



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet

”Tänk om jag dör medan jag väntar”

En intervjustudie om hur det är att vänta på en operation av
aortaaneurysm eller aortadissektion

Författare
Maria Andréasson
Susanna Lindström

Handledare
Katarina Edfeldt

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Inriktning mot kirurgisk vård
År 2019

Examinator
Eva Jangland

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Att vänta på en elektiv operation förknippas med upplevelser av depression och oro. Patienter med aortaaneurysm uttrycker att sjukdomen bidrar till begränsningar i livet, trots avsaknad av fysiska symtom. Informationen anses också vara bristfällig innan operationen samt att det är svårt att få kontakt med sjukvården för att kunna ställa frågor.

Syfte: Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att vänta på en operation av aortaaneurysm eller aortadissektion samt utvärdera vilket stöd som behövs för att underlätta väntan för dessa patienter.

Metod: En kvalitativ intervjustudie utfördes med tio informanter som genomgått elektiv operation av aortaaneurysm eller aortadissektion. En manifest innehållsanalys utfördes.

Resultat: Informanterna beskrev både positiva och negativa aspekter under väntan inför operation. Detta kunde exempelvis vara att det både fanns känslor av oro men även känslor av lugn under väntan. Även påverkan på livet ansågs vara liten respektive stor där det till exempel upplevdes svårt att planera för aktiviteter. Den information som levererades ansågs vara både tillfredsställande och otillräcklig.

Slutsats: Det finns ett behov av att patienter som väntar på en operation av aortaaneurysm eller aortadissektion får korrekt information. Genom att utveckla en organisationskultur som tillåter ett individuellt anpassat stöd där all vårdpersonal har ett ansvar kan det förbättra välmåendet hos dessa patienter.

Nyckelord: Upplevelser, Väntan, Omvårdnad, Aorta, Kärnkirurgi

ABSTRACT

Background: Waiting for elective surgery is associated with depression and anxiety. Patients with aortic aneurysm express that the aneurysm perceives them limitations in life, despite the absence of physical symptoms. The information is also considered to be deficient and that it is difficult to get in touch with the healthcare to be able to ask questions.

Aim: The aim was to describe patients' experiences of waiting for an operation of the aorta and find out what support is needed to facilitate waiting for these patients.

Methods: A qualitative interview study was conducted with ten informants who had undergone elective surgery of the aorta. A manifest content analysis was conducted.

Results: The informants described both positive and negative aspects while waiting for surgery. They described feelings of anxiety while waiting but also a sense of confidence to the healthcare that made them calm during the waiting time. Even the impact on life was considered as different among the informants. Some of them described that it was difficult to plan for activities while others kept going as usually. The same applies to the category that about information as it was considered to be both satisfying and inadequate.

Conclusion: There is a need for patients waiting for surgery for aortic aneurysm or aortic dissection to receive accurate information. By developing an organizational culture that allows an individually adapted support where all healthcare professionals have a responsibility, it can improve the well-being of these patients.

Keywords: Experiences, Waiting, Nursing, Aorta, Vascular surgery

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Aortaaneurysm och aortadissektion	6
Vårdförlopp	7
Att vänta på elektiv kirurgi	8
Teoretisk referensram	9
<i>Lidande</i>	9
<i>Kommunikation</i>	10
<i>Lidande och kommunikation i samband med kirurgi</i>	10
Problemformulering	11
Syfte	11
METOD	11
Design	11
Urval	12
Kontext	13
Datainsamlingsmetod	14
Tillvägagångssätt	15
Forskningsetiska överväganden	16
Bearbetning och analys	16
RESULTAT	19
Väntan - en tid med stora variationer	19
<i>Lugn och förtroende till sjukvården</i>	19
<i>Oro - en väntan utan datum att förhålla sig till</i>	20
<i>Att leva som vanligt</i>	21
<i>Avstå från att planera aktiviteter</i>	22
Stöd och information under väntan	23
<i>Nöjd med den information som givits</i>	23
<i>Bristfällig information</i>	23
<i>Svårt att få kontakt med rätt person</i>	24
DISKUSSION	25
Resultatdiskussion	25
<i>Väntan - en tid med stora variationer</i>	25
<i>Stöd och information under väntan</i>	27
<i>Vårdetiskt perspektiv</i>	28
<i>Samhällsperspektiv</i>	29

Metoddiskussion	29
Slutsats	31
REFERENSER.....	33
BILAGA 1. INTERVJUGUIDE.....	37
BILAGA 2. INFORMATIONSBREV TILL INFORMANTER	38
BILAGA 3. SAMTYCKESBLANKETT.....	39

INLEDNING

I enlighet med Socialdepartementets Patientlag (SFS, 2014:821) ska patientens ställning stärkas och tydliggöras för att främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Detta eftersom det är viktigt att patienten har en central roll i den egna vården. Även närstående ska kunna ges möjlighet att deltaga i utformningen av vården. Hälso- och sjukvården har också en skyldighet att kunna informera om när patienten ska få vård samt om hur behandlingsförloppet förväntas te sig, men också om vid vilken tidpunkt patienten kan förväntas få vård. Informationen ska individanpassas och hänsyn ska således tas till bland annat ålder, mognad och eventuella språkbarriärer. Det är också mycket viktigt att den som informerar måste försäkra sig om att mottagaren har förstått informationens innehåll och betydelse. Målet är att den vård som bedrivs ska utföras med respekt för allas lika värde samt att den utförs med god kvalitet som stämmer överens med både vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska också ha möjlighet att välja mellan olika vetenskapligt och erfarenhetsmässigt beprövade behandlingsalternativ (SFS, 2014:821).

BAKGRUND

Aortaaneurysm och aortadissektion

I Sverige erbjuds alla 65-åriga män screening för bukaortaaneurysm (AAA). Undersökningen beräknas förebygga en för tidig död hos 90-100 män per år. Vid tidig upptäckt kan en planerad, förebyggande operation erbjudas. Det innebär då en lägre risk för patienten eftersom 30-dagars mortaliteten är betydligt lägre vid planerad kirurgi jämfört med kirurgi som utförs akut (Socialstyrelsen, 2016).

Förekomsten av AAA i Sverige är cirka två procent av de 65-åriga män som går på screening. Flertalet av dessa, cirka 90 procent, är små det vill säga mellan 30 och 54 millimeter (Socialstyrelsen, 2016). Ungefär 40 procent av dessa kommer inom en femårsperiod erbjudas behandling på grund av progress. De aortaaneurysm som upptäcks på annat sätt än genom screening är oftast på grund av att buk eller bröstorg undersöks med röntgen i samband med annan sjukdom, det vill säga upptäcks accidentiellt. Cirka 450 män och 200 kvinnor avlider varje år i Sverige till följd av ett brutet aortaaneurysm (Hjärt- lungfonden, 2017).

Ett aortaaneurysm eller en aortadissektion kan vara en potentiellt livshotande diagnos. Med aneurysm menas att det uppstår en utvidgning av blodkärlet, medan dissektion innebär att det uppstår en spricka i kärlväggens innersta lager, intiman, och att en ny kanal bildas i kärlväggen med försvagning som följd. När diametern av aortan överstiger 30 millimeter i diameter definieras det som ett aortaaneurysm och när diametern överstiger 55 millimeter bör ställningstagande till åtgärd göras. Det finns ett flertal riskfaktorer för att utveckla ett aortaaneurysm såsom hög ålder, manligt kön, rökning, ärftlighet, hjärtsjukdom, högt blodtryck, medfödda missbildningar och bindvävssjukdom (Socialstyrelsen, 2016).

Aortaaneurysm eller aortadissektion kan behandlas med öppen kirurgisk teknik eller endovaskulär teknik. Vid öppen teknik ersätts den sjuka delen med ett syntetgraft som sys in och vid endovaskulär kirurgi, EVAR (endovascular aortic repair), förs ett stentgraft in via arteria femoralis med hjälp av genomlysning (Wanhainen, 2016). Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas för operationer i slutenvård utfördes, i Sverige, 783 operationer på thorakala, thorakoabdominella samt abdominella aorta (Socialstyrelsen, 2017).

Vårdförlopp

När ett aortaaneurysm eller aortadissektion har diagnosticerats får patienten oftast träffa en kärlkirurg för bedömning och information (Hjärt- lungfonden, 2017). Det innefattar även information om eventuella förändringar gällande patientens levnadsvanor, såsom rökstopp eftersom det påskyndar tillväxten men även kan leda till sämre resultat vid behandling relaterat till en högre komplikationsrisk. Om aneurysmets storlek har uppnått operationsindikation övervägs behandling. I de flesta fallen är storleken inte av det slaget att behandling måste göras skyndsamt, den patientgruppen följs istället med någon form av röntgenmetod regelbundet i syfte att förhindra ruptur. Det är för tillfället cirka 15 000 personer i Sverige som följs för små aortaaneurysm. Inför ett operationsbeslut är det flera olika faktorer som måste tas i beaktan. Däribland om patienten har några övriga sjukdomar som kan innebära att operationen måste skjutas upp till förmån för optimering av grundtillståndet, ett annat alternativ kan vara att avstå helt om patienten är för sjuk. I de fall där operation är nödvändigt och anses lämpligt får patienten träffa en läkare som går igenom olika behandlingsalternativ samt nytta och risker med de olika tillvägagångssätten för att sedan tillsammans med patienten ta beslut om behandling (Hjärt- lungfonden, 2017).

Att vänta på elektiv kirurgi

Att vänta på olika typer av elektiv kirurgi upplevs som emotionellt stressande (Sharman et al., 2017; Trafford, Crump, Liu, Chase & Sutherland, 2016). Patienterna skattar även sin livskvalitet lägre än personer som inte väntar på någon operation. Väntetiden påverkar identiteten hos patienterna då de upplever att deras vardagsliv och vardagsaktiviteter inte känns meningsfulla (Carr, Teucher & Casson, 2014). Patienter som opererats för aortaaneurysm skattar den egna livskvaliteten högre tre månader postoperativt jämfört med preoperativt (Malina et al., 2000).

Att lindra mänskligt lidande är den överordnade uppgiften för all typ av vård (Arman, 2017). Detta står då i bjärt kontrast till att väntan på operation upplevs som osäker, att det är jobbigt att inte ha kontroll över situationen och med längre väntetid ökar även osäkerheten inför operationen. Även humöret blir påverkat av att vänta och känslor av ilska, frustration, ångest, nervositet och depression uppstår (Carr, Teucher & Casson, 2017; Svensson, Nilsson & Svantesson, 2016).

Patienter med aortaaneurysm uttrycker en begränsning i livet, inklusive begränsning av den fysiska aktiviteten, i väntan på operation och att det upplevs som att de inte har något val till operation. Detta eftersom sjukdomen har en dödlig utgång utan operation (Letterstål, Eldh, Olofsson & Forsberg, 2010; Pettersson & Bergbom, 2010; Pettersson, Hansson, Brodersen & Kumlien, 2017). Detta trots att det finns en avsaknad av några egentliga fysiska symtom av aortaaneurysmet (Brännström, Björck, Strandberg & Wanhainen, 2009).

Patienter som genom screening blir diagnostiserade med AAA och sedan går på regelbundna uppföljande ultraljud beskriver att det ger en känsla av trygghet. Dessa patienter upplever att de kan leva som vanligt men att de ibland blir påmind om att de har ett AAA (Berterö, Carlsson & Lundgren, 2010; Holmström, Bohlin, Wanhainen, Björck & Fröjd, 2019). Det framkommer även att de patienter som anser att det är jobbigt med ultraljudskontroller tycker det på grund av rädsla för att AAA ska ha ökat i storlek och ibland skulle det kännas bättre utan vetskap om sjukdomen (Berterö, Carlsson & Lundgren, 2010).

Pettersson och Bergbom (2010) beskriver att patienter uttrycker svårigheter med att acceptera sjukdomen AAA då den är asymtomatisk. De upplever känslor av chock och att deras livsvärld förändras snabbt vid besked. Vissa patienter har svårt att acceptera att de lider av en

livshotande sjukdom utan några symtom. Patienterna får genomgå flera radiologiska undersökningar tills operationsindikation uppnås och detta väcker mycket tankar och frågor om vad som kan hända om aneurysmet rupturerar. Tiden anses även gå väldigt sakta. Det finns även tankar på vilka symtom som patienterna ska vara uppmärksamma inför. När det väl blev dags för operation och patienten informerades om det så ansåg patienterna att de inte hade något val, operation behövde genomföras. Väntan på operation är väldigt innehållsrik med olika undersökningar, brev, besök och information så det beskrivs som en svårighet att ta in situationen och att förstå vad de är med om (Pettersson & Bergbom, 2010).

Patienter med aortaaneurysm tycker det är svårt att få tillfälle att ställa frågor då vårdpersonalen anses vara stressade och överarbetade (Nilsson, Hultgren & Letterstål, 2017). De saknar tillgång till skriftlig information i kombination med den muntliga information som ges för att kunna vara delaktiga i beslut kring den egna vården. De önskar även vara bättre pålästa inför mottagningsbesöket för information angående tillståndet och den stundande operationen. Oron anses som ett hinder för att skapa en god kommunikation. Frågorna kom ett tag efter, när informationen sjunkit in och patienterna hunnit reflektera över det som sagts till dem. Vissa beskriver att intervallen mellan informationstillfällena är för långa vilket i sin tur bidrar till en känsla av övergivenhet och ensamhet. Det skapar mycket stress att vänta på information. Trots att patienterna blir informerade om operationen så känner de sig oförberedda inför detta, då de mest informeras om ett standardförlopp men de känner att information om risker för olika komplikationer utelämnas (Nilsson, Hultgren & Letterstål, 2017).

Teoretisk referensram

Joyce Travelbee (1971) beskriver att både sjukdom och hälsa är något subjektivt, det vill säga att en människa är så sjuk som denne uppfattar sig vara vid en given tidpunkt.

Interaktionsteorin som Travelbee utvecklat beskriver också att om synen på en människa är själva sjukdomen istället för en människa som har drabbats av en sjukdom blir individen fräntagen dess mänsklighet. Detta leder till att det kan uppstå en förbittring gentemot sjukvården.

Lidande

Travelbee (1971) anser att lidande är en erfarenhet med varierande intensitet och att det är en känsla av missnöje. En människa som under en alltför lång tid har lidit mentalt, psykiskt och

spirituellt utan stöd har ofta känslor av ilska, hopplöshet och bitterhet. Sjuksköterskan strävar inte enbart efter att lindra smärta utan ser till hela människan som en hel individ. När det finns närvaro av lidande såväl fysisk, psykisk eller andlig är det sjuksköterskans ansvar att den lidande får det stöd som krävs (Travelbee, 1971).

Lidande kan endast upplevas av den sjuka individen, vilket innebär att vårdpersonal och närstående inte kan ge mening för denne men kan hjälpa den lidande att hitta mening själv. En lidande människa kan få hjälp genom att sjuksköterskan kontrollerar symtom, får hjälp till en bibehållen hälsa och att kunna acceptera sjukdomen även om den medför begränsningar i livet. Det är inte en lätt uppgift att hjälpa personer att hitta mening när något känns meningslöst, det kräver förståelse, omdöme, mod och känsla från sjuksköterskan (Travelbee, 1971).

Kommunikation

Travelbee (1971) beskriver att kunskap inte är detsamma som frånvaro av ångest, men det är ändå det första nödvändiga steget för att kunna acceptera verkligheten. Men det är svårt om det inte finns någon vetskap om vad verkligheten faktiskt är. Sjuksköterskans roll är därmed tydlig då det är viktigt att möta individens behov av klarhet och säkerhet genom vårdkedjan. Omvårdnadsproblem kan ske då det inte går att identifiera och möta dessa behov. Genom kommunikation och observation fastställer sjuksköterskan den sjuka människans behov, vilket är det första steget i planering av omvårdnad. Genom att det finns en mellanmänsklig relation finns det därmed förutsättningar för att skapa en god omvårdnad. Innehållet i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska kommer antingen hjälpa patienten att acceptera ensamhet, sjukdom och lidande eller så blir denne mer isolerad och känner sig sjukare. Att inte lyckas med att lyssna är en stor anledning till att kommunikation inte fungerar (Travelbee, 1971).

Lidande och kommunikation i samband med kirurgi

Travelbee (1971) menar att det är normalt för individer som genomgår kirurgi att uppleva olika nivåer av oro. Det finns en direkt relation mellan en individs behov av kognitiv klarhet samt säkerhet och nivån av oro. Bara att komma till sjukhuset inför den planerade operationen och därmed separeras från den välkända hemmiljön och familjen kan intensifiera ångest och oro.

Då ångest och oro är vanligt hos individer som väntar på en operation borde sjuksköterskan rikta sin uppmärksamhet mot att försöka minska känslor som orsakar detta. Det är viktigt eftersom ångest och oro före operation kan ha en direkt inverkan på det postoperativa förloppet i en negativ riktning. Sjuksköterskan ska spela en viktig roll i att utvärdera nivån av oro och ångest hos de patienter som väntar på operation och bör arbeta för att kunna minska det. Det är också sjuksköterskans uppgift att identifiera kunskapsluckor och behov hos patienten genom att föra ett samtal om vad denne behöver och önskar veta om den stundande operationen. Det är även viktigt att förstå att någon som tror att hälsan kommer förbättras postoperativt kan reagera på ett annat sätt än någon med asymtomatisk sjukdom eller tillstånd (Travelbee, 1971).

Problemformulering

Att vänta på en operation för aortaaneurysm eller aortadissektion kan leda till oro och stress. Vårdköerna är långa och väntetiden till en planerad operation kan bli längre än önskvärt ur ett medicinskt perspektiv. Patienternas väntan kan därför bli fylld av en ökad oro och stress som i förlängningen kan skapa oro för patienten vilket också kan leda till ett sämre postoperativt resultat. Det finns endast ett fåtal publikationer som berör detta. En fördjupad förståelse för patienters upplevelser av hur det är att vänta på en operation för aortaaneurysm eller aortadissektion kan skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonal att ge dessa patienter en bättre omvårdnad och stöd under väntan till operation.

Syfte

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att vänta på en operation av aortaaneurysm eller aortadissektion samt utröna vilket stöd som behövs för att underlätta väntan för dessa patienter.

METOD

Design

En kvalitativ deskriptiv design med induktiv ansats har valts för att kunna beskriva känslor under väntan på en operation av aortaaneurysm eller aortadissektion. Denna design ger tillgång till människors upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2012). Studiedesignen möjliggör analys av det fenomen som ska studeras (Henricson & Billhult, 2017). Joyce

Travelbee (1971) beskriver en interaktionsteori som bland annat behandlar kommunikation och lidande hos patienter med kirurgiska sjukdomar som användes under hela processen.

Urval

Informanterna rekryterades med hjälp av sjuksköterskor på en mottagning samt sekreterare på en vårdavdelning då det önskades informanter som har upplevt fenomenet. Det innebär att det har skett ett bekvämlighetsurval. Ett bekvämlighetsurval utförs för att hitta de informanter som finns tillgängliga och som kan ge innehållsrika beskrivningar (Polit & Beck, 2012). De som inkluderades var patienter som genomgått elektiv kirurgi på grund av aortaaneurysm eller aortadissektion på ett universitetssjukhus i Mellansverige. Då tiden för datainsamlingen var begränsad inkluderades patienter oavsett hur lång väntetiden till operation hade varit.

Inklusionskriterier var patienter som genomgått en elektiv operation för aortaaneurysm eller aortadissektion och således varit uppsatta på väntelistan. Exklusionskriterier var kognitiv svikt, ej flytande i svenska språket i tal och skrift samt patienter under 18 år.

Målet var att inkludera tio till 12 informanter. Detta då det är viktigt att hitta färre informanter med olika erfarenheter av fenomenet (Henricson & Billhult, 2017). Datainsamlingen pågick till dess att tio deltagare inkluderats och mättnad ansågs då vara uppnådd. Med mättnad menas att ytterligare insamling av data inte kommer tillföra någon ny information (Polit & Beck, 2012).

Totalt tillfrågades 15 personer om deltagande och tio valde att delta. Demografiska egenskaper hos de som intervjuades/inkluderades beskrivs i tabell 1.

Tabell 1: Demografiska egenskaper

Kön: Kvinnor/Män (antal)	0/10
Ålder (år)	55-85
Medelålder (år)	76
Utbildning: Grundskola/Gymnasium/Universitet	4/1/5
Ensamboende/Sammanboende (antal)	2/8
Sysselsättning: Pensionär/Arbetar/Sjukskriven (antal)	7/1/2
Diagnosticering: Screening/Accidentiell upptäckt (antal)	2/8
Öppen operation/Endovaskulär operation (antal)	0/10
Väntetid (månader)	1,5 - 5 (5 informanter vet ej)

Kontext

Mottagningen och vårdavdelningen har ett väldigt tätt samarbete på den aktuella kliniken. Information delas mellan enheterna gällande när patienter ska eller har varit på mottagningsbesök för ställningstagande till och värdering inför operation. I vissa fall kan det finnas en relativt färdig plan innan patienten är på mottagningen för bedömning vilket gör att operationskoordinatören bevakar tidpunkt för detta. Det gäller främst när det ska beställas specialdesignade stentgraft med en leveranstid på cirka två till tre månader.

Samtliga patienter får information av en läkare att denne är uppsatt på väntelista för operation. Men dessa patienter, som väntar på en operation av aortaaneurysm eller aortadissektion, har i dagens läge, lokalt, ingen formell kontaktsjuksköterska som kan besvara frågor. Denna funktion ligger i nuläget på en operationskoordinator och till viss del på mottagningsjuksköterskor.

Patienter väntar på operation av aortaaneurysm eller aortadissektion mellan cirka en och fem månader. Lokala riktlinjer säger att operationen helst ska ha genomförts inom en till två månader efter diagnos, om det inte finns några tekniska hinder som exempelvis beställning av specialdesignat stentgraft. När operationsdatum är bestämt får patienten en kallelse för

inskrivning till vårdavdelningen med information om tid och plats samt diverse undersökningar som ska genomföras i samband med inskrivningsbesöket. Denna kallelse skickas cirka två till fyra veckor innan, men vid sena ändringar i operationsprogrammet kan kallelsen komma tätare inpå och ibland till och med ske telefonledes.

Enligt lokala riktlinjer ska patienten erbjudas en röntgenundersökning med efterföljande mottagningsbesök som kontroll en månad postoperativt. Relaterat till att väntetiden för röntgenundersökning överskrider den önskvärda blir därmed även mottagningsbesöket senarelagt. En annan faktor som bidrar till hur många patienter som planeras för återbesök är om dessa är hemmahörande i aktuell region, annars utförs dessa kontroller på hemorten i de allra flesta fall.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen utfördes med semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerad intervju är en vanlig benämning för öppna frågor, där dessa formuleras med en viss struktur men att de inte behöver ställas i en specifik ordning vid varje intervju. Detta för att det inte går att förutsäga vad informanten kommer svara och därmed få med den enskilde individens egna och fullständiga berättelse (Danielsson, 2017a).

Den första delen av intervjuguiden (bilaga 1) innefattade bakgrundsfrågor om kön, ålder, utbildningsnivå, ensamboende/sammanboende, sysselsättning, metod för upptäckt, det vill säga genom screening eller accidentiell upptäckt samt operationsmetod. Den andra delen bestod av åtta huvudfrågor som berörde upplevelsen av att vänta på en planerad operation. Frågorna var av karaktären: Skulle du kunna berätta hur det var att vänta? Har du varit orolig under din väntan? Var det något du saknade under din väntan? För att tydliggöra svaren som informanterna gav ställdes följdfrågor som till exempel: Utveckla, hur menar du? Har du andra tankar eller känslor om detta? Frågorna i intervjuguiden som användes lutar sig mot de begrepp som återfinns i Travelbee's (1971) interaktionsteori, såsom mellanmänsklig relation, samspel, kommunikation, lidande och att alla människor ska ses som unika individer. Detta för att kunna få ett material som svarar på syftet, men även erhålla en fördjupad förståelse för hur fenomenet upplevs.

Datainsamlingen började med en pilotintervju för att testa intervjumetoden och intervjuguiden. En pilotintervju utförs för att identifiera eventuella oklarheter kring en intervjuguide och för säkerställa att syftet kan besvaras med hjälp av frågorna (Polit & Beck,

2012). Pilotintervjun inkluderades i analysen då intervjun var av karaktären att svar på syftet erhöles.

En av författarna till detta arbete intervjuade med hjälp av ovan nämnda intervjuguide och transkriberingen utfördes sedan tillsammans. Detta eftersom det kan vara en nackdel att vara två intervjuare då det kan störa informanten och det är även tidskrävande (Danielsson, 2017a). Författaren som har rollen som operationskoordinator utförde en intervju, trots att det inte var planen, relaterat till förhinder hos den författare som var tänkt att utföra alla intervjuer. Den intervjun valdes att tas med då den var innehållsrik och svarade på syftet.

Tillvägagångssätt

Skriftligt godkännande inhämtades av verksamhetschefen på berörd klinik för genomförande av studien. Avdelningschef och sjuksköterskor på den berörda mottagningen och vårdavdelningen erhöles muntlig information, kopia på informationsbrev till patienterna samt kopia på godkänd projektplan.

Informationsbrev (bilaga 2) och samtyckesblankett (bilaga 3) skickades ut till några av de potentiella deltagarna tillsammans med kallelse till återbesök på mottagningen. Sjuksköterskor på mottagningen var behjälpliga med det. Författarna ringde även upp dessa och bokade en tid, innan eller efter mottagningsbesöket, för intervjun. Telefonnummer till de potentiella informanterna erhöles av sjuksköterskorna på kärlmottagningen. Det gavs då också möjlighet för dem att ställa frågor. Då det under datainsamlingsperioden inte fanns tillräckligt många som väntade på mottagningsbesök efter operation av aortaaneurysm eller aortadissektion tillfrågades även patienter som var ineliggande på vårdavdelning postoperativt. Kännedom om dessa patienter erhöles av avdelningssekreteraren på den berörda vårdavdelningen. De potentiella informanterna från vårdavdelningen fick då muntlig och skriftlig information och om de valde att delta så skedde intervjun på utskrivningsdagen.

De tilltänkta informanterna erhöles muntlig samt skriftlig information och fick därefter skriva på en samtyckesblankett om de valde att medverka. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon och utfördes i ett enskilt rum i anslutning till mottagningen eller vårdavdelningen. Intervjuer spelas in för att kunna transkriberas i sin helhet och för att därefter kunna analysera data (Danielson, 2017a). De intervjuer som utfördes tog mellan sju och 35 minuter och samtliga utfördes under mars och april månad.

Intervjun med deltagarna startade med ovan nämnda bakgrundsfrågor som till exempel kön och ålder. Detta för att göra intervjuaren och deltagaren bekväm i situationen men också för att etablera en god relation och ett tillfredsställande samspel (Polit & Beck, 2012).

Samtyckesblanketterna förvarades i en låst låda i den ena författarens hem och dessa kommer förstöras efter godkännande av föreliggande examensarbete.

Forskningsetiska överväganden

När forskning, där människor involveras, bedrivs ska dessa informeras om forskningsprojektet och ha ett fritt val gällande eventuellt deltagande. Den som väljer att delta ska närsomhelst under studiens gång kunna dra tillbaka sin medverkan och dennes fortsatta vård/behandling/uppföljning påverkas inte (Codex, 2018). Informanterna upplystes om att de kunde tacka nej till deltagande utan att vården skulle påverkas av det. De fick även information om att de kunde välja att avbryta under processen om de inte längre ville delta.

Enskilda intervjuer eller informanter kommer inte diskuteras med kollegor då data ska hanteras konfidentiellt och därmed inte ska kunna härledas till en specifik individ i den färdiga texten. Det är endast författarna som kommer ha tillgång till intervjumaterialet. När intervjuerna och analysen av texterna färdigställts och examensarbetet är godkänt kommer det insamlade materialet, tillsammans med samtyckesblanketterna, att förstöras.

Nyttan ska alltid överväga riskerna. Det är av stor vikt att skydda informanterna från att ta psykisk skada, varför det är viktigt att den som intervjuar är lyhörd för om informanten delger känslig information (Polit & Beck, 2012).

Miljö och klädsel har tagits i beaktning under intervjuerna. Detta då det är av stor vikt för att få informanten att anpassa sig till situationen och bli bekväm (Danielson, 2017a). Intervjuerna har genomförts i ett enskilt rum i anslutning till mottagningen eller avdelningen, detta för att få lugn och ro samt att vara enskilt med informanten. Författarna har även varit privatklädda och använt ett lättförståeligt språk för att passa in i miljön och för att få så bra intervjuer som möjligt.

Bearbetning och analys

Innehållsanalysen har genomförts i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Analysen hade en induktiv ansats för att kunna ta emot berättelser och upplevelser på ett öppet sätt. Det uppenbara innehållet i texten utgjorde den manifesta innehållsanalysen. Analysmetoden är

influerad av hermeneutiken. Det handlar om tolkningar samt problem och möjligheter med tolkningar, där en central aspekt är hur historien påverkar nuet och framtiden, inte bara det som varit (Danielson, 2017b). Ett av de centrala begreppen inom hermeneutiken är förförståelse, det vill säga antaganden och kunskap som finns och som kan vara både hinder och möjligheter. Det är i brytpunkten mellan förförståelse och förståelse som mening inhämtas. Det är förförståelsen som betraktas som avgörande för att kunna göra tolkningar (Friberg & Öhlén, 2017). Författarna arbetar som sjuksköterskor på en kärldirurgisk avdelning. En av författarna arbetar även som forskningssjuksköterska och träffar patienter som genomgår screening av bukaorta och har informationsamtal i samband med diagnos, medan den andra även har rollen som operationskoordinator och planerar således operationer för denna patientkategori. Den förförståelse som finns relaterat till lång erfarenhet har tagits i beaktan under hela analysprocessen.

Intervjuerna lyssnades igenom och transkriberades ordagrant med pauser, tystnad och suckar, med mera. Sedan lästes texterna igenom ett flertal gånger för att få en överblick av hela materialet. Texterna bröts sedan ner till meningsbärande enheter med betydelse utifrån syftet. Dessa kondenserades sedan, utan att innebörden togs bort. Nästa steg var att läsa igenom de kondenserade meningsenheterna flertalet gånger för att kunna identifiera koder. De koder som hade liknande innehåll sorterades sedan in i subkategorier. Det sista steget i analysprocessen var att avgränsa de kategorier som utgjorde det manifesta innehållet. Se tabell 2 för exempel på tillvägagångssättet. Samtliga steg utfördes i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

Tabell 2. Exempel på innehållsanalysens tillvägagångssätt

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Jag tog det med lugn och tillförsikt // Jag lever i ett land med enorma skickligheter och förmågor	Med lugn och tillförsikt.	Lugn väntan.	Lugn och förtroende för sjukvården	Väntan - en tid med stora variationer
Det var jobbigt att vänta i så många månader // Jag var rädd att det skulle spricka.	Jobbigt att vänta länge.	Jobbig väntan.	Oro - en väntan utan datum att förhålla sig till	
Varken privatlivet eller arbetslivet påverkades.	Ingen påverkan på livet.	Livet påverkas inte.	Att leva som vanligt.	
Man kan inte planera nånting.	Svårt att planera.	Planering försvåras.	Avstår från att planera aktiviteter	
Inget som rörde operationen // Jag saknade ingenting.	Ingenting rörande operationen saknades.	Saknar ingenting.	Nöjd med den information som givits.	Stöd och information under väntan
Var och varannan människa ska få information som man kan uppfatta som bästa möjliga // Läkarna med sina långa utbildningar tror att människan inte kan förstå det här riktigt så att det är ingen idé att förklara för en som inte begriper.	Som människa ska man få information som är begriplig. Läkarna tror inte att alla har möjlighet att förstå.	Begriplig och korrekt information saknas.	Bristfällig information	
Ja, jag försökte ringa hit hela tiden, men dom visste inte vilken dag dom skulle operera.	Försökte få kontakt, men ingen kunde ge information.	Svårigheter med kontakt	Svårt att få kontakt med rätt person	

RESULTAT

Två kategorier och sju subkategorier identifierades, se tabell 3 för resultatöversikt, som beskriver upplevelser under väntan på operation av aortaaneurysm eller aortadissektion. Resultatet redovisas utifrån de två kategorierna samt de sju subkategorierna i löpande text och förtydligas med citat från intervjutexterna.

Tabell 3. Resultatöversikt

<i>Kategorier</i>	
Väntan - en tid med stora variationer	Stöd och information under väntan
<i>Subkategorier</i>	
Lugn och förtroende till sjukvården	Nöjd med den information som givits
Oro - en väntan utan datum att förhålla sig till	Bristfällig information
Att leva som vanligt	Svårt att få kontakt med rätt person
Avstå från att planera aktiviteter	

Väntan - en tid med stora variationer

Väntan inför en operation av aortaaneurysm eller aortadissektion upplevdes som både lugn och orolig. Det framkom således en variation av känslor.

Lugn och förtroende till sjukvården

De informanter som inte uttryckte någon oro inför den stundande operationen beskrev att väntan på operation gick bra och att livet gick vidare som vanligt. Att känna en tillit och tacksamhet till sjukvården beskrevs som en av anledningarna. En man som var mycket nöjd och inte kände någon oro under väntan beskrev det som att:

”...jag hade inte någon oro alls på något sätt...jag tänkte på att jag lever i ett land med enorma förmågor och kunskaper och skickligheter och annat...”

(Intervju 1)

När det fanns ett förtroende för sjukvården ansågs väntan vara lättare och inte kopplat till oro eller lidande. Att få bo i ett land som har så mycket resurser och god kvalitet inom sjukvården beskrevs som ett stort privilegium.

Informanterna tyckte att väntan på operation inte var förknippat med oro. Det beskrevs bland annat att detta berodde på avsaknad av symtom, att de inte kände något fysiskt obehag av sjukdomen. Detta illustreras med berättelser från två informanter:

”...jag var faktiskt aldrig orolig, men man vill ha det gjort så fort som möjligt...men ingenting som jag upplevde som särskilt kontroversiellt eller obehagligt eller nånting sånt där...” (Intervju 6)

”...det var ganska lugnt. Jag jobbade vidare...jag har aldrig varit orolig” (Intervju 3)

När det inte fanns några fysiska symtom förknippade med sjukdomen beskrevs det som att väntan var lättare att handskas med och därför upplevdes ingen oro.

Oro - en väntan utan datum att förhålla sig till

Att vänta på operationen var även förknippat med oro. En aspekt som beskrevs var att väntan kunde bli väldigt lång, eller upplevdes som väldigt lång. Ovissheten beskrevs som jobbig, att inte få besked om exakt när operationen skulle ske. Att inte ha ett specifikt datum att förhålla sig till beskrevs som en bidragande faktor till en stegrande oro. En informant beskriver ovissheten gällande att inte ha ett specifikt datum:

”...oroligt nu på slutet eftersom man visste inte exakt när det skulle bli...det var bara att vänta och vänta...” (Intervju 9)

När informanterna fått information om att en operation planeras, då de drabbats av en potentiellt livshotande sjukdom, gjorde ovissheten att de blev mer oroliga och det i sin tur bidrog till ett ökat lidande. Det beskrevs som att det hade varit lättare om det funnits en bättre struktur och klara besked. Oron, och därmed lidandet, hade kunnat minskats om det hade funnits en tydligare plan.

Det beskrevs också att det inte bara var oroligt för den som faktiskt väntade på operation utan även för dennes anhöriga. Det beskrevs som att oron stegrades ännu mer om även anhöriga var oroliga och hade många obesvarade frågor om den stundande operationen och de risker

som kirurgi medför. Detta kan exemplifieras med citat från två av de informanter som beskrev de anhörigas situation:

”...det var jobbigt...jag var rädd att det spricker...och det var inte bara jag, det var barna också som var oroliga...” (Intervju 5)

”...det var väl mera min fru som var orolig för att det drog ut ganska långt på tiden, för hon var orolig för det här att det skulle kunna brista...” (Intervju 6)

När informanterna beskrev att anhöriga uttryckte oro och hade mycket frågor som det var svårt att få besvarade stegrades också oron för den som väntade på operation. Att inte kunna ge ett besked till de anhöriga ökade oron.

Att känna en allmän oro över vad som väntar och om det skulle tillstöta något allvarligt innan operationen hann utföras upplevdes som jobbigt och mentalt påfrestande under väntan. Det var svårt att beskriva om det var något specifikt som förklarade oron. Två män berättade om deras allmänna oro:

”...det var en farlig operation...det var jobbigt...om jag hinner fram till operationen och så...jag var bara allmänt orolig...” (Intervju 7)

”...räkna med att jag kan få ruptur närsomhelst...eehh...efter deras beskrivning att det var så allvarligt eftersom det blivit så stort så snabbt. Och vad händer om jag får en ruptur när man bor två och en halv timmas resa bort...död innan jag ens hinner kliva in i bilen antagligen...” (Intervju 10)

Rädslan för att aneurysmet skulle spricka med eventuell dödlig utgång beskrevs som en känsla förknippad med mycket oro. Funderingar som handlade om avstånd till närmaste sjukhus och om det skulle finnas rätt kompetens vid en eventuell akutsituation beskrevs också som något som skapade mycket oro.

Att leva som vanligt

Det beskrevs som att det var lätt att leva som vanligt, oavsett sysselsättning. Att vara pensionär under väntetiden beskrevs som en bidragande faktor till att livet kunde fortgå som vanligt. Även de som fortfarande arbetade beskrev att det gick att leva som vanligt, en bidragande faktor till det kunde vara avsaknad av fysiska symtom. Detta beskrivs av två män:

”...jag var ju redan pensionär när det hände...” (Intervju 2)

”...det var ganska lugnt...jag jobbade vidare...” (Intervju 3)

Informanterna beskrev att det inte var några problem att leva som vanligt och att det inte heller fanns några hinder för att utföra de aktiviteter som önskades.

Även om det blivit aktuellt att avboka någon typ av aktivitet eller resa ansågs inte det som något problem egentligen. Det beskrevs att det var lätt att anpassa sig när det väl var dags för operationen, men att det inte behövde vara något negativt. En av informanterna beskriver det med orden:

”...eftersom jag var pensionär så hade jag inte så mycket inplanerat så det störde mig inte...” (Intervju 6)

Det beskrevs att det inte var några problem med att avboka eventuella aktiviteter eftersom operationen var det viktigaste, varför det inte fanns några negativa aspekter kring detta.

Avstå från att planera aktiviteter

Under väntan på operationen var det svårt att planera. Det beskrevs även som jobbigt att inte ha någon tid att förhålla sig till, varför det var lättare att avstå från att planera in eventuella aktiviteter och resor överhuvudtaget. Detta exemplifieras av en man som väntat fem månader på operation:

”...man kan inte planera nånting...man vill inte tacka nej om man får en tid, det här är det viktigaste...” (Intervju 5)

För att inte riskera att missa en operationstid upphörde planering av olika aktiviteter i privatlivet. Det beskrevs som att det endast fanns utrymme för att gå och vänta, i och med det så gjordes inga planer med familj eller vänner.

Det beskrevs som att livet blev väldigt påverkat av att avstå från fysiska aktiviteter relaterat till rädsla för att aneurysmet skulle kunna spricka. Det beskrevs som att detta påverkade livskvaliteten eftersom det kändes som ett tvång för att hålla sig vid liv och därmed inte lika fysiskt aktiv som vanligt. Detta beskrevs av en man som upplevde sin väntetid som lång på grund av diverse undersökningar och remisser som skulle skickas till och från hemsjukhuset:

”...tyngre lyft...jag kunde ju inte lyfta TV-apparaten som jag skulle köra till tippen...och liknande sådana saker, jag vågade ju inte...inte spela golf...inte

åka skidor...och enduron...hade jag kört omkull så finns ju risk för inre blödningar, ganska betydande och då kan man ju dö av det...” (Intervju 10)

Inskränkning av aktivitetsnivån var något som beskrevs som väldigt jobbigt. Att inte kunna eller våga leva som vanligt kändes som en väldig begränsning.

Stöd och information under väntan

Den information som informanterna fick gällande den stundande operationen och kontaktuppgifter till någon som kunde svara på frågor ansågs som både tillfredsställande och bristfällig.

Nöjd med den information som givits

Det beskrevs som att informationen som givits inför operationen var av tillfredsställande kvalitet, oavsett vilken yrkeskategori informationen kommit från. Informanterna beskrev att de kände sig som en del av teamet och därmed var delaktiga. All information som erhöles var av god kvalitet och det fanns en tydlig struktur och de visste även var och till vem de skulle vända sig om det skulle uppkomma frågor. En informant som var väldigt nöjd under hela förloppet, från besked till hemgång efter operation beskrev informationen:

”...jag upplevde inget problematiskt...alltså att det var något problem på något sätt...det sättet som jag blev behandlad i alla avseenden, det var toppen...patienten är den viktigaste personen...” (Intervju 1)

Informationen som gavs ansågs vara av god kvalitet och det uppkom egentligen inga frågor under väntan. Att känna sig delaktig under planeringen ansågs vara en anledning till att informationen var tillfredsställande.

Bristfällig information

Den information som givits inför operationen beskrevs även som bristfällig. Både gällande operationsmetod och eventuella risker. Att inte få vara delaktig i den egna vården beskrevs som något väldigt negativt, speciellt i efterhand när det framkommit att information om de potentiella riskerna inte givits. En man som drabbades av allvarliga komplikationer postoperativt menade att stor del av informationen gällande risker hade utelämnats:

”...han sa att jag kunde bli förlamad...dom här nervskadorna har det aldrig varit nåt snack om...” (Intervju 3)

Att drabbas av komplikationer som det inte informerats om innan operationen blev väldigt jobbigt då det var något som inte tagits med i beräkningen när beslut togs om operation.

Att få snabb och korrekt information beskrevs som något mycket viktig. När olika undersökningar utförts borde resultat förmedlas på ett bättre sätt till alla berörda. De olika processerna, såsom utredning inför operation, olika röntgenundersökningar och eventuell korrespondens mellan olika vårdinstanser ansågs skapa en alldeles för lång väntan och att detta förfarande heller inte förmedlas till den som ska opereras. Att inte få snabb och korrekt information illustreras av en informant som var missnöjd med den givna informationen:

”...informationen till patienten måste komma mycket snabbare...eller alltså en ordentlig genomgång...” (Intervju 10)

Det beskrevs att tydlig information och att få känna sig delaktig var en viktig del i processen. Avsaknad av detta innebar en känsla av frustration och en ökad oro.

Svårt att få kontakt med rätt person

När beslut om operation tagits gavs ingen information om vem som skulle kontaktas vid eventuella frågor. Även om det inte fanns några specifika frågor som behövde besvaras så innebar det en ökad oro av att inte ha nödvändig information såsom telefonnummer och namn till någon sådan kontakt. När väntan bestod av mycket oro på grund av ovisshet och när det dessutom var svårt att få kontakt med rätt person beskrev en informant frustrationen:

”...jag försökte ringa hit hela tiden...men dom visste inte vilken dag dom skulle operera...det är jättesvårt att få tag på rätt person också...” (Intervju 5)

Efter att information om planerad operation och förväntad väntetid givits fanns det fortfarande en känsla av att något saknades. Det beskrevs som önskvärt att få någon typ av skriftlig information som innehöll både uppgifter om den planerade operationen och komplikationer som kan uppstå, men även kontaktuppgifter till någon som kunde ge svar på de frågor som fanns.

DISKUSSION

Studiens syfte var att beskriva patienters upplevelser av att vänta på en operation av aortaaneurysm eller aortadissektion samt utröna vad som krävs för att underlätta väntan för dessa patienter. Analysen resulterade i två kategorier, väntan - en tid med stora variationer och stöd och information under väntan samt sju subkategorier. Inom båda kategorierna beskrevs både positiva och negativa aspekter. Detta kunde exempelvis vara känslor av tillit till vården som innebar att ingen oro upplevdes, men också känslor av oro. Även påverkan på livet ansågs vara liten respektive stor där det till exempel upplevdes svårt att planera för aktiviteter och liknande. Detsamma gäller för den kategori som behandlar information och kontakt inför operation då den ansågs vara både tillfredsställande och otillräcklig.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen presenteras utifrån de två kategorier som identifierades under analysen av intervjutexterna.

Väntan - en tid med stora variationer

När det upplevdes finnas ett förtroende för sjukvården var väntan lättare och inte kopplat till varken oro eller lidande. Det gick att leva som vanligt utan begränsningar i det dagliga livet då tillit och tacksamhet för sjukvården var de känslor som var mest framträdande under väntan. Enligt Socialdepartementets Patientlag (SFS, 2014:821) ska behovet av trygghet och kontinuitet tillgodoses samtidigt som de insatser som ska utföras samordnas på det sätt som är mest gynnsamt för patienten. I Travelbee´s interaktionsteori beskrivs att sjuksköterskan har en viktig roll när det kommer till att identifiera kunskapsluckor och behov hos patienten för att kunna minska den oro och ångest som kan vara förknippat med väntan på operation (Travelbee, 1971). Således är det därför viktigt att möta den unika personen och individanpassa väntan för att hela vårdkedjan, från operationsanmälan till dess att operationen är utförd, ska bli så tillfredsställande som möjligt.

Det beskrevs att närståendes oro kunde öka oro och lidande hos den som väntade på en operation av aortaaneurysm och aortadissektion. Att inte kunna ge besked till anhöriga ansågs orsaka ett ökat lidande och en stegrande oro. Även närstående ska kunna ges möjlighet att

deltaga vid utformning av vården (SFS, 2014:821). Därför är det av stor vikt att anhöriga också får vara delaktiga om det är möjligt gällande exempelvis sekretess och patientens egen önskan och att deras åsikter, tillsammans med patientens, tas i beaktan.

Om väntan innebar känslor av lugn beskrevs det som att det var lätt att leva som vanligt, oavsett sysselsättning. Det ansågs inte heller vara ett problem att behöva avboka aktiviteter eftersom det var viktigt att få genomgå operationen. När det fanns ett förtroende för vården blev det lättare att inte låta sjukdomen påverka det dagliga livet. Som Travelbee (1971) beskriver så är den mellanmänniska relationen viktig för att skapa förutsättningar som bidrar till att den goda vården upprätthålls. Detta förstärks också genom att hälso- och sjukvården enligt lag är skyldig att utforma den tilltänkta vården i samråd med patienten (SFS, 2014:821).

Under väntan på operationen beskrevs det som att det fanns stora svårigheter med att planera. Informanterna gjorde inga planer för närmsta framtiden då de ansåg att det inte fanns utrymme för något annat än att vänta. De ville inte hamna i en situation där det skulle vara nödvändigt att boka av något relaterat till att de blivit erbjudna en operationstid. Carr, Teucher och Casson (2014) menar att väntetiden har en påverkan på identiteten eftersom patienter som väntar på en operation beskriver att de saknar mening i vardagslivet vilket i sin tur bidrar till att de skattar livskvaliteten lägre. Genom att få hjälp att kunna acceptera en sjukdom som medför begränsningar i livet kan den patient som är lidande få hjälp att hitta mening (Travelbee, 1971). Önskvärt vore att kunna erbjuda patienterna en operationstid redan när operationsbeslutet tas men det finns tyvärr inte alltid möjligheter till det. Om det från början skulle finnas en färdig strategi, gällande väntetid, ungefärligt operationsdatum och postoperativ planering, som faktiskt är möjlig att hålla fast vid skulle det minska lidande för patienter som väntar på en operation.

En känsla som beskrevs var rädsla för att aneurysmet skulle spricka. Även detta påverkade livskvaliteten eftersom informanterna menade att följden blev att de måste avstå från fysiska aktiviteter. Att ha ett aortaaneurysm anses bidra till en begränsning av livet i stort men även av den fysiska aktiviteten (Letterstål, Eldh, Olofsson & Forsberg, 2010; Pettersson & Bergbom, 2010; Pettersson, Hansson, Brodersen & Kumlien, 2017). Det optimala vore om patienterna skulle få klara direktiv om vad som, ur ett medicinskt perspektiv, inte riskerar hälsan när det gäller nivån av den fysiska aktiviteten. Det skulle kunna minska rädslan hos de patienter som har de känslorna.

Stöd och information under väntan

När informationen beskrevs vara av god kvalitet och det inte fanns några egentliga frågor rörande den planerade operationen infann sig känslor av delaktighet. Genom att tillåta patienter att vara delaktiga i utformandet av den egna vården tas det därmed hänsyn till de individuella förutsättningarna. I enlighet med Socialdepartementets Patientlag (SFS, 2014:821) måste patientens behov av trygghet tillgodoses och den information som levereras ska också vara av sådan karaktär att mottagaren förstår innehåll och betydelse. Detta innebär att det är mycket viktigt att vårdpersonal följer de lagar och riktlinjer som finns för att kunna skapa bra förutsättningar för patienten och i förlängningen kunna underlätta väntan. När kommunikationen mellan patient och vårdpersonal är tillfredsställande skapas förutsättningar för en god omvårdnad och därmed erhålls en mellanmänsklig relation (Travelbee, 1971). En god kommunikation som leder till att patienten har tagit till sig den information som givits, getts möjligheter att reda ut eventuella oklarheter samt att det finns en tydlig planering underlättar för patienter som väntar på en planerad operation.

De som upplevde att informationen var bristfällig menade att de inte fått möjlighet att delta i beslut och planering samt att information om eventuella risker hade utelämnats. Därmed upplevdes en känsla av att inte få vara delaktig och det bidrog till att känslor av frustration och oro uppstod. Nilsson, Hultgren och Letterstål (2017) beskriver att den oro som kan uppstå är ett hinder för att skapa förutsättningar för en god kommunikation. Information som givits var oftast baserat på ett standardförlopp och därför ansåg patienterna att det som rörde risker och komplikationer utelämnats. Enligt lag är hälso- och sjukvårdspersonal ålagda att leverera information gällande de risker och komplikationer som kan uppkomma i samband med en behandling eller ett ingrepp. Det är även lagstadgat att all information ska lämnas skriftligt om det är nödvändigt med avseende på mottagarens förutsättningar eller om denne ber om det (SFS, 2014:821). Travelbee (1971) menar också att kunskap är det första steget till att kunna acceptera verkligheten vilket är svårt om det inte finns tillräckligt med information om vad verkligheten faktiskt är. Som sjuksköterska är det därmed av största vikt att kunna möta en individs behov av information och stöd under väntan. Det finns lagar som tydligt styrker detta och om dessa inte efterföljs skapar det ett onödigt lidande för patienterna då det kan vara ett problem för de som väntar på en operation.

Vårdetiskt perspektiv

Informanterna beskrev att ovissheten inför en operation kunde vara jobbig. Att inte veta exakt när operationen skulle utföras och när väntetiden upplevdes som lång bidrog det till en stegrande oro och ett ökat lidande. De känslorna hade kunnat minskats om det funnits en tydligare planering. Hälso- och sjukvården har en skyldighet att informera om tidpunkt för vård eftersom patienten ska vara en central del i den egna vården (SFS, 2014:821). Väntan på operation upplevs som osäker eftersom det finns en brist på kontroll över den egna situationen (Carr, Teucher & Casson, 2017; Svensson, Nilsson & Svantesson, 2016). Sammanfattningsvis är det av stor vikt att patienten känner sig trygg och att det levereras en tydlig planering och tillförlitliga besked gällande den stundande operationen. Genom att det finns en öppen och levande dialog mellan patienten och sjukvården är det lättare att identifiera behov hos patienter som är oroliga för att kunna minska deras lidande. Travelbee (1971) menar att lidande är en känsla av missnöje och om denna känsla har fortgått under en längre tid uppstår känslor av hopplöshet och bitterhet. Som sjuksköterska är det då viktigt att kunna erbjuda ett individanpassat stöd och.

I enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017) ansvarar sjuksköterskan för att patienten får tillräcklig information som ska ligga till grund för den vård och behandling patienten samtycker till. Genom att rikta uppmärksamheten mot att tillgodose behov hos människor som är sjuka och därmed kan befinna sig i en utsatt situation kan det möjliggöra ett etiskt förhållningssätt. Med detta menas att sjuksköterskan ska verka för en jämlik vård för alla oavsett bakgrund (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vidare ska sjuksköterskan också verka för en etisk organisationskultur. Som specialistsjuksköterska i kirurgisk vård ska även kunskap finnas om hur omvårdnadsprocessen ska motiveras och organiseras med utgångspunkt från patientens berättelse och då ska även hänsyn tas till bland annat ålder och sociokulturell bakgrund (Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård, 2014). Sammanfattningsvis är det viktigt att sjuksköterskan har ett tillfredsställande informationsutbyte med patienten för att kunna tillgodose behovet av information men även för att få en uppfattning om patientens situation, värderingar och livsåskådning.

Samhällsperspektiv

När väntan till en operation anses vara förknippad med oro och planering av det dagliga livet får stå tillbaka till förmån för själva väntan i sig skulle det kunna bli svårt att till exempel sköta ett arbete. Det kan finnas risk för sjukskrivningar relaterat till bland annat ångest som, om köerna är långa, kan leda till en ökad kostnad för samhället. Tillsammans med samhället delar sjuksköterskan ansvar för att främja insatser som tillgodoser en bra hälsa samt kunna bedöma den egna och andras kompetens för att kunna tillgodose en säker vård (SSF, 2017). Därför är det viktigt att kunna erbjuda dessa patienter ett individuellt anpassat stöd med fokus på en god kommunikation och ett tillfredsställande informationsutbyte. Det vill säga att sjuksköterskan vet vilken typ av information patienten behöver och sedan leverera det på ett sådant sätt att patienten förstår och kan ta den till sig. Detta skulle även kunna reducera risken för att den preoperativa oron påverkar det postoperativa resultatet negativt och därmed minska kostnaderna.

Metoddiskussion

Studiedesignen valdes utifrån syftet, som var att beskriva upplevelser av ett specifikt fenomen. En deskriptiv design med induktiv ansats valdes därför. Det ger tillgång till upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2012). När informanter identifierades gjordes detta med hjälp av bekvämlighetsurval. Det innebär att de informanter som fanns tillfrågades för att kunna ge innehållsrika beskrivningar (Henricson & Billhult, 2017). Eftersom projektet hade en tidsbegränsning var detta nödvändigt. Samtliga informanter som intervjuades var män, vilket kan förklaras av att de flesta som genomgår denna typ av kirurgi till största delen är män. Om det inte funnits en tidsbegränsning hade det varit önskvärt att även inkludera kvinnor för att få ett bredare perspektiv. Det hade också inneburit att ett annat urval hade använts. Det erhöles dock ett brett spann gällande ålder och utbildningsnivå. Olika bakgrund och erfarenheter ökar möjligheterna att på ett tillförlitligt sätt beröra området som avses (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Enligt kliniska erfarenheter är väntetiden för operation i dagens läge lång och ett flertal av de patienter som väntar på operation för aortaaneurysm får vänta längre än planerat. Detta kan ha påverkat resultatet negativt då flertalet av dessa fått vänta längre än önskvärt, och därmed blev väntetiden längre än den som det informerats om. Det kan ha bidraget till negativa åsikter om

informationen och skapat mer oro hos dessa patienter vilket i sin tur har belysts mer i intervjuerna än vad det annars hade gjort om väntetiderna varit inom den tidsram de fått information om.

Förförståelsen har tagits i beaktan under arbetets gång. Det handlar således om den kunskap som inhämtats tidigare, både i yrkesrollen och som student. Även värderingar och erfarenheter från livet i stort bidrar till förförståelsen (Priebe & Landström, 2017). Författarna har arbetat inom den kärllirurgiska vården under ett flertal år vilket innebär att det finns en stor kunskap om patientkategorin och en förförståelse finns därmed om hur dessa patienter upplever sin sjukdom. Det har tagits i beaktan under hela processen vid intervjuer och analys. Att beakta förförståelsen innebär att en kritisk reflektion har pågått under hela arbetet. Det är viktigt för att inte påverka resultatet (Polit & Beck, 2012).

Författarna arbetar inom den kärllirurgiska verksamheten och den ena är operationskoordinator och har haft kontakt med de flesta patienterna som opereras på enheten. Därav valdes att den andra författaren skulle genomföra alla intervjuer för att sedan transkribera all intervjutext tillsammans. En av intervjuerna utfördes dock av den författaren med rollen som operationskoordinator relaterat till förhinder. Den valdes ändå att tas med i analysen eftersom båda utformat intervjuguiden tillsammans samt att den var innehållsrik och gav information som svarade på syftet. Datainsamlingen startade med en pilotintervju för att testa både intervjumetod och intervjuguide. Den inkluderas då svaren var av sådan karaktär att syftet besvarades. Intervjuer transkriberades sedan fortlöpande, oftast samma dag som den ägde rum. Samtliga intervjuer utfördes i enskilt rum med en informant och en intervjuare. Att ha en god atmosfär, såsom en ostörd plats utan för många distraktioner, som skapar förutsättningar för en innehållsrik intervju i förhållande till syftet är viktigt (Danielson, 2017a; Polit & Beck, 2012). Tiden för intervjuerna beräknades till mellan 20 och 30 minuter, men tog mellan sju och 35 minuter. De intervjuer som inte var så långa kan ha bidragit till att svaren inte var fullt så utförliga som varit önskvärt. Tänkbara anledningar kan ha varit att det inte alltid är bekvämt att prata och berätta någonting för en främmande person men det kan också ha berott på att någon intervjustudie inte utförts tidigare och därmed saknas erfarenhet av det. Resultatet hade kunnat bli ett annat om informanter intervjuats under tiden som de väntade på sin operation. Det mönster som kunnat urskiljas efter analys är att ju längre tid det hade gått sedan operationen desto mindre oro upplevde informanterna att de hade under väntetiden. Men att utföra intervjuerna under väntetiden hade inte varit möjligt. Detta för att nyttan alltid ska överväga riskerna och därmed är det viktigt att skydda informanterna från att ta skada

(Polit & Beck, 2012). Att intervjua en patient under väntan som därmed befinner sig i en beroendeställning gentemot sjukvården skulle kunna skapa mer oro, lidande och stress över att inte få opereras.

För att ett projekt eller en studie ska ha en god kvalitet krävs det vissa indikatorer, Mårtensson och Fridlund (2017) beskriver dessa utifrån Lincoln och Guba som använder sig av termerna trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Erfarenhet av arbete med denna patientkategori finns sedan flertal år vilket betyder att det finns en förförståelse. I enlighet med Lincoln och Guba beskriver Mårtensson och Fridlund (2017) att trovärdighet innebär att den kunskap som skapats är rimlig och att resultatet är giltigt genom att beskriva att det finns kännedom om forskningsmiljön. Antaganden och kunskap som redan finns, det vill säga förförståelse, kan också vara ett hinder (Friberg & Öhlén, 2017). Utan förförståelse är det dock svårt att identifiera en kunskapslucka inom ett specifikt område och därmed förändra eller förbättra något för patienterna. Lincoln och Guba (i Mårtensson & Fridlund, 2017) menar att pålitligheten speglas av den beskrivna förförståelsen samt hur tidigare erfarenheter påverkar insamling och analys av data. Som tidigare nämnts är förförståelsen något som måste tas i beaktan under arbetets gång, vilket anses ha varit ett framgångsrikt koncept för att kunna möta informanterna och ta emot berättelser på ett öppet sätt. Vidare beskriver Lincoln och Guba (i Mårtensson & Fridlund, 2017) att analysprocessen måste beskrivas på ett tydligt sätt samt verifiera samtliga ställningstaganden för att öka bekräftelsebarheten. Alla steg i analysprocessen har beskrivits samt tydliggjorts med hjälp av tabeller och i löpande text. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) menar Lincoln och Guba att det krävs ett tydligt beskrivet resultat samt att trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet är uppnått för att ett arbetes resultat är överförbart till andra grupper eller kontexter. Det anses att resultatet går att överföra till patienter som väntar på annan typ av kirurgi. Detta eftersom resultatet visar att det som fallerar är kvalitet och leverans av information för att kunna få en så bra väntan som möjligt. Det är dock troligt att det behövs ett större antal informanter för att kunna dra slutsatser gällande hur dessa patienter upplever situationen och väntan.

Slutsats

Det finns ett behov av att kunna säkerställa att patienter som väntar på en operation av aortaaneurysm eller aortadissektion får en korrekt information med individuell utformning så att de kan känna sig så trygga som möjligt under väntan. Det är även viktigt att ta tillvara på positiva aspekter för att kunna arbeta vidare i den andan och ge patienterna en god

omvårdnad. Det är dessutom lagstadgat att patienten ska vara delaktig och få anpassad information. Genom att utveckla en organisationskultur som tillåter ett individuellt anpassat stöd där all vårdpersonal har ett ansvar kan det förbättra välmåendet hos dessa patienter.

REFERENSER

- Arman, M. (2017). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2:1. uppl., s. 213-224). Lund: Studentlitteratur.
- Berterö, C., Carlsson, P. & Lundgren, F. (2010). Screening for abdominal aortic anerysm, a one-year follow up: An interview study. *Journal of Vascular Nursing*, 2010(28), 97-101. doi: 10.1016/j.jvn.2010.04.001
- Brännström, M., Björck, M., Strandberg, G. & Wanhainen, A. (2009). Patients´ experiences of being informed about having an abdominal aortic aneurysm – A follow-up case study five years after screening. *Journal of Vascular Nursing*, 2009(27), 70-74. doi: 10.1016/j.jvn.2009.04.001
- Carr, T., Teucher, U. & Casson, A.G. (2014). Time While Waiting: Patients´ Experiences of Scheduled Surgery. *Qualitative Health Research*, 24(12), 1673-1685. doi: 10.1177/1049732314549022
- Carr, T., Teucher, U. & Casson, A.G. (2017). Waiting for scheduled surgery: A complex patient experience. *Journal of Health Psychology*, 22(3), 290-301. doi: 10.1177/1359105315603464
- Codex (2018). *Informerat samtycke*. Hämtad 22 januari, 2019, från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1. uppl., s. 143-154). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1. uppl., s. 285-299). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. & Öhlén, J. (2017). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1. uppl., s. 301-323). Lund: Studentlitteratur.

- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1. uppl., s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Hjärt- lungfonden, Stockholm. (2017). *Aortasjukdomar – en skrift om aortaaneurysm och aortadissektion*. Stockholm: Hjärt- lungfonden.
- Holmström, I. K., Bohlin, S., Wanhainen, A., Björck, M. & Fröjd, C. (2019). Swedish men and smoking: Views on screening-detected abdominal aortic aneurysm. *Nursing & Health Sciences*, 2019(21), 119-125. doi: 10.1111/nhs.12570
- 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, 3112-3122. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03428.x
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2., [rev.] uppl., s. 187-207). Lund: Studentlitteratur.
- Malina, M., Nilsson, M., Brunkwall, J., Ivancev, K., Resch, T. & Lindblad, B. (2000). Quality of Life Before and After Endovascular and Open Repair of Asymptomatic AAAs: A Prospective Study. *Journal of Endovascular Therapy*, 2000(7), 372-379. doi:10.1177/152660280000700504
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1. uppl., s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård. (2014). *Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot kirurgisk vård*.
- Nilsson, O., Hultgren, R. & Letterstål, A. (2017). Perceived learning needs of patients with abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Nursing*, 2017(35), 4-11. doi: 10.1016/j.jvn.2016.08.003

Pettersson, M. & Bergbom, I. (2010). The drama of being diagnosed with an aortic aneurysm and undergoing surgery for two different procedures: Open repair and endovascular techniques. *Journal of Vascular Nursing*, 2010(28), 2-10. doi: 10.1016/j.jvn.2009.10.001

Pettersson, M., Hansson, A., Brodersen, J. & Kumlien, C. (2017). Experiences of the screening process and the diagnosis abdominal aortic aneurysm among 65-year-old men from invitation to a 1-year surveillance. *Journal of Vascular Nursing*, 2017(35), 70-77. doi: 10.1016/j.jvn.2016.11.003

Polit, D.F & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, L. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:1. uppl., s. 26-42). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-82

Sharman, M.J., Venn, A.J., Jose, K.A., Williams, D., Hensher, M., Palmer, A.J.,... Ezzy, D. (2017). The support needs of patients waiting for publicly founded bariatric surgery – Implications for health service planners. *Clinical Obesity*, 7, 46-53. doi: 10.1111/cob.12169

Socialstyrelsen, Stockholm. (2016). *Screening för bukaortaaneurysm: Rekommendation och bedömningsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2017). *Statistikdatabas för operationer i slutenvård*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensson, M., Nilsson, U. & Svantesson, M. (2016). Patients' experience of mood while waiting for day surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2600-2608. doi: 10.1111/jocn.13304

Trafford Crump, R., Liu, G., Chase, M. & Sutherland, J.M. (2016). Patient-reported outcomes and surgical triage: A gap in patient-centred care. *Qualitative Life Research*, 2016(25), 2845-2851. doi: 10.1007/s11136-016-1301-y

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Wanhainen, A. (2016). Aneurysm. I Jeppsson, B., Ljungqvist, O., Naredi, P. & Sund, M. (Red.), *Kirurgi* (4:1. uppl., s. 608-616). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1. INTERVJUGUIDE



UPPSALA
UNIVERSITET

Kod:

Intervjuguide

Du har väntat på en operation av stora kroppspulsådern och är nu opererad, jag önskar få ställa några frågor till dig om hur du upplevde väntan inför denna operation.

Inledning

Kön: Man Kvinna

Ålder:

Utbildningsnivå: Grundskola Gymnasium Högskola/Universitet eller högre

Social status: Ensamboende Sammanboende

Sysselsättning: Pensionär Arbetar

Upptäcktes ditt bråck via aortascreening eller hittades det på något annat sätt?

Med vilken metod är du opererad?

Intervjufrågor

- Skulle du kunna berätta för mig hur det var att vänta på din operation?
 - Har du varit orolig under din väntan? *Andra tankar eller känslor?*
 - Hur länge fick du vänta på din operation? *Längre eller kortare än planerat?*
 - Har det påverkat ditt privatliv att vänta? *Utveckla beskriv mer.*
 - Har du haft kontakt med vården under din väntan? *I sådant fall vilka och vid hur många tillfällen?*
 - Visste du vart du skulle vända dig om du hade frågor under din väntan?
 - Var det något du saknade under din väntan? *Utveckla, hur menar du?*
- Gå igenom svaren och sammanfatta intervjun kort tillsammans med deltagaren.
- Är det något mer du funderat på som du skulle vilja berätta för mig?

Tack för ditt deltagande!

BILAGA 2. INFORMATIONSBREV TILL INFORMANTER



UPPSALA
UNIVERSITET

Du tillfrågas härmed om Du vill delta i en intervjustudie angående patienters upplevelser av att vänta på en operation av bråck på stora kroppspulsådern.

När man som patient väntar på en operation bör man känna sig trygg och välinformerad. Syftet med denna studie är att undersöka patienters upplevelser av att vänta på en planerad operation. Intervjuerna ska sedan resultera i en uppsats vid Uppsala universitet.

Om Du samtycker till att delta kommer en intervju äga rum med en sjuksköterska under specialistutbildning. Intervjun kommer att äga rum i anslutning till ett återbesök på kärlmottagningen och planeras ta cirka 30 minuter i anspråk.

Intervjun kommer att spelas in. All data kommer hanteras på ett sådant sätt att ingen obehörig kommer kunna ta del av informationen och svaren kommer inte kunna härledas till en enskild individ.

Om Du väljer att delta i detta projekt bidrar Du till en ökad förståelse för hur det upplevs att vänta på en planerad operation samt hur väntetiden skulle kunna förbättras. Deltagandet är helt frivilligt och Du kan närsomhelst välja att avbryta Ditt deltagande utan att det påverkar Din fortsatta vård, behandling och/eller uppföljning.

Vid frågor är Du välkommen att kontakta oss.

Tack på förhand,
Maria Andréasson & Susanna Lindström

Ansvariga för studien

Maria Andréasson
Specialistsjuksköterskestudent
inom kirurgisk vård
maria.andreasson.1700@student.uu.se

Handledare

Katarina Edfeldt
Universitetslektor, Filosofie doktor
katarina.edfeldt@surgsci.uu.se

Susanna Lindström
Specialistsjuksköterskestudent
inom kirurgisk vård
susanna.lindstrom.8152@student.uu.se

BILAGA 3. SAMTYCKESBLANKETT



UPPSALA
UNIVERSITET

Samtyckesblankett

Härmed lämnas samtycke till att delta i en intervjustudie som har till syfte att undersöka patienters upplevelser av att vänta på en operation för bråck på stora kroppspulsådern.

Jag har erhållit skriftlig information angående studien. Jag kan avbryta med deltagande utan förklaring och det kommer inte påverka Min fortsatta vård/ behandling/ uppföljning kommer inte påverkas av det.

Datum: _____

Personnummer: _____

Namnunderskrift: _____

Namnförtydligande: _____