). *Patientologi - Personcentrerad vård i teori och praktik*. (s.27-78). Natur & Kultur
- Macaluso, C. R., & McNamara, R. M. (2012). Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *International journal of general medicine*, *5*, 789–797. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S25936>
- Macfarlane, J., Holmes, W., Gard, P., Thornhill, D., Macfarlane, R., & Hubbard, R. (2002). Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. *BMJ (Clinical research ed.)*, *324*(7329), 91–94. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7329.91>
- Mako, T., Svanäng, P., & Bjerså, K. (2016). Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: a grounded theory study. *BMC Nursing*, *15*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0168-0>
- Malley, A. M., & Young, G. J. (2017). A qualitative study of patient and provider experiences during preoperative care transitions. *Journal of clinical nursing*, *26*(13-14), 2016–2024. <https://doi.org/10.1111/jocn.13610>

- Mavridou, P., Dimitriou, V., Papadopoulou, M., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulos, G. (2012). Effect of previous anesthesia experience on patients' knowledge and desire for information about anesthesia and the anesthesiologist: a 500 patients' survey from Greece. *Acta anaesthesiologica Belgica*, 63(2), 63–68.
- Mavridou, P., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Damigos, D. (2017). A Survey of Patients' Preoperative Need for Information About Postoperative Pain—Effect of Previous Surgery Experience. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 32(5), 438-444.  
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.06.008>
- Mitchell M. (2017). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of clinical nursing*, 26(1–2), 225–237. <https://doi.org/10.1111/jocn.13375>
- Morris, R. S., Ruck, J. M., Conca-Cheng, A. M., Smith, T. J., Carver, T. W., & Johnston, F. M. (2018). Shared Decision-Making in Acute Surgical Illness: The Surgeon's Perspective. *Journal of the American College of Surgeons*, 226(5), 784–795.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2018.01.008>
- Moult, B., Franck, L. S., & Brady, H. (2004). Ensuring quality information for patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 7(2), 165–175.  
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00273.x>
- Mulugeta, H., Ayana, M., Sintayehu, M., Dessie, G., & Zewdu, T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *Bmc Anesthesiology*, 18, *Bmc Anesthesiology*, 2018 Oct 30, Vol.18. doi: 10.1186/s12871-018-0619-0
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy -- a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(1), 151–160.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x>
- Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård [nfsk] (2014). *Kompetensbeskrivning - legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot kirurgisk vård*.  
[https://www.nfsk.se/sites/default/files/relaterade-filer/kompetensbeskrivning\\_specialistsjukskoterska\\_med\\_inriktning\\_mot\\_kirurgisk\\_vard.pdf](https://www.nfsk.se/sites/default/files/relaterade-filer/kompetensbeskrivning_specialistsjukskoterska_med_inriktning_mot_kirurgisk_vard.pdf)

- O'Donnell, K. (2015). Preoperative Pain Management Education: A Quality Improvement Project. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(3), 221-227. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.01.013>
- Patientlagen (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Pereira, L., Figueiredo-Braga, M., & Carvalho, I. (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 733-738. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.016>
- Petersen, J. J., Østergaard, B., Svavarsdóttir, E. K., Rosenstock, S. J., & Brødsgaard, A. (2020). A challenging journey: The experience of elderly patients and their close family members after major emergency abdominal surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.12907>
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery - Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2904–2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10.ed.). Wolters Kluwer Health.
- 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* (s. 25-42). Studentlitteratur.
- Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z., & Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 994–998. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12022>
- Samuelsson, K. S., Egenvall, M., Klarin, I., Lökk, J., Gunnarsson, U., & Iwarzon, M. (2018). The older patient's experience of the healthcare chain and information when undergoing colorectal cancer surgery according to the enhanced recovery after surgery concept. *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), e1580–e1588. <https://doi.org/10.1111/jocn.14328>



- Sjöstedt, L. W., Hellström, R., & Stomberg, M. (2011). Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery. *Gastroenterology Nursing*, 34(5), 390-397. DOI: 10.1097/SGA.0b013e31822c69b4
- Smith, H. K., Manjaly, J. G., Yousri, T., Upadhyay, N., Taylor, H., Nicol, S. G., & Livingstone, J. A. (2012). Informed consent in trauma: does written information improve patient recall of risks? A prospective randomised study. *Injury*, 43(9), 1534–1538. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2011.06.419>
- Socialstyrelsen. (2019). Statistikdatabas för operationer. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_ope/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ope/val.aspx)
- Svenskt perioperativt register [Spor] (2019). *Årsrapport 2019-01-01 - 2019-12-31*. [https://spor.se/wp-content/uploads/2020/09/%C3%85rsrapport-SPOR-2019\\_v2.0.pdf](https://spor.se/wp-content/uploads/2020/09/%C3%85rsrapport-SPOR-2019_v2.0.pdf)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)
- Svensson, M., Nilsson, U., & Svantesson, M. (2016). Patients' experience of mood while waiting for day surgery. *Journal of clinical nursing*, 25(17–18), 2600–2608. <https://doi.org/10.1111/jocn.13304>
- Säkkinen, M. (2012). Omvårdnad av patienter med ögonsjukdomen näthinneavlossning. I L. Lindwall (red.). *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar* (s.165-174). Studentlitteratur.
- Sävenstedt, S & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik. I A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk., & J, Öhlén (red.). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s.207-258). Studentlitteratur.
- Vintheim, S. (2019). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (red.). *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. (3 uppl. s. 77-111). Studentlitteratur.
- Wallin, A-M, & Ahlstrom, G. (2006). Cross-cultural interview studies using interpreters: Systematic literature review.(Author abstract). *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 723-35. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1365-2648.2006.03963.x>
- Wikström, J. (2018). *Akutsjukvård - omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. (3., uppl.). Studentlitteratur.

- Wright, J. G., Roche, A., & Khoury, A. E. (2010). Improving on-time surgical starts in an operating room. *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie*, 53(3), 167–170.
- Wright, J. P., Edwards, G. C., Goggins, K., Tiwari, V., Maiga, A., Moses, K., Kripalani, S., & Idrees, K. (2018). Association of health literacy with postoperative outcomes in patients undergoing major abdominal surgery. *JAMA Surgery*, 153(2), 137–142. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.3832>

# Bilagor

## Bilaga I



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **Förfrågan om deltagande i intervjustudie - Upplevelser och erfarenheter av informationen i samband med en akutoperation**

Vi är två sjuksköterskor som läser vidare till specialistsjuksköterskor inom kirurgisk vård vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs universitet och ska nu skriva ett examensarbete som ett led i utbildningen. Vi vill därför fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

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

Tidigare forskning visar att personer som genomgår kirurgi kan känna sig otrygga innan operationen. Tydlig information bidrar till minskad ångest, bättre delaktighet, snabbare återhämtning och minskad smärta efter operation. Vi har på vår avdelning uppmärksammat att tiden innan en akut operation ofta är kort vilket försvårar möjligheterna till att ge tillräcklig information innan operationen och svara på patientens frågor. Vi vill därför undersöka hur du som patient som genomgått en akut operation på kirurgavdelningen i Eksjö har upplevt den information du fick innan operationen.

### **Hur går studien till?**

Du tillfrågas om deltagande i studien innan du går hem av din ansvariga sjuksköterska. Om du tackar ja till deltagande får du fylla i en blankett med namn, telefonnummer, kön och ålder som du lämnar till din ansvariga sjuksköterska på utskrivningsdagen. Sjuksköterskan kommer sedan att fylla i vilken typ av operation du genomgått och hur länge du vårdades på avdelningen. En av oss ansvariga sjuksköterskor för studien kommer att kontakta dig på telefon cirka 2–4 dagar efter att du skrivits ut från avdelningen, kontakt kommer inte att ske på helgdagar. Upprinningsförsök kommer att ske vid max tre tillfällen, vid uteblivet svar på sista försöket stryks du från studien. Under intervjun kommer du få svara på ett par frågor som handlar om hur du upplevde den information du fick innan du opererades. Intervjun kommer att inledas med frågan: “Hur tänkte och kände du i samband med att du fick reda på att du skulle opereras?” Tidsåtgång för intervjun beräknas vara 10–15 minuter. Intervjun kommer att spelas in och sedan skrivas ner på papper utan några personuppgifter.

## **Möjliga följder och risker med att delta i studien**

Det finns inga risker med studien. Eventuellt kan det väcka en del känslor att prata om din operation och vård men det kan också upplevas positivt att få dela med sig av sina erfarenheter. Om någon fråga uppfattas vara av för personlig karaktär och upplevs som känslig kan du välja att avstå från att svara. Du har också möjlighet att kontakta oss efter intervjun.

## **Vad händer med mina uppgifter?**

Den inspelade intervjun kommer att skrivas ut och sedan analyseras. Den skrivna texten kommer inte att kunna kopplas till dig som person. Dataskyddsförordningens (GDPR) riktlinjer kommer att följas gällande dina personuppgifter. Ditt personnummer kommer inte att samlas in då projektet inte kräver tillgång till din journal utan endast vill ha din upplevelse av vården. Efter genomförd intervju kommer informationsblanketten att förstöras och din intervju kommer benämnas med "deltagare" följt av ett nummer. De inspelade och nedskrivna intervjuerna kommer att förvaras inlåsta hos en av de ansvariga för studien fram tills examensarbetet är färdigställt och godkänt. Därefter förstörs intervjuerna.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta de ansvariga sjuksköterskorna för studien på telefon, se nedan.

## **Hur får jag information om resultatet i studien?**

Resultatet av studien kommer att kunna läsas via Göteborgs universitets gemensamma databas Gupea, där bland annat studentuppsatser publiceras. Innehållet i Gupea är fritt tillgängligt och sökbart i Google.

## **Ersättning**

Du kommer inte att få någon ersättning för att delta i studien.

## **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, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta någon av de ansvariga för studien (se nedan).

## **Ansvariga för studien**

Ansvariga för studien är:

Alma Olsson sjuksköterska  
[gusolsals@student.gu.se](mailto:gusolsals@student.gu.se) 070-6310358

Hanna Svensson sjuksköterska  
[gussvehax@student.gu.se](mailto:gussvehax@student.gu.se) 070-5784186

Handledare:

Eva Carlsson Universitetssjuksköterska, Lektor

## **Samtycke till att delta i intervjustudien – Upplevelser och erfarenheter av informationen i samband med en akutoperation**

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta studien utan att uppge anledning och utan att det påverkar min vård eller behandling. Vid samtycke till deltagande ifylles medföljande blankett som sedan lämnas till vårdpersonalen.