



**INSTITUTIONEN FÖR  
VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **PATIENTERS UPPLEVELSER AV OMVÅRDNADEN VID EN AKUT LAPAROTOMI**

**- PREOPERATIVT, POSTOPERATIVT  
SAMT VID UTSKRIVNING**

**EMELIE ISBERG**

**ALEXANDRA TORVALDSSON**

---

Uppsats/Examensarbete: 15 hp  
Program och/eller kurs: Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård  
Nivå: Avancerad nivå  
Termin/år: HT 2020  
Handledare: Azar Hedemalm  
Examinator: Monica Pettersson

Titel svensk: Patienters upplevelser av omvårdnaden vid en akut laparotomi  
- preoperativt, postoperativt samt vid utskrivning

Titel engelsk: Patients experiences of caring in conjunction with an  
emergency laparotomy  
- preoperative, postoperative and at discharge

Uppsats/Examensarbete: 15 hp

Program och/eller kurs: Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: HT 2020

Handledare: Azar Hedemalm

Examinator: Monica Pettersson

Nyckelord: Kirurgisk omvårdnad, preoperativ, postoperativ, utskrivning,  
akut laparotomi, upplevelser, patient

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Det finns ett fåtal studier som berör patientens upplevelser gällande omvårdnad vid akuta operationer och ännu mindre vid akut laparotomi. Då en akut laparotomi kan vara en traumatisk upplevelse hos patienten är det viktigt att vårdpersonalen utgår ifrån patientens behov och arbetar personcentrerat. Inför en akut operation är det många förberedelser som ska utföras på kort tid och det kan därför vara svårt att hinna informera patienten både angående operationen och vad de kan förvänta sig under återhämtningen. Att vara välinformerad som patient är en förutsättning för att kunna vara delaktig i sin egen vård.

**Syfte:** Att beskriva hur patienter, som genomgår en akut laparotomi, upplever vårdtiden i samband med det pre- och postoperativa skedet samt vid utskrivning.

**Metod:** Studien utfördes som en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie där en intervjuguide användes. Totalt åtta patienter som genomgått en akut laparotomi deltog i studien. Intervjuerna utfördes via telefon ca 1–2 månader efter genomgången akut laparotomi. Dataanalysen utfördes genom en kvalitativ manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman.

**Resultat:** Vid analysen av intervjuerna framkom två kategorier som speglar deltagarnas upplevelse av vårdtiden kring en akut laparotomi. Den första kategorin, *patienternas upplevda behov*, inkluderar vårdmiljöns påverkan på patientens upplevelse, patienternas upplevelse av symtomlindring och stöd vid återhämtning samt patienternas upplevelse av information. Den andra kategorin, *patienternas upplevelse inför utskrivning*, inkluderar patientens upplevelse av att vara redo att åka hem samt patienternas önskemål om att vara mer delaktiga vid utskrivning.

**Slutsats:** Den här studien visar att patientens upplevelse av omvårdnaden påverkas av stödet från vårdpersonalen gällande deras behov, information och bemötande. Alla dessa delar hade förmodligen blivit bättre om vårdpersonalen arbetat mer personcentrerat.

**Nyckelord:** Kirurgisk omvårdnad, preoperativ, postoperativ, utskrivning, akut laparotomi, upplevelser

## Abstract

**Background:** There are few research articles about patients' experiences during acute surgery and even fewer concerning an emergency laparotomy. An emergent laparotomy can be a very traumatic experience for the patient, and it is therefore important that the personnel issues the person's needs and uses a person-centered approach. A lot of preparations must be done preoperative at a short amount of time and the personnel have little time to inform the patient about the surgery and what to expect during rehabilitation. The patient must be well-informed to be able to participate in his/her own care.

**Purpose:** To describe the experience that patients have during hospital stay in conjunction with the preoperative phase, postoperative phase, and discharge of an emergency laparotomy.

**Method:** This is a qualitative semi-structured interview study where an interview guide was used. A total of 8 patients that had undergone an emergency laparotomy participated in the study. The interviews were conducted by telephone 1-2 months after the emergency laparotomy. Analysis was conducted through a qualitative manifest content analysis according to Graneheim and Lundman.

**Results:** Two categories emerged during the analysis that reflects the patients' experiences of their hospital stay in conjunction with an emergency laparotomy. The first category, *perceived needs of the patients*, includes the impact of caring environment on patient's experience, the patients' experiences of symptom treatment and support for recovering as well as patients' experiences of information. The second category, *the patients' experiences during discharge*, includes the patients' experiences of being ready for discharge as well as the patients desire to be able to participate in the decision regarding discharge.

**Conclusion:** This study shows that the patient's experience of caring is affected by the support from the caring personnel regarding the patient's needs, information, and caring attitudes. These experiences could probably be improved by using person-centered care.

**Keywords:** Surgical care, preoperative, postoperative, discharge, emergency laparotomy, experiences

## **Förord**

Vi vill rikta ett stort tack till alla er som deltagit i de intervjuer som gjort denna studie möjlig! Det var lärorikt att höra era upplevelser av omvårdnaden under vårdtiden och vi tar givetvis med oss den kunskapen i vidare arbete. Vi vill också tacka vår handledare Azar Hedemalm för all vägledning och stödet du gett oss under hela arbetet.

Emelie & Alexandra

# Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Akut laparotomi	1
Patientens upplevelse av akut kirurgi	2
Kirurgisk omvårdnad	3
Preoperativ och postoperativ omvårdnad	3
Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor inom kirurgisk vård	5
Personcentrerad vård	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design	6
Kontext	6
Urval	7
Etiska överväganden	8
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Resultat	9
Patienternas upplevda behov	10
Vårdmiljöns påverkan på patientens upplevelse	10
Patienternas upplevelse av symtomlindring och stöd vid återhämtning	11
Patienternas upplevelse av information	12
Patienternas upplevelse inför utskrivning	13
Redo att åka hem	13
Önskar mer delaktighet vid utskrivning	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Samhällsperspektiv	20
Slutsatser och implikationer	21
Referenslista	22

**Bilagor**

Bilaga 1: Forskningspersonsinformation

27

Bilaga 2: Intervjuguide

28

## **Inledning**

Äkt bukkirurgi är ett ingrepp som är vanligt inom sjukvården men trots detta finns det lite forskning gällande patientens upplevelser (Thomsen m.fl., 2014). I den kirurgiska kontexten som ofta har ett högt tempo med ett stort flöde av patienter finns det lite tid för att skapa en förtroendeingivande vårdrelation mellan patient och sjuksköterska. Detta medför att patienten kan uppleva oro om sjukdomstillståndet, operationen och anestesi. Tidsbristen kan medföra bristande stöd och bristfällig information till patienterna både pre- och postoperativt (Jangland m.fl., 2011). Kölfeldt och Prytz (2020) har tagit fram en rutin inom NU-sjukvården (Norra Älvsborgs Länssjukhus och Uddevalla sjukhus) där de belyser att det är viktigt att patientgruppen får en effektiv och snabb diagnostik i kombination med behandling för att minska mortalitet samt morbiditet. Det ska inte gå mer än sex timmar från att patienten är anmäld för en akut laparotomi till dess att patienten befinner sig på operation, vid urakuta tillstånd som akut tarmischemi eller perforation av gastrointestinalkanalerna i kombination med sepsis ska patienten vara på operation inom två timmar. Ascari m.fl. (2013) menar att den preoperativa fasen kan vara skrämmande för patienterna och att ge bra information till patienterna sänker oro samt stärker patienterna inför den postoperativa fasen. Enligt Ekman m.fl. (2011) är personcentrerad vård viktigt för att kunna förbättra patientens hälsotillstånd och upplevelse av vården. De menar att vårdpersonal ska se personen bakom sjukdomen och ha en mer holistisk syn. Ekman m.fl. (2015) påvisar också att personcentrerade vårdplaner bland annat leder till kortare vårdtider, minskad oro hos patienterna, förbättrad smärtbehandling, minskat antal komplikationer efter kirurgi samt minskade kostnader för vården vilket gynnar både patienten och hälso- och sjukvården. Syftet med den här studien var därför att belysa patientens upplevelse av vårdtiden för att ge mer kunskap om vad som kan förbättras för patienten under vården kring en akut laparotomi.

## **Bakgrund**

### **Akut laparotomi**

Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas (2019) utfördes 5 683 laparotomier i Sverige år 2019. Det går dock inte att utläsa hur många som var akuta. Enligt Timan m.fl. (2020) genomförs i snitt 220 akuta laparotomier inom NU-sjukvården varje år. Ileus, akut peritonit på grund av tarmperforation och komplikation efter elektiv kirurgi är de vanligaste orsakerna till akut laparotomi, det vill säga öppen bukkirurgi. Tolstrup, Watt och Gögenur (2017) visar att akut laparotomi innebär både en risk för ökad mortalitet och risk för komplikationer jämfört med en akut laparoskopi. Deras resultat visar att 14 % av patienterna som genomgått akut bukkirurgi (både laparoskopi och laparotomi) fick postoperativa komplikationer. Gruppen som genomgått akut laparotomi stod för 81 % av de komplikationerna. De vanligaste komplikationerna är sårinfektion, blödning, ileus, hjärtsvikt, lunginflammation, lungödem och akut njursvikt. Law m.fl. (2020) menar att patienter och vårdpersonal kan ha olika åsikter om en akut laparotomi ska genomföras eller inte. Patienterna upplevde inte att de kunde ta ett eget beslut angående



operationen på grund av smärta och oro vilket gjorde att det var svårt att tänka klart. Inför beslutet om laparotomi var det viktigare för patienten att få information om eventuella komplikationer, livskvaliteten efter operation och mortalitet. Patienterna uppskattade också att få mer information postoperativt då de upplevde att de blev översköjda av information preoperativt.

Jønsson m.fl. (2018) undersökte patienternas fysiska förmåga under den första postoperativa veckan efter en akut bukkirurgi med hög risk. Resultatet visar att 35 % av patienterna inte var helt mobiliserade sju dagar efter operationen. Dessa patienter var i högre grad inlagda på intensivvårdsavdelning, hade lungrelaterade komplikationer och hade längre vårdtid på sjukhus än de som kunde mobiliseras helt efter en vecka. De faktorer som påverkade mobiliseringen var framförallt fatigue och postoperativ smärta. Lawrence m.fl. (2004) undersökte hur patienter klarar aktiviteter i dagliga livet postoperativt. Det visade sig att upp till 50 % av patienterna inte hade återhämtat sig helt och klarade inte av aktiviteter i dagliga livet sex månader efter kirurgin.

## Patientens upplevelse av akut kirurgi

Jones m.fl. (2017) menar att patienterna som skall genomgå en akut laparotomi ofta har ont, är akut sjuka och inskrivningen är oplanerad och kan ske dygnet runt. Då patienten söker vård på nätter och helger är det dessutom inte alltid högkompetent vårdpersonal på plats (till exempel överläkare och specialistsjuksköterskor). De faktorer som bidrog till en positiv upplevelse var att få god information och att det var en trevlig miljö på avdelningen. Att få god information innebar att få kontinuerlig information både pre- och postoperativt både av läkare och sjuksköterskor. Det var viktigt för patienten att få vara involverade i samtalet och att bli tagen på allvar. Känslan av att bli omhändertagen och behandlad med respekt bidrog också till en positiv upplevelse. Angående miljön på avdelningen tyckte patienterna att det var viktigt med avskildhet vid samtal och undersökningar. Att få vara delaktig i planeringen inför utskrivning bidrog också till en positiv upplevelse. De uppskattade att få information tidigt om eventuell utskrivning och att vårdpersonalen hade tagit med deras hemsituation i beräkning och hur de skulle klara sig efteråt. Det som bidrog till en negativ upplevelse var när patienterna inte fick den informationen de behöver, när beslut togs över huvudet på dem och när de blev störda av personalen på nätterna (upplevelsen blev inte sämre av att de stördes av andra patienter). Även Kinnear m.fl. (2020) menar att möjlighet till avskildhet vid samtal och undersökningar, att vara välinformerad om behandlingar och beräknad utskrivning, bra kommunikation med vårdpersonalen samt att vara väl smärtlindrad upplevs som positivt. Mazurenko m.fl. (2015) påvisar i sin studie att brist på personal var något som försämrar upplevelsen för patienterna vid sjukhusvistelse. De önskade att sjuksköterskan hade varit mer tillgänglig i vården. Vissa patienter oroade sig över bristen på sjuksköterskor.

Petersen m.fl. (2020) har i sin studie undersökt hur äldre patienter (65+) och deras anhöriga upplever tiden under och efter en större akut bukoperation. Patienterna upplevde tiden kring operationen som omvälvande, traumatisk och en minskad känsla av kontroll. Flera av patienterna upplevde att det var svårt att hänga med mentalt under vårdtiden och att de var

emotionellt ur balans. Patienterna uttryckte också att det var viktigt med god information från vårdpersonalen och att de blev bemötta med respekt och vänlighet. De fick en känsla av trygghet när vårdpersonalen var vänliga, hjälpsamma och tog sig tid att förklara saker. I de fall som patienter och anhöriga inte fick den informationen de behövde upplevde de vårdtiden som turbulent och det skapade osäkerhet. Utskrivningen från sjukhuset upplevdes som utmanande för flera av patienterna då de fortfarande inte var återhämtade efter operationen rent fysiskt. Flera behövde hjälp av sina anhöriga eller kommunala insatser för att kunna klara sig hemma. Både patienterna och deras anhöriga tyckte att rehabiliteringen efter operationen tog lång tid och de önskade bara att livet skulle återgå till hur det var innan operationen.

## Kirurgisk omvårdnad

Chan m.fl. (2012) menar att kommunikation är en viktig del i omvårdnad för att skapa en god relation mellan patient och sjuksköterska. God kommunikation är därför en grundläggande del i den preoperativa vården för att stärka patienten och undvika känslor som osäkerhet, sårbarhet och rädsla inför operationen. Patienter som är välinformerade preoperativt upplever en ökad känsla av kontroll över sin situation jämfört med patienter som inte fått tillräcklig information. Friberg m.fl. (2012) skriver att patientundervisning är mer aktuellt än någonsin då patienterna har komplexa hälsoproblem och i kombination med kortare vårdtider läggs därför mycket ansvar på patient att aktivt vara delaktig i sin egen vård. Moene m.fl. (2006) menar att sjuksköterskan bör lyssna till patientens tankar och funderingar inför en operation då patienten kan ha existentiella funderingar och tankar som annars inte kan bemötas. Det är viktigt för sjuksköterskan att få veta hur operationen kan påverka patientens liv för att kunna vara ett bra stöd för patienten både preoperativt och postoperativt. Aasa m.fl. (2013) belyser vikten av att ge patienten möjlighet att delta i och ta ansvar för sin egen vård. För att patienten ska kunna detta behövs tillit gentemot vårdpersonalen. Tillit och trygghet skapas genom att patienten känner sig sedd av vårdpersonalen, att få bra information kontinuerligt genom hela vårdtiden och att vårdpersonalen upplevs som kompetent. Forsberg m.fl. (2015) menar också att informationen är viktig för att patienterna ska kunna vara delaktiga i sin egen vård. Både information och delaktighet är områden som behöver förbättras för att öka kvaliteten av den pre- och postoperativa vården. Sammanfattningsvis pekar tidigare forskning på att kirurgisk omvårdnad i stort handlar om kommunikation och delaktighet.

### **Preoperativ och postoperativ omvårdnad**

Ascari m.fl. (2013) skriver att sjuksköterskans roll i den preoperativa fasen är att vägleda patienten genom det perioperativa förloppet. Enligt Liddle (2018) är det flera delar som ingår i den preoperativa omvårdnaden. Sjuksköterskan har som uppgift att identifiera riskpatienter och tillstånd som kräver åtgärd inför operation samt att informera om den pre- och postoperativa fasen och stödja patienterna inför operationen. Detta för att kunna sätta in de insatser som krävs i god tid och optimera patienten inför operation. Den preoperativa informationen till patienten är viktig för att patienten ska känna sig lugn och trygg inför operationen vilket även är viktigt för en snabb återhämtning efter operationen. Ascari m.fl. (2013) menar också att den

preoperativa fasen kan vara skrämmande för patienterna och att ge bra information till patienterna sänker oro samt stärker patienterna inför den postoperativa fasen.

Allvin m.fl. (2007) menar att den postoperativa återhämtningen består av fyra olika dimensioner; fysiologisk, psykologisk, social och habitual. Den fysiologiska återhämtningen innebär bland annat att återfå kontroll över sin egen kropp, normala kroppsfunktioner samt att slippa känna smärta och trötthet. Den psykologiska återhämtningen kan innebära att återfå känslan av att vara hel, att återfå integritet och att inte längre uppleva depression, ilska, oro och passivitet. Social återhämtning kan innebära känslan av självständighet, att fungera i sociala sammanhang igen och att kunna interagera med andra människor som tidigare. Habitual återhämtning innebär till exempel att kunna återgå till tidigare aktiviteter och att kunna utföra sina dagliga aktiviteter självständigt eller som innan operationen. Sjuksköterskan har som uppgift att stödja patienten i alla dessa aspekter för att tillgodose patientens individuella behov.

Haahr-Raunkjær m.fl. (2017) och Tolstrup m.fl. (2017) skriver att det är viktigt att monitorera patienter regelbundet postoperativt för att upptäcka eventuella tecken på komplikationer i ett tidigt stadie. Det leder till att eventuella interventioner sätts in i god tid vilket i sin tur leder till minskad mortalitet och morbiditet. Jønsson m.fl. (2018) menar att sjuksköterskan aktivt måste främja tidig mobilisering för att minska risken för komplikationer som till exempel lunginflammation. Det är viktigt att patienten är väl smärtlindrad för att kunna vara så aktiv som möjligt i sin mobilisering. Deras studie visar att patienterna låg eller satt nästan hela dygnet (median 23,4 timmar) under den första veckan efter en akut bukkirurgi då patienterna inte var tillräckligt smärtlindrade. Putwatana m.fl. (2005) belyser också vikten av att bedöma nutritionsstatus på patienterna för att identifiera risker för postoperativa komplikationer då malnutrition är en stor riskfaktor för patienter som genomgått kirurgi. Trads m.fl. (2018) skriver att obstipation är ett vanligt problem postoperativt. De menar att det är viktigt för patienterna att dricka mycket vatten, att äta fiberrik kost och att vara fysiskt aktiv är de viktigaste åtgärderna för att minska problem med obstipation. Magidy m.fl. (2016) menar att de patienter som opereras akut upplever sämre kvalitet i smärtbehandlingen än de som opereras elektivt, men generellt sett behövs en förbättring av smärtbehandling postoperativt då de flesta patienter upplevde att de inte uppnått en god kvalitet i sin behandling. Det är därför viktigt att utvärdera patientens upplevelse av postoperativ smärta för att kunna ge adekvat smärtbehandling. Tolstrup, Thorup och Gögenur (2019) menar att svår postoperativ smärta är den starkaste individuella faktorn för att utveckla kronisk postoperativ smärta. Enligt Sandy-Hodgetts m.fl. (2015) är sårvård en viktig del i den postoperativa vården för att optimera patientens återhämtning. Sårruptur är inte bara dyrt för samhället utan påverkar även patienten negativt genom högre samsjuklighet och ökad mortalitet. Det finns ett antal riskfaktorer som ökar risken att få en sårruptur exempelvis ålder, kön, akut operation, hosta och sårinfektion.

Enligt Kang m.fl. (2018) är det viktigt att patienten får bra information inför utskrivning från sjukhuset eftersom otillräcklig information vid utskrivning kan leda till komplikationer som blödningar, infektioner, lungemboli och djup ventrombos. Patienterna bör få informationen i

god tid, både muntligt och skriftligt, vara individ och situationsbaserad samt upprepas flera gånger för att patienten inte ska missa någon del i informationen.

### **Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor inom kirurgisk vård**

Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom kirurgisk vård innefattar bland annat tre kärnkompetenser; personcentrerad vård, samverkan i team och informatik. För att kunna arbeta personcentrerat behöver patientens berättelse vara utgångspunkten i den kirurgiska vården, där även patientens resurser och förmågor ska främjas. Specialistsjuksköterskan ska även arbeta systematisk och samordna för att bidra till en god samverkan i team för patientens bästa. Detta för att hjälpa patienten i så hög grad som möjligt gällande till exempel symtomlindring och återhämtning. Att kunna identifiera behovet av information hos patienter och anhöriga är också en del av specialistsjuksköterskans kompetensområde. Specialistsjuksköterskan ska utifrån dessa behov kunna ta fram rutiner och möjliggöra att patienter och anhöriga får informationen på ett bra sätt (Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård, [NFSK], 2014).

### **Personcentrerad vård**

Enligt Ekman m.fl. (2011) är personcentrerad vård viktigt för att kunna förbättra patientens hälsotillstånd och upplevelse av vården. De menar att vårdpersonal ska se personen bakom sjukdomen och ha en mer holistisk syn. När begreppet patient används reduceras personen till den rådande situationen/sjukdomen istället för att ses som en person. Ett personcentrerat förhållningssätt baseras på vem personen är, dess tidigare upplevelser och erfarenheter, socialt nätverk samt individuella styrkor och svagheter. Den personcentrerade vården bygger på tre delar: patientberättelsen, partnerskapet och upprättandet av en dokumenterad hälsoplan. I patientberättelsen kommer patientens egna tankar, tidigare erfarenheter och sjukdomens påverkan i det dagliga livet fram och utgör därigenom en grund för partnerskapet. Partnerskapet följer genom hela vårdförloppet och innefattar informationsutbyte, diskussioner och gemensamt beslutsfattande mellan vårdpersonal och patient. Vårdplaner, där patientens mål och förväntningar är beskrivna, ska tas fram och dokumenteras tillsammans med patienten. Det ska gå att följa patientens mål och förväntningar i dokumentationen för att uppnå kontinuitet genom hela vårdförloppet. The American Geriatrics Society expert panel on person-centered care (2016) menar vidare att personcentrerad vård innebär att all vård ska utgå från individens värderingar och preferenser och uppnås genom en dynamisk relation mellan patienten och vårdpersonalen samt närstående. De påtalar vikten av vårdplaner som utgår från individens egna mål och förväntningar. Vårdplanen ska uppdateras och utvärderas kontinuerligt i samråd med patienten för att uppnå de uppsatta målen. Virginia Hendersons definition av omvårdnad är, enligt Wiklund Gustin och Lindwall (2012), att sjuksköterskan ska hjälpa patienten utifrån hans behov samt att stödja patienten till att bli oberoende. Det innebär alltså att tillfälligt hjälpa patienten med det hen behöver och att patienten ska vara delaktig och aktiv i sin egen vård. Vid kirurgisk vård kan detta tillämpas genom att tillgodose patientens behov preoperativt och postoperativt. Det kan till exempel innebära att hjälpa patienten med nutritionen både före men framförallt efter operationen. Det är viktigt att kosten anpassas utefter vilken typ av operation

patienten genomgått, till exempel att undvika grova fibrer då de kan orsaka ileus och så vidare. Andra exempel på omvårdnad av kirurgiska patienter kan vara att hjälpa patienten med elimination, mobilisering, vila, daglig hygien, önskemål och känslor samt att utveckla sitt lärande.

## Problemformulering

Det finns få studier om patienters upplevelse av omvårdnad vid akut bukkirurgi och synnerligen på patienter som genomgått akut laparotomi. De studier som finns handlar främst om risker för mortalitet och morbiditet och inte hur patienten upplever situationen och vårdtiden på sjukhuset. Ofta upplever patienter akut bukkirurgi som traumatiskt och de påtalar vikten av att informationen från vårdpersonalen för känslan av trygghet. De uttrycker även vikten av att bli bemött med respekt och att bli lyssnad på. Att genomgå akut laparotomi kan vara omvälvande eftersom det preoperativt är många praktiska moment som ska utföras på kort tid. Risken för mortalitet och morbiditet vid akut laparotomi är ganska hög och det i sig kan skapa oro både hos patienter och anhöriga inför operationen. Det finns en risk för att vården utgår från vårdpersonalens perspektiv och vad de anser vara relevant i situationen. Vården riskerar då att inte bygga på patientens preferenser och upplevelser av vården. För att kunna ge omvårdnad med hög kvalitet enligt ett personcentrerat förhållningssätt är det viktigt att ta med patientens perspektiv i omvårdnaden. Om patientens perspektiv saknas kan det leda till en ökad oro och lidande för patienten och anhöriga samt fördröja återhämtningen för patienten vilket leder till fler vård dagar.

## Syfte

Att beskriva hur patienter, som genomgår en akut laparotomi, upplever vårdtiden i samband med det pre- och postoperativa skedet samt vid utskrivning.

## Metod

### Design

Syftet med studien är att beskriva personers upplevelser av ett fenomen, akut laparotomi. Därför var en kvalitativ ansats med intervjuer som en datainsamlingsmetod det lämpliga valet. Detta styrker Henricson och Billhult (2017) som menar att kvalitativ metod är lämplig för att beskriva personers erfarenheter av en situation eller ett fenomen. Polit och Beck (2016) menar att en kvalitativ metod är passande till ett syfte som vill beskriva en helhet och menar att metoden har ett holistiskt förhållningssätt på fenomenet som ska studeras.

### Kontext

Patienter som genomgår akut laparotomi i NU-sjukvårdens upptagningsområde kan komma att vårdas på tre olika vårdavdelningar med olika specialiteter. Inom NU-sjukvården genomförs nu en studie (Timan m.fl., 2020) med syftet att se om ett standardiserat protokoll kan leda till en bättre utgång för patienter som genomgår en akut laparotomi. Protokollet som införts är

medicinskt och saknar helt inriktning på omvårdnad. I deras studie undersöker de komplikationsgrad och mortalitet hos alla patienter som genomgått en akut laparotomi sedan protokollet infördes. Patientdata har tagits fram genom deras studie för att identifiera möjliga deltagare till denna studie.

## Urval

För att inkludera deltagare i studien inhämtades godkännande från verksamhetschefen och från pågående studie av Timan m.fl. (2020) för inhämtning av personuppgifter för att kunna kontakta potentiella deltagare via ett konsekutivt urval. Enligt Polit och Beck (2016) används konsekutivt urval när en population möter inklusionskriterierna under en bestämd tidsperiod.

Deltagarna inkluderades om de har genomgått akut laparotomi, är 18 år eller äldre, behärskar det svenska språket i tal och skrift samt är utskrivna från sjukhuset. De har genomgått akut laparotomi under perioden 15 augusti - 30 september 2020. Patienter exkluderades på grund av kognitiv nedsättning, kommunikationssvårigheter och om personen har avlidit. Deltagarna kontaktades först genom att få forskningspersonsinformation per brev och blev uppringda av författarna cirka en vecka efter för att få frågan om deltagande i studien.

Totalt tillfrågades 15 patienter, varav 8 tackade ja, fyra patienter svarade inte och tre avböjde deltagande, se tabell 1 för demografisk data över deltagare. Tre av åtta var män och åldern var 44–92 år (genomsnittsåldern var 66). Endast en av dem hade genomgått en akut laparotomi tidigare.

**Tabell 1 - Demografisk data över deltagare.**

<b>Totalt antal deltagare</b>	<b>8</b>
Män	3
Kvinnor	5
<b>Civilstånd</b>	
Gift/Sambo	5
Särbo	1
Änka/Änkling	2

## **Etiska överväganden**

Ingen etikprövning har gjorts då studien inte berörs av Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor berör inte forskning som sker genom högskola på grund eller avancerad nivå. Studien har fått godkännande av verksamhetschef på berörd enhet och utfördes i enhet med Helsingforsdeklarationen World Medical Association (2013) där grundprincipen är att alltid värna om patientens bästa i första hand.

Samtycke till att delta i studien har inhämtats muntligen från deltagarna. Deltagarna erhöll information skriftligt om studien via forskningspersonsinformation, se bilaga (1) och muntligt vid intervjun. Deltagarna försäkrades om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst utan att ange orsak fick avbryta sitt deltagande i studien. Deltagarnas integritet och identitet har skyddats genom att allt material har avidentifierats och kodats. Listan med koder har förvarats inlåst men separat från övrigt material. Kjellström (2017) menar att deltagarna behöver förstå vad arbetet går ut på för att kunna ge ett informerat samtycke till studien. De måste också få information om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan. Det är viktigt att förvara personuppgifter på ett säkert ställe för att inte obehöriga ska kunna ta del av informationen.

## **Datainsamling**

Datainsamlingen utfördes genom semistrukturerade intervjuer med en intervjuguide, se bilaga (2). Intervjuerna utfördes 1–2 månader efter genomgången akut laparotomi och när patienten är utskrivna från sjukhuset. Detta för att upplevelsen av situationen skulle vara färskt i minnet. På grund av rådande pandemi fick deltagarna välja om intervjun skulle ske på sjukhuset, i hemmet eller på telefon, alla deltagare valde att genomföra intervjun över telefon. Telefonsamtalet utfördes i enskilt rum för att säkerställa att ingen obehörig kunde höra samtalet. Inspelningen började först efter att deltagarna presenterade sig. Alla intervjuer genomfördes av samma författare. Intervjuerna varade mellan 7 och 51 minuter och spelades in på diktafon och transkriberades ordagrant så snart som möjligt efter varje intervju. Intervjuerna inleddes med att intervjuaren förklarade syftet med studien och sedan uppmanades deltagaren att berätta fritt om sina upplevelser av omvårdnaden under vårdtiden. Intervjun avslutades med att fråga om deltagaren hade något ytterligare att framföra eller om hen hade några frågor. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är de första minuterna av intervjun avgörande för att deltagaren ska känna sig trygg med att dela med sig av sin berättelse. Polit och Beck (2016) skriver att semistrukturerade intervjuer används när man har ett ämne eller ett antal frågor som man önskar få besvarade men man inte vet vad svaret kommer bli.

## **Dataanalys**

Dataanalysen är utförd utifrån en kvalitativ manifest innehållsanalys som är baserad på Graneheim och Lundman (2004). Den transkriberade intervjutexten lästes igenom flera gånger för att få en känsla av innehållet. Därefter delades texten in i meningsenheter som därefter kortades sedan ner till kondenserade enheter. Efter det abstraherades de kondenserade enheterna till koder. Koderna med liknande innehåll paras ihop till underkategorier som sedan

myftar ut i större kategorier se exempel i tabell 2. Kategorier och subkategorier har använts eftersom Graneheim och Lundman (2004) beskriver att kategorier används när det manifesta innehållet i texter analyseras. Manifest innehåll är det som står skrivet utan att tolka in det som står skrivet mellan raderna som analyseras i latent innehåll. Författarna har genom hela processen reflekterat och diskuterat eventuella oenigheter för att få ett så rättvist resultat som möjligt.

**Tabell 2 - Exempel på dataanalysen**

Meningsenhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Fick otydlig information om när hen kunde börja träna igen efter operationen.	Fick otydlig information om träning efter operation	Fick otydlig information	Patienternas upplevelse av information	Patienternas upplevda behov
Blev utskriven tidigare än väntat, var osäker på hur det skulle gå. Hade velat stanna ett dygn till på sjukhuset.	Hade önskat stanna ett dygn till, osäkerhet hur de skulle fungera hemma	Önskade att få stanna kvar på sjukhus	Önskar mer delaktighet vid utskrivning	Patienternas upplevelse inför utskrivning

## Resultat

Vid analysen av intervjuerna framkom två kategorier med tillhörande underrubriker som speglar deltagarnas upplevelse av omvårdnaden kring en akut laparotomi, se tabell 3.

**Tabell 3 - Överblick av underkategorier och kategorier**

Underkategori	Kategori
Vårdmiljöns påverkan på patientens upplevelse	Patienternas upplevda behov
Patienternas upplevelse av symtomlindring och stöd vid återhämtning	
Patienternas upplevelse av information	
Redo att åka hem	Patienternas upplevelse inför utskrivning
Önskar mer delaktighet vid utskrivning	



## Patienternas upplevda behov

Denna kategori beskriver patienternas upplevda behov av stöd vid återhämtning, symtomlindring och information samt vårdmiljöns påverkan på patientens upplevelse. Deltagarna uttryckte att dessa behov fanns både pre- och postoperativt.

### **Vårdmiljöns påverkan på patientens upplevelse**

Vårdmiljön var något som framkom frekvent under intervjuerna. Patienterna uttryckte ett behov att få ett eget rum för att kunna få bättre nattsömn och för att kunna bevara sin integritet.

Några av patienterna upplevde att det var ont om vårdplatser vid ankomst till avdelningen. Den ena patienten uppgav att hen kom dit på natten och då fick ligga i korridoren. Den andra patienten beskrev att hen hamnade som femte patient på en sal för fyra patienter. En annan patient fick dock ett enkelrum direkt vid ankomst till avdelningen. En patient som hamnade på flersal upplevde att hen blev skrämmd av att höra en annan patients berättelse av sin egen vård.

*“... och det var ju ont om platser det förstod jag ju så att jag kom in i en  
fyrmannasal där så var jag nummer fem där “*

(Intervjuperson 1)

Några patienter upplevde mycket störd nattsömn postoperativt då de låg på flersal. Det var störande moment både från personal och patienter, till exempel provtagningar och spring till toalett och så vidare. En patient som senare fick flytta till enkelrum ansåg att det var mycket bättre för nattsömnen. Det framkom också att en patient ansåg att vårdpersonalen borde ta mer hänsyn vid val av vårdplats utifrån patientens behov, några patienter uttryckte också att de legat på samma sal som patienter av motsatt kön. En patient som var mycket chockad efter operation uttryckte att hon hade behov av att isolera sig men att det varit svårt då hen legat på en sal med tre andra patienter.

*“Sen att man släcker tidigt och man försöker att man ska, och vi hade en  
helvetes natt alltså, det var onsdag natt, det var rent bedrövligt [...] då var  
det jättetufft så då tog dom faktiskt inte upp oss så himla tidigt som dom  
brukar göra för att det var ju ett jättespring till rummet, det var ju kaotiskt  
egentligen då för oss allihopa, inklusive personalen förstås.”*

(Intervjuperson 7)

*“... på sjukhus och det fick jag ju lära mig att man redan klockan fyra  
börjar ta prover och det rasslar och, sömnen är, den är inte oviktig varken  
hemma eller på sjukhus “*

(Intervjuperson 6)

### **Patienternas upplevelse av symtomlindring och stöd vid återhämtning**

Patienternas upplevelse av symtomlindring innebär till största delen upplevelsen av smärtlindring men även om problem kring elimination. Patienterna uttryckte att de i de flesta fallen fick ett bra bemötande från vårdpersonalen och att de fick den hjälpen de behövde för att tillfredsställa sina behov. Angående stödet vid återhämtning var det delade åsikter från deltagarna, vissa tyckte att återhämtningen gått bra medan andra saknade stöd från till exempel fysioterapeut.

Några av patienterna uttryckte att de fått smärtlindring i god tid preoperativt och att de inte behövde ha ont i onödan. En annan uttryckte att åtgärder från personalen hade hjälpt på ett bra sätt och ytterligare en upplevde lättnad över att bli opererad då hen hade mycket besvär. En patient var mycket chockad inför operationen och kände sig omtöcknad.

*”Jag hade aldrig ont, smärtlindringen var fantastisk måste jag säga.”*

(Intervjuperson 8)

*”De stoppade ner en slang i näsan på mig då ner i magsäcken och förberedde mig för operation där, ja. Och det gick också smärtfritt, ja det gjorde det, ja. “*

(Intervjuperson 2)

En del av patienterna att de hade en bra relation med vårdpersonalen preoperativt. De upplevde att vårdpersonalen var vänliga och att det var roligt att skoja och prata med dem, vilket i sin tur var symtomlindrande. En annan patient uttryckte att vårdpersonalen fick ta beslut om vården då hen inte orkade bry sig mer.

*“... som sagt det var nästa roligt att ligga där nere för de skoja och prata och greja som fan där nere, ja, ja. Jag hade ju ont i magen också men det, det gick över delvis när de höll på med mig där nere, ja “*

(Intervjuperson 2)

Hälften av patienterna upplevde att de hade fått bra smärtlindring postoperativt tack vare ryggbedövningen. En annan patient uttryckte dock att det gjort väldigt ont när smärtlindringen inte fungerade. Under en intervju framkom det att patienten upplevde att hen fått för mycket morfin. Några av patienterna (3 av 8) upplevde att det var svårt att äta och få igång magen igen efter operationen. En av dem fick ventrikelsond på grund av tarmparalys och en annan av dem kräktes fekalt. Båda upplevde situationen som mycket obehaglig. De uttryckte också en frustration över att inte få igång magen och att de inte fick den hjälpen de behövde med det, till exempel laxermedel. Det framkom också att en patient inte tyckte att maten på sjukhuset var anpassad för nyopererade patienter som har svårt att komma igång med magen. Två patienter upplevde att de fått bra hjälp med mobiliseringen medan några av patienterna (2 av 8) uttryckte att de önskat mer hjälp från en fysioterapeut som ett led i återhämtningen. En av patienterna

uttryckte att det är viktigt vad patienten har för tidigare erfarenheter och att det påverkar återhämtningen. En patient uttryckte att återhämtningen tog lång tid, förmodligen på grund av en lång narkos.

*”Jag vaknade upp efter operationen, det var, det kändes väldigt bra, inte ont eller någonting, jag åt ju värktabletter, eller fick i ryggmärgen en sån där, ja, smärtstillande så att jag hade inga problem med någonting. “*  
(Intervjuperson 4)

*”Det är ju vad man har med sig i bagaget också vad gäller rehab, inställning, återhämtning, ja, ja, sen kan det va nog så jobbigt igen att gå igenom nåt stort så klart men det är intressant, det är jätteintressant att all kommer vi ju med våra olika bagage och hur det påverkar oss. “*  
(Intervjuperson 7)

Alla patienterna upplevde att de haft en bra relation med vårdpersonalen postoperativt. Bemötandet var bra och de upplevde att de fick den hjälpen de behövde och var väl omhändertagna. En patient uttryckte dock att en läkare visade ointresse och skojade om en dement patient på rummet. Den patienten uttryckte också en önskan om att bli lyssnad på. En patient upplevde att hen fick den hjälpen som behövdes men att det ibland tog tid innan vårdpersonalen kom. Hen förstod dock att de gjorde så gott de kunde och att de kom så snart det gick. Det framkom också från en patient att hen kände sig hemma på sjukhuset och önskade att vårdas på samma sjukhus i framtiden.

*“... dom gör ju allt vad dom kan och det klart att man kan få vänta ibland men men jag är ju i alla fall i gott sällskap om jag säger så, dom kommer ju när dom kan “*  
(Intervjuperson 3)

### **Patienternas upplevelse av information**

Brist på information var också något som framkom frekvent under intervjuerna och gällde informationen genom hela vårdtillfället. På grund av pågående pandemi var det besöksförbud under tiden operationerna ägde rum och därför var deltagarna på sjukhuset utan närvaro av anhöriga som stöd. Bristen kring informationen gällde dock både till patienter och anhöriga.

Några patienter uppgav att de fick bra information preoperativt och en uttryckte speciellt att personalen tog god tid på sig att förklara. Andra patienter ansåg dock att de fått för lite information inför operationen. De uttryckte också att det är svårt att ta till sig information när det händer mycket på en gång och när man fått morfinpreparat. En av de patienterna fick inte information om uppläggning av stomi inför operationen och fick heller inte information om ryggbedövning. En annan av patienterna visste inte att hen skulle bli sövd utan fick den

informationen på operation. Vid ett tillfälle saknades även information till anhöriga inför operationsstart vilket skapade extra stress hos patienten. En patient beskrev att hen fick besked om tumör mitt i natten utan anhörig närvarande, patienten fick själv ringa anhörig och meddela beskedet.

*“Sen ahh man är liksom halvt borta så man fattar ju inte med allt morfin å allting sånt heller. “*

(Intervjuperson 5)

*“... och så fick man den här ryggbedövningen, satte den då och då blev det ju, herregud sa jag jag vill inte bli, jag ska väl bli sövd, ja ska väl inte ha, ja och då förklarade dom att det var för eftervården där då och att jag skulle bli sövd då. “*

(Intervjuperson 1)

Några av patienterna uttryckte att de saknade information postoperativt. I ena fallet saknades information om vad patienten kunde äta i fortsättningen. I andra fallet saknades information om vad som hänt under operation. Patienten låg på IVA med öppen buk i väntan på ny operation. Patienten och anhörig fick då olika information om varför det blivit så. En annan patient berättade att operationen skett på ett annat sätt än vad som var planerat men att hen fått information om det innan och därför kände sig patienten lugn postoperativt. Två av patienterna uttryckte att det var svårt att komma ihåg eller höra vad läkaren sa under rondan. En av dem önskade att få spela in samtalen men fick inte det för en av läkarna. Den andra patienten uttryckte en önskan att sjuksköterskan var med under läkarsamtal för att kunna upprepa informationen vid tillfälle.

*“... jag bad att få spela in samtalen vi hade över telefon eftersom jag har svårt att höra nu utan hörhjälpmedel och det ville jag inte, kunde jag inte eller ville inte ha på sjukhus “*

(Intervjuperson 4)

## Patienternas upplevelse inför utskrivning

Denna kategori beskriver patienternas upplevelse av utskrivningen och hur delaktiga de var i beslutet kring utskrivningsdag. Upplevelsen speglas av om de kände sig återhämtade nog eller inte och om vårdpersonalen valde att inkludera patienterna i en dialog inför utskrivningen.

### **Redo att åka hem**

Upplevelsen av att vara återhämtad nog utgjorde en positiv påverkan på patienternas upplevelser inför utskrivning. De uppskattade också att personalen såg till hemsituationen och anpassade utskrivningen vid behov.

Vid utskrivning upplevde några av patienterna att de var återhämtade nog vid hemgång. Ytterligare en patient uttryckte att hen kände sig trygg vid utskrivning trots att hen bodde ensam utan anhöriga i närheten. En patient upplevde att vårdpersonalen visade omtanke inför utskrivningen då de frågade om patienten var ensam hemma eller ej. En annan patient upplevde att personalen hade förståelse för hemsituationen när en anhörig till patienten var sjuk, de anpassade därför utskrivningen.

*”Så jag var inte alls orolig när jag åkte hem, att jag var ensam “*

(Intervjuperson 3)

*“... då försökte dom ändå ehm aa dom var väldigt tillmötesgående där aa men om han testar sig o liksom sådär o testar sig o de är positivt så kanske vi ska behålla dig här ytterligare ett par dygn o liksom så ehm så var dom väldigt tillmötesgående “*

(Intervjuperson 5)

### **Önskar mer delaktighet vid utskrivning**

Brist på förståelse och inbjudan till dialog från vårdpersonalen utgjorde däremot en negativ påverkan på patienternas upplevelser inför utskrivning.

Vid utskrivningen önskade några av patienterna att personalen haft mer dialog och informerat patienten bättre inför utskrivning. De önskade att de fått vara delaktiga i det beslutet. Det framkom bara av en patient att hen blivit ombedd att höra av sig vid frågor/funderingar.

*”... så att vi hade en dialog och efter lång eftertanke från mig så sa jag okej, jag klarar och åka hem på fredag “*

(Intervjuperson 6)

En patient uttryckte att hen velat stanna ett dygn till på sjukhuset. Hen blev utskriven tidigare än väntat och var osäker på hur det skulle gå hemma. Det framkom från en patient att personalen hade dålig förståelse vid behov av sjuktransport hem då hen inte kunde gå men nekades taxi.

*“... jag var nog lite kanske tveksam ärligt talat om det inte var nåt dygn för tidigt, det kan tyckas lite med ett dygn men det är det inte i den här situationen och i den här stunden, ett dygn är ganska lång tid när man går små, små, små steg framåt ändå “*

(Intervjuperson 7)

# Diskussion

## Metoddiskussion

Studien genomfördes med kvalitativ metod för att få svar på syftet som berör patienternas upplevelser av akut laparotomi. Enligt Henricson och Billhult (2017) och Polit och Beck (2016) syftar kvalitativ forskning till att beskriva deltagarnas verklighet i en viss kontext.

Vid inkludering av deltagare valdes ett konsekutivt urval, det vill säga att alla som genomgått en akut laparotomi under en viss tidsperiod samt uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades om deltagande. Detta för att inte lägga någon värdering i vilka som tillfrågas förutom inklusions- och exklusionskriterier. En fördel med konsekutivt urval är opartiskheten från författarna vid val av deltagare vilket styrks av Polit och Beck (2016) som vidare menar att det är låg risk för partiskhet vid konsekutivt urval om tidsperioden anses vara tillräckligt lång.

Den här studien är utförd på endast ett sjukhus i Sverige, vilket gör att resultatet sannolikt påverkats av den vårdkultur som är just på det sjukhuset. Det är ändå troligt att resultatet kan vara användbart även för andra instanser i det kirurgiska kontextet. Danielsson (2017) menar att resultat i kvalitativ forskning inte kan generaliseras till en större population men kan däremot vara överförbart till liknande situationer eller grupper inom liknande kontext.

Endast åtta intervjuer utfördes i den här studien, det kan ha påverkat resultatet då fler intervjuer kunnat ge ny eller mer detaljerad kunskap. Författarna anser dock att det i stora drag var liknande resultat från intervjuerna vilket kan ses som en mättnad av insamlad data. Resultatet från intervjuerna svarar också mot syftet av studien vilket ger trovärdighet till studien. När det gäller antal deltagare menar Henricson och Billhult (2017) att det ofta inkluderas ett mindre antal deltagare i en kvalitativ studie än i en kvantitativ. Det är viktigare att inkludera personer som kan berätta och dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter än att få en stor homogen grupp som ger ett stort datamaterial.

Sammansättningen av intervjupersonerna som deltog i den här studien varierade i ålder mellan 44–92 (medelålder 66) och tre av åtta var män, vilket författarna ser som en bra spridning av deltagarna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) medverkar en variation av kön, ålder och deltagare med olika perspektiv till en rikare variation av fenomenet som studeras. Personer som inte behärskar det svenska språket i tal och text har exkluderats vilket kan påverka studiens resultat då deras upplevelser inte har belysts.

En svaghet i studien är att endast muntligt samtycke inhämtades. Enligt Polit och Beck (2016) är det viktigt med ett skriftligt samtycke för att säkerställa att deltagaren har fått information om studien och deras rättighet att avsluta när som helst. Genom uteslutande av personuppgifter och avkodat material har författarna värnat om konfidentialitet för de som deltagit eller omnämnts i datamaterialet. Redan under transkriberingen har identiteten hos deltagarna tagits

bort vilket enligt Kvale och Brinkmann (2014) är viktigt när det är känsliga uppgifter som framkommer under intervjuerna.

Datainsamlingen utfördes genom semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide. Intervjuguiden var ett stöd för den författare som utförde intervjuerna, för att fånga upp det väsentliga som framkom. Följdfrågorna ställdes inte i någon specifik ordning utan var beroende på intervjupersonens berättelse. Författarna utvärderade intervjuguiden efter den första intervjun men valde att inte göra några ändringar. Polit och Beck (2016) skriver att de förberedda frågorna skrivs ihop till en intervjuguide som hjälp för den som utför intervjun. Där finns det ofta utrymme för att ställa följdfrågor där individen som berättar uppmanas utveckla en del av sitt svar. Intervjuguiden ska fungera som ett stöd och frågorna måste inte ställas i en förutbestämd ordning. Det är viktigt att den som utför intervjun är välbekant med frågorna för att kunna anpassa ordningen utifrån deltagarens berättelse. Intervjuerna utfördes över telefon på grund av rådande pandemi. För att kunna utföra telefonintervjuerna ostört bokades samtalsrum där intervjuaren kunde sitta utan risk för avbrott. Danielsson (2017) menar att det är viktigt att det utses en trygg plats där samtalet kan ske avskilt utan risk för störande moment. Vid intervjuer över telefon men rösten och tonläget måste då observeras extra noga eftersom kroppsspråket inte är tillgängligt. Kvale och Brinkmann (2014) menar också att det är viktigt att den som intervjuar lyssnar intresserat på det som berättas med respekt och förståelse. Enligt Starks och Brown Trinidad (2007) används ofta intervjuer inom kvalitativ forskning. Semistrukturerade intervjuer kan vara fördelaktigt att använda för att framhäva deltagarens upplevelser men ändå ha struktur i intervjun. Det personliga förhållandet mellan intervjupersonen och den som intervjuar är grundläggande vid en intervju. Det är därför viktigt att intervjuaren är skicklig i intervjuteknik för att få ett bra samspel mellan intervjuare och intervjuperson. Då det var första gången som författarna utfört en intervjustudie fanns det säkerligen flera brister i intervjuerna. Till exempel var det vid flera tillfällen svårt att skilja på rollen som forskare från rollen som sjuksköterska. Vissa följdfrågor speglades alltså av rollen som sjuksköterska och samspelet mellan intervjuare och intervjupersonen påverkades troligtvis av detta.

Författarna är yrkesverksamma inom kirurgisk vård som sjuksköterskor på två av de tre kirurgavdelningarna som deltagarna i studien vårdats på. Därför har författarna god inblick i studieämnet och omständigheterna kring vården vilket kan ha färgat resultatet. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det är viktigt att den som intervjuar har stora ämneskunskaper för att kunna ställa bra följdfrågor. För att bli en riktigt duktig intervjuare krävs också omfattande träning på att utföra intervjuer, något som författarna inte har gjort. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det viktigt att författaren är medveten om sin egen förförståelse och att hen reflekterar över sin egen erfarenhet och kunskap kring fenomenet. Författarna har dock valt att ha ett induktivt förhållningssätt som innebär att beskriva fenomenet utifrån ett så förutsättningslöst förhållningssätt till fenomenet som möjligt. Däremot menar Priebe och Landström (2017) att en studie inte kan vara helt förutsättningslös då författaren måste ha en förförståelse för att kunna formulera ett problem och syfte. Studien kan därför inte enbart utgå

från empirin utan teorin blir ofta det primära även i en induktiv studie. Det är en styrka i studien att det är två författare, enligt Polit och Beck (2016) ökar det möjligheterna för att få ett så rättvist resultat som möjligt i studien. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) ökar studiens pålitlighet om författarna i studien har diskuterat sin förförståelse och om det finns en beskrivning av de olika delarna i datainsamlingen.

Kvalitativ innehållsanalys ansågs vara den mest lämpliga analys för att svara på syftet i studien. Polit och Beck (2016) skriver att kvalitativ innehållsanalys är den analys som används för att analysera berättande data för att identifiera utmärkande teman och mönster. Graneheim och Lundman (2004) styrker detta och menar att det är viktigt att se om studien ska innehålla teman eller kategorier, det beslutas genom att avgöra om manifest eller latent data ska analyseras. Intervjutekten valdes att analyseras som manifest då intervjuerna skedde över telefon och viss information som mimik och kroppsspråk missades som kan vara betydelsefulla för en latent analys. Enligt Polit och Beck (2016) kan data tolkas som latent eller manifest. Författarna har vi eventuella oenigheter diskuterat dessa för att få ett sanningsenligt resultat. Vid transkriberingen så lyssnade båda författarna på vissa sekvenser om det var svårt att höra av deltagaren sade för att få en ordagrann text. Vid framtagandet av meningsenheter, kondenseringen av enheterna och skapandet av koderna har analysen gått framåt och sedan bakåt tills båda författarna var tillfredsställda med att resultatet svarade till syftet. Graneheim och Lundman (2004) menar att det är viktigt att ha i åtanke att analysen ofta beskrivs som linjär med sina steg men att analysen är mer levande och att man kan behöva backa till olika steg. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) kan författarna öka bekräftelsebarheten i studien genom att noggrant beskriva analysprocessen. Det är också av stor vikt att förhålla sig neutral till resultatet för att inte väva in den egna förförståelsen. Då denna studie är ett examensarbete på avancerad nivå har arbetet handletts av en handledare på universitetet samt granskats slutligen av en examiner. Mårtensson och Fridlund (2017) menar vidare att trovärdigheten i ett arbete bland annat stärks genom att låta utomstående personer granska att resultatet överensstämmer med det som framkommit i studien.

## Resultatdiskussion

Det var framförallt tre ämnen som förekom frekvent under intervjuerna och de utgör alltså huvudfynden i studien. Dessa tre var bristen på information genom hela vårdtiden, behovet av symtomlindring för återhämtningen samt patientens delaktighet.

Resultatet av den här studien visar på flertal brister gällande information till patienterna under hela vårdtiden. Jones m.fl. (2017) menar att god information till patienterna är en av de viktigaste delarna för att patienten ska vara nöjd med sin vård. De som fått bra information av både läkare och sjuksköterskor pre- och postoperativt var nöjd med vården i mycket högre grad än de som uttryckt att de inte fått tillräcklig information. Jangland m.fl. (2009) menar också att otillräcklig information är en av de största anledningarna till klagomål från patienter och anhöriga. Att inte få tillräcklig information kan leda till ökad oro och misstro hos patienter och anhöriga. Det är därför viktigt att vårdpersonal förstår konsekvenserna av detta och kan se



patientens eller de anhörigas perspektiv. Att ge besked om cancerdiagnos till en patient utan anhörig närvarande (vilket hände i en patient i denna studie) är något som visar bristande empati i personalens kommunikation, något som kan förbättras genom ändrad attityd hos vårdpersonalen. Enligt kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom kirurgisk vård (NFSK, 2014) är det som tidigare nämnts viktigt att identifiera patienternas behov av information och se till att ta fram en bra rutin för att möjliggöra att patienten får den information som hen behöver.

Några av patienterna i den här studien uppgav att det var svårt att ta till sig all information preoperativt vid ett snabbt förlopp, speciellt också vid påverkan av morfin. En akut laparotomi kräver dessutom ett snabbt preoperativt förlopp med många förberedelser inför operationen och tiden för information är begränsad. Jones m.fl. (2017) menar att det utförts väldigt lite forskning på patientens upplevelser av akut kirurgi. De anser att det är många faktorer som påverkar patientens upplevelse, framförallt inom akut kirurgi jämfört med planerad kirurgi. Den akuta patienten har ofta mycket ont, mår dåligt och är stressad. Dessutom sker flera av inläggningarna under jourtid av mindre kompetenta läkare. Det är därför enligt Ascari m.fl. (2013) viktigt att sjuksköterskan genom personanpassad information får patienten att känna sig lugn och trygg. Det är viktigt att se situationen och vad patienten behöver för information, detta fås genom att ha en bra kommunikation mellan vårdpersonal och patient. Även Liddle (2018) påpekar vikten av att sjuksköterskan informerar patienten både pre- och postoperativt för att få patienten att bli delaktig i beslut gällande sin egen vård. Det är alltså viktigt att patienten inte bara är förberedd för operationen rent medicinskt utan även mentalt. Att som sjuksköterska ha en holistisk syn på patienten kan leda till att minska oron hos patienten inför operationen. Forsberg m.fl. (2015) menar vidare att den preoperativa informationen måste anpassas efter situationen och individen då olika patienter önskar få olika nivå av detaljerad information. De patienter som får otillräcklig information tenderar att överlämna beslutsfattandet gällande vården helt i vårdpersonalens händer istället för att ta eget ansvar för sin vård. Jangland m.fl. (2012) menar att den kirurgiska vården idag som kräver avancerad omvårdnad och övervakning av vitala parametrar på kirurgavdelning gör att patienterna själv måste ta ett visst ansvar över sin egen vård. För att patienterna ska kunna ta detta ansvar krävs det att de har fått tillräckligt med information och tillfällen att bli delaktiga i sin vård.

Många patienter i denna studie uttryckte att de fått bra smärtlindring postoperativt, men en patient hade haft kraftiga smärtor då ryggbedövningen inte hade fungerat som tänkt. Tolstrup m.fl. (2019) menar att kraftig smärta postoperativt kan leda till en kronisk smärta. Det är därför viktigt att smärtlindra patienterna på ett bra sätt postoperativt för att minska risken för kronisk smärta. Den kroniska smärtan kan i sin tur leda till fördröjd fysisk återhämtning. Resultatet av deras studie visar att nästan hälften av patienterna som genomgått en akut laparotomi har begränsad fysisk aktivitet efter 6 månader på grund av smärta. I den här studien framkommer det att patienterna framförallt haft besvär med smärta och illamående postoperativt, framförallt innan eliminationen börjat fungera som vanligt. Allvin m.fl. (2008) anser att det är viktigt med symtomlindring för att kunna främja mobilisering och återhämtning. De vanligaste symtomen

i den första perioden efter operationen är smärta och illamående. Patienterna behöver därför få hjälp att lindra dessa symtom för att minska risken för komplikationer efter operationen till exempel lunginflammation eller tarmparalys. De menar också att den postoperativa informationen kan stärka patienten i sin återhämtning. Att få information i rätt tid och att den sedan upprepas var något som patienterna ansåg var viktigt. Kehlet (1997) menar också att det är viktigt med snabb återhämtning för att minska risken för komplikationer efter operationen. Om patienten blir bra smärtlindrad och mobiliserad leder det till att patienten får färre problem med nutritionen. Att vara välnutrierad efter operationen är viktigt för sårhäkning och ger minskad risk för postoperativa infektioner.

Det framkommer i den här studien att patienterna upplevde mycket störd nattsömn och att de blev störda ofta av personalen och andra patienter. Enligt Jones m.fl. (2017) är miljön på avdelningen en viktig faktor för att patienten ska vara nöjd med sin vård. När det gäller miljön på avdelningen var framförallt nattsömnen något som påverkades. Det som störde nattsömnen var personalen som ofta kom in för olika typer av kontroller och provtagningar. De andra patienterna på salen upplevdes inte lika störande. Det resultatet skiljer sig lite från resultatet i den här studien där några av patienterna ansåg att det var mycket störande att dela rum med andra. Det kan förstås bero på att personalen får gå in oftare då med tanke på att det är fler patienter som behöver kollas till, det framkommer inte exakt i den här studien.

Flera deltagare i studien upplevde att de blivit väl bemötta och omhändertagna under vårdtiden men en patient uttryckte en önskan om att bli lyssnad på. Kahn m.fl. (2015) skriver att bli lyssnad på av vårdpersonal och bli behandlad med respekt är några av de viktigaste faktorerna till att patienten är nöjd med den vård som givits. Vårdpersonalen ska därför sträva efter att spendera mer tid till att bygga upp en bra relation med patienterna som grundar sig på ömsesidig respekt.

Det framkommer också från några patienter i studien att vårdpersonalen visade förståelse för hemsituationen vid utskrivningen. Detta visar att personalen utgick från patientens behov och lät patienterna vara delaktiga i beslutet. Både The American Geriatrics Society expert panel on person-centered care (2016) och Ekman m.fl. (2011) menar att vården ska baseras på patientens upplevda behov och alla beslut ska tas gemensamt mellan patienten och vårdpersonalen. Detta kan bara uppnås genom en bra kommunikation där patientens värderingar, preferenser och tidigare erfarenheter blir kända för vårdpersonalen. I kompetensbeskrivningen framtagen av NFSK (2014) står det att specialistsjuksköterskan ska arbeta personcentrerat så att beslut kring vården kan tas tillsammans med patienten och anhöriga. Detta för att bevara patientens integritet och värdighet. Mackie, Mitchell och Marshall (2019) skriver att patienter som vårdas på en avdelning inom akutvården är mer tillfredsställda med vården om deras anhöriga har bjudits in att vara delaktiga. De skriver vidare att patienterna upplevde mindre osäkerhet och kunde hantera sin situation bättre om deras anhöriga var närvarande och delaktig i vården.

Några av patienterna i den här studien uttryckte att de saknade information vid utskrivningen vilket ledde till att patienterna inte kände sig delaktiga i beslutet angående utskrivning. De önskade att få informationen tidigare för att kunna förbereda sig på hemgång. Enligt Wallström och Ekman (2018) bör vårdpersonalen utgå från ett personcentrerat arbetssätt som innebär att patienten ses som jämlik, behandlas med respekt och ska vara delaktig i sin egen vård. Det innebär att patienten ska få den information som krävs för att kunna vara delaktig i besluten kring sin egen vård. Även Mako m.fl. (2016) påtalar vikten av information för att främja delaktighet för patienten i sin egen vård samt gör att patienten upplever trygghet. Det är viktigt att informationen ges i rätt tid och att den är lätt att förstå för patienten. Kang m.fl. (2018) menar också att patienten måste involveras i utskrivnings planeringen för att kunna förbereda hen på vad som väntar. Det är också viktigt att patienten får individuell information vid utskrivning, både muntligt och skriftligt för att de lättare ska kunna ta till sig informationen. Mackie m.fl. (2019) menar att anhöriga är en viktig del inom akutvården där vårdtiderna är korta för att säkerställa att utskrivningen sker på ett säkert och effektivt sätt då dem ofta tar över ansvaret för att samordna eventuell vidare vård.

### **Samhällsperspektiv**

Angioli (2014) beskriver exempelvis hur skriftlig information före operation kan ge snabbare återhämtning, färre komplikationer och sänker oro hos patienten. De patienter som fått skriftlig information hade också något färre vård dagar än de patienter som endast hade fått verbal information. Sjukvården behöver vara delaktig i att skapa förutsättningar för egenvård då det i längden skulle avlasta en redan tungt belastad vård. Det är lättare att förse patienter med skriftlig information vid planerad kirurgi då det finns utrymme att planera, vilket ofta saknas vid akut kirurgi. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska patienten få information om sitt hälsotillstånd och de olika metoder som finns för undersökning, vård samt behandling. Patienten ska erhålla skriftlig information om det är nödvändigt med hänsyn till individens förutsättningar eller om hen ber om skriftlig information. Sjukvården behöver möta patienternas behov, speciellt i en mer digital värld där fler patienter är pålästa och medvetna om sina rättigheter.

## Slutsatser och implikationer

Den här studien visar tydligt att patientens upplevelse av omvårdnaden påverkas av stödet från vårdpersonalen gällande deras behov, information och bemötande. Alla dessa delar kan förmodligen ha blivit bättre om vårdpersonalen arbetat mer personcentrerat. Det finns alltså fortfarande mycket att jobba vidare med för att uppnå personcentrerad vård. Det är viktigt att vi som sjuksköterskor lyssnar på patientens berättelse och tar gemensamma beslut med patienten. Genom bra information kan patienten bli mer aktiv i sin egen vård och delta i viktiga beslut.

Studien tillför kunskap kring patientens upplevelse av omvårdnaden vid en akut laparotomi men kunskapen är säkerligen överförbar till andra patientgrupper, framförallt i det kirurgiska kontextet. Inom sjukvården har vi gett information på samma sätt under lång tid men vet vi hur patienten egentligen vill ha det? Det hade varit intressant att belysa hur patienterna skulle vilja få information till exempel via digitala hjälpmedel. Vill patienten få information via pappersbroschyr eller kan man ha en digital checklista på en surfplatta?

## 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, 1604-1612.

Ascari, A., R., Neiss, M., Sartori, A. A., Martins Da Silva, O., Ascari, T. M., & Silva Bernadi Galli, K. (2013). Perceptions of Surgical Patient during Preoperative Period Concerning Nursing Care. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 7(4), 1136–1144. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201309>

Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 57(5), 552-558.

Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., & Idvall, E. (2008). Experiences of the postoperative recovery process: An interview study. *The Open Nursing Journal* 2008(2), 1-7.

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 & Gynecology and Reproductive Biology*, 177, 67-71.

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.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143–154). Studentlitteratur.

Ekman, I., Hedman, H., Swedberg, K., & Wallengren, C. (2015). Commentary: Swedish initiative on person centered care. *BMJ* 2015;350:h160.

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., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10(2011), 248-251.

Forsberg, A., Wikman, I., Wälivaara, B-M., & Engström, Å. (2015). Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(4), 280-289.

Friberg, F., Granum, V., & Bergh, A. (2012). Nurses' patient-education work: Conditional factors – an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 170-186.

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Haahr-Raunkjær, C., Meyhoff, C., Sørensen, H., Olsen R.M. & Aasvang E. (2017). Technological Aided Assessment of the Acutely Ill Patient – The Case of Postoperative Complications. *European Journal of Internal Medicine* 45(2017): 41–45.

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.

Jangland, E., Carlsson, M., Lundgren, E., & Gunningberg, L. (2012). The impact of an intervention to improve patient participation in a surgical care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 528-538.

Jangland, E., Gunningberg, L., & Carlsson, C. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling* 75(2019), 199-204.

Jangland, E., Larsson, J., & Gunningberg, L. (2011). Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: A phenomenographic study. (Report). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 533-541.

Jones, C., O'Neill, S., McLean, K., Wigmore, S., & Harrison, E. (2017). Patient experience and overall satisfaction after emergency abdominal surgery. *BMC Surgery* 17(76), 1-8.

Jønsson, L. R., Ingelsrud, L. H., Tengberg, L. T., Bandholm, T., Foss, N. B., & Kristensen, M. T. (2018). Physical performance following acute high-risk abdominal surgery: a prospective cohort study. *Can J Surg*. 61(1), 42-49.

Kahn, S. A., Iannuzzi, J. C., Stassen, N. A., Bankey, P. E., & Gestring, M. (2015). Measuring satisfaction: Factors that drive hospital consumer assessment of healthcare providers and systems survey responses in a trauma and acute care surgery population. *The American Surgeon* 81(5), 537-543.

Kang, E., Gillespie, B.M., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2018). Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: a systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies* 87, 1-13.

Kinnear, N., Herath, M., Jolly, S., Han, J., Tran, M., Parker, D., O'Callaghan, M., Hennessey, D., Dobbins, C., Sammour, T., & Moore, J. (2020). Patient satisfaction in emergency general surgery: a prospective cross-sectional study. *World Journal of Surgery* 2020(44), 2950–2958.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Kölfeldt, M., & Prytz, M. (27 februari 2020). *Akut laparotomi kirurg*.  
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/36323/Akut%20laparotomi%20kirurg.pdf?a=false&guest=true>

Law, J., Welch, C., Javanmard-Emamghissi, H., Clark, M., Bisset, C. N., O'Neil, P., & Moug, S. (2020). Decision-making for older patients undergoing emergency laparotomy: defining patient and clinician values and priorities. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 10.1111/codi.15165. Advance online publication. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.15165>

Lawrence, V., Hazuda, H., Cornell, J., Pederson, T., Bradshaw, P., Mulrow, C., & Page, C. (2004). Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. *Journal of the American College of Surgeons*, 199(5), 762-772.

Liddle C. An overview of the principles of preoperative care. *Nursing Standard*. doi: 10.7748/ns.2018.e11170.

Mackie, B., Mitchell, M., & Marshall, A. (2019). Patient and family members' perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 359-370.

Magidy, M., Warrén-Stomberg, M., & Bjerså K. (2016) Assessment of Post-operative Pain Management among Acutely and Electively Admitted Patients – a Swedish Ward Perspective. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 22(2016): 283-289.

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(47) 1-9.

Mazurenko, O., Zemke, D., Lefforge, N., Shoemaker, S., & Menachemi, N. (2015). What Determines the Surgical Patient Experience? Exploring the Patient, Clinical Staff, and Administration Perspectives. *Journal of Healthcare Management*, 60(5), 332–346.  
[https://journals.lww.com/jhmonline/Abstract/2015/09000/What\\_Determines\\_the\\_Surgical\\_Patient\\_Experience\\_.7.aspx](https://journals.lww.com/jhmonline/Abstract/2015/09000/What_Determines_the_Surgical_Patient_Experience_.7.aspx)

Moene, M., Bergbom, I., & Skott, C. (2006). Patients' existential situation prior to colorectal surgery. *Journal of Advanced Nursing* 54(2), 199–207.

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 421–438). Liber.

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)

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)

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* 2020. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.ub.gu.se/doi/full/10.1111/scs.12907>

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.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.

Putwatana, P., Reodecha, P., Sirapo-ngam, Y., Lertsithichai, P., & Sumboonnanonda, K. (2005). Nutrition screening tools and the prediction of postoperative infectious and wound complications: comparison of methods in presence of risk adjustment. *Nutrition* 21, 691-697.

Sandy-Hodgetts, K., Carville, K., & Leslie, G. (2015). Determining risk factors for surgical wound dehiscence: A literature review. *International Wound Journal*, 12(3), 265–275.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. 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)

Socialstyrelsen. (2019). *Statistikdatabas för operationer i slutenvård*. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_ope/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ope/val.aspx)



Starks, H., & Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.

The 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, s 15-18.

Thomsen, T., Vester-Andersen, M., Nielsen, M.V., Waldau, T., Møller, A., M., Rosenberg, J., Møller, M., Nystrup, K., & Esbensen, B. A. (2014). Patients' experiences of postoperative intermediate care and standard surgical ward care after emergency abdominal surgery: A qualitative sub-study of the Incare trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1280-1288.

Timan, J. T., Sernert, N., Karlsson, O., & Prytz, M. (2020). SMASH standardised perioperative management of patients operated with acute abdominal surgery in a high-risk setting. *BMC Research Notes*, 13(1), 1-5.

Tolstrup, M-B., Thorup, T., & Gögenur, I. (2019). Chronic pain, quality of life and functional impairment after emergency laparotomy. *World Journal of Surgery* 2019(43), 161-168.

Tolstrup, M-B., Watt, S. K., & Gögenur, I. (2017). Morbidity and mortality rates after emergency abdominal surgery: an analysis of 4346 patients scheduled for emergency laparotomy or laparoscopy. *Langenbecks Arch Surg* 2017(420), 615-623.

Trads, M., Deutch, S. R., & Pedersen, P. U. (2018). Supporting patients in reducing postoperative constipation: fundamental nursing care - a quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32, 824-832.

Wallström, S., & Ekman, I. (2018). Person-centred care in clinical assessment. *European Journal och Cardiovascular Nursing* 17(7), 576–579. doi: 10.1177/147451511875813

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & Kultur.

World medical association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subject*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

# Bilaga 1 - Forskningspersonsinformation (FPI)

## Information till forskningspersonerna

Den här studien ingår i ett examensarbete under vår utbildning till specialistsjuksköterska med inriktning mot kirurgisk vård för att beskriva hur patienter som genomgår en akut laparotomi upplever omvårdnaden före och efter operation. Studien genomförs som ett examensarbete på Göteborgs Universitet och är därför under översyn av vår handledare och examinator.

Akut bukkirurgi är relativt vanligt i Sverige, men trots detta finns det lite forskning som belyser patientens upplevelse av omvårdnaden tiden före och efter en akut operation. Du har nyligen genomgått akut laparotomi, som innebär en större operation i buken, och vi önskar att få veta hur du upplevde omvårdnaden tiden före och efter operationen. Vi skulle vilja att du berättar om hur du upplevde den tiden. Vi önskar därför träffa dig för en intervju eller om du hellre önskar kan intervjun istället utföras över telefon. Beräknad tid för intervjun är mellan 30 min. upp till högst en timma.

Intervjun kommer att spelas in för att kunna skrivas ner, i syfte att minska risken för felaktigheter, när vi sammanfattar intervjupersonernas berättelser. Efter studiens slut kommer allt inspelat material att raderas. Vi kommer också att samla information om angående deltagarnas ålder, kön och vilken typ av operation som gjordes via patientjournalen för att ge en bild av forskningspersonerna. Denna information är konfidentiell och kommer inga behöriga kunna ha tillgång till det eller kopplas till intervjumaterialet.

Är du intresserad att få del av individuella data eller hela resultatet från studien kan du kontakta ansvariga för studien.

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet utan att uppge varför och det påverkar inte din framtida vård eller behandling. Vi, ansvariga för studien, kommer att kontakta dig för att höra om du vill delta i studien våra kontaktuppgifter finns nedan i fall du själv vill kontakta oss.

### ***Ansvariga för studien är:***

Emelie Isberg  
gusisbem@student.gu.se  
070-7363587

Alexandra Torvaldsson  
gustorval@student.gu.se  
076-3375421

## Bilaga 2 - Intervjuguide

Du blir intervjuad för att du genomgått akut laparotomi. Vi vill veta hur du upplevt omvårdnaden under din vårdtid fram till att du blev utskriven.

- Berätta gärna om hur du upplevde omvårdnaden under din vårdtid före och efter operation samt vid utskrivning.

Uppföljande frågor ifall deltagaren tappar tråden:

- Hur upplevde du tiden före operation?
  - Hur upplevde du tiden efter operation?
  - Hur upplevde du utskrivningen?
- Om du hade genomgått samma sak igen, vad hade du velat ha annorlunda?

Följdfrågor

- Kan du utveckla
- Hur upplevde du då?
- Kan du ge ett exempel?
- Hur menar du då?