

**PATIENTERS UPPLEVELSER AV ATT VÄNTA PÅ EN AKUT
NEUROKIRURGISK OPERATION**

En kvalitativ intervjustudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2017-05-23

Kurs: Ht14

Författare:
Annika Hammarbäck

Handledare:
Jörgen Medin

Examinator:
Pernilla Hillerås

SAMMANFATTNING

Neurokirurgisk vård i Sverige är begränsad till sex olika kliniker. Klinikerna utför planerade och akuta operationer. Beroende på tillgängliga resurser kan ibland akuta operationer dröja. Fördröjning av operationer ställer krav på sjuksköterskans kunskaper om att bemöta, informera och kommunicera med den väntande patienten. Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av att vänta på en akut neurokirurgisk operation. En kvalitativ metod med induktiv ansats valdes och som datainsamlingsmetod genomfördes semistrukturerade intervjuer. Sex patienter deltog i individuella intervjuer som ägde rum mellan februari och maj år 2016 på en neurokirurgisk klinik i Sverige. Materialet analyserades med hjälp av en manifest innehållsanalys. Resultatet visade att den information patienterna fick från personalen under sin väntetid var i vissa delar otillräcklig och detta skapade en ovisshet som ledde till känslor av oro. Några patienter kände sig utsatta i sin situation vilket skapade starka känslor av ensamhet, besvikenhet och ilska. Patienterna fick fasta en längre tid vilket skapade ytterligare negativa känslor under väntan. Trots oro och ilska uttryckte patienterna en acceptans av sin situation, eftersom de hade en förståelse för varför de fick vänta. Patienterna upplevde även att personalen var hjälpsam, kunnig och positiv vilket skapade en trygghet för patienterna. Slutsatsen visar på vikten av information och tydlig kommunikation mellan patient och personal för att öka patientens trygghet och välbefinnande i en utsatt situation.

Nyckelord: neurokirurgisk vård, väntan, patientupplevelse, kommunikation, intervjustudie

ABSTRACT

In Sweden, neurosurgical patients are treated at six different clinics around the country. The neurosurgical clinics perform both scheduled and acute surgical procedures. At times, acute surgical procedures can be delayed and patients are forced to wait. This requires knowledge for the nurse who cares for these patients on how to treat, inform and communicate with the waiting patient. The aim of the study was to describe patients' experiences of waiting for an acute neurosurgical procedure. A qualitative method with an inductive reasoning was selected. Semi-structured interviews were chosen as an approach for data collection. Six patients participated in individual interviews performed during the months of February through May 2016 at a neurosurgical clinic in Sweden. The collected data was analyzed with a manifest content analysis. The result of the study shows that the patients lacked information about their situation during the time they waited for surgery, which led to feelings of uncertainty and anxiety. Some patients felt exposed, leading to strong emotions such as loneliness, disappointment and anger. The long preoperative fast enhanced the negative feelings. Although the patients expressed feelings of anxiety and anger, they seemed to accept their situation as they understood the reasons for the long wait. They experienced the health professionals as helpful, proficient and with a positive attitude, which gained the patients trust. The conclusion of the study is the importance of patient information and communication between patient and health professionals to create a trusting relationship and well-being for patients in an exposed situation.

Keywords: neurosurgery, nursing, waiting, patient experience, communication, interview study

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Neurokirurgisk vård	1
Preoperativ neurokirurgisk omvårdnad	2
Tid i vården	2
Väntan i den icke akuta vården	3
Väntan i akutsjukvården	4
Joyce Travelbees omvårdnadsteori	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Design	6
Urval	6
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska övervägande	10
RESULTAT	10
Utsatthet	11
Acceptans	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	21
Slutsats	24
Klinisk tillämpbarhet	24
REFERENSER	25

Bilaga 1 - Forskningspersonsinformation

Bilaga 2 - Intervjuguide

INLEDNING

Inom akutsjukvården kan långa väntetider förekomma. Ofta förknippas omhändertagandet på akutmottagningar med en väntan, men även inom övrig akutsjukvård kan väntetider bli aktuella. På landets neurokirurgiska kliniker kan patienter som behöver akut vård få vänta på grund av olika faktorer. Forskning och kunskap kring dessa patienters upplevelser är begränsad vilket kan försvåra omvårdnaden och framtida utveckling och förbättring av vården.

BAKGRUND

Neurokirurgisk vård

Sveriges sex neurokirurgiska kliniker har stora upptagningsområden. Klinikerna finns i Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping, Göteborg och Lund. De neurokirurgiska klinikerna opererar och vårdar patienter med hjärntumörer, aneurysm och andra kärlsjukdomar i hjärnan, spinala sjukdomar, samt patienter med trauma mot huvud och rygg (Blommengren & Ohlgren, 2007). Neurokirurgi är en förhållandevis liten kirurgisk specialitet. Under år 2014 utfördes i hela Sverige 26 423 operationer i nervsystemet (neurokirurgi), medan motsvarande siffra för operationer i rörelseapparaten (ortopedi) samma år var 159 188 operationer (Socialstyrelsen, 2016).

Kirurgi kan vara akut eller planerad. Den akuta kirurgen behöver utföras omedelbart, medan den planerade kan dröja, ibland i månader. Inte sällan kan även akuta operationer dröja, då det kan vara kö till akutoperation. Kirurger och anestesiloger behöver då prioritera bland de akuta patienterna enligt ”sjukast först” (Järhult & Offenbartl, 2013). Till akut neurokirurgi hör tillstånd som beror på en nyttillkommen skada eller tillstånd, men typ av skada och patientens symtom avgör hur länge patienten kan få behöva vänta på kirurgi. Patientens insjuknande, kliniska tillstånd och diagnos avgör hur snabbt ett neurokirurgiskt ingrepp behöver genomföras. Vid till exempel en epidural blödning (mellan skallbenet och duran) är tiden mellan skadan och en operation för att utrymma blödningen direkt avgörande för överlevnaden. Blödningen utgår från en artär och kan snabbt bli så expansiv att patienten riskerar att få ett förhöjt intrakraniellt tryck, sänkt medvetande och så småningom riskera hjärnstamsinklämning. För patienten däremot ett kroniskt subduralhematom (en blödning mellan duran och araknoidean) är blödningen venös och insjuknandet är ofta långsamt och succesivt under ett förlopp av allt från dagar till veckor och månader. Patienten uppvisar symtom så som sakta tillkommande huvudvärk, fokala neurologiska bortfall eller gradvis tilltagande förvirring. Lämnas de två olika blödningarna utan kirurgisk åtgärd kommer de båda få förvärrade symtom, skillnaden är hur snabbt dessa symtom utvecklas. En patient med en epidural blödning kan behöva transporteras direkt från datortomografiundersökningen där blödningen har diagnostiserats till operationsbordet, medan en patient med ett kroniskt subduralhematom inte kräver lika akuta åtgärder (Hårdemark, Persson & Enblad, 2006).

Omvårdnaden på en neurokirurgisk klinik ställer höga krav på sjuksköterskans kompetens och kunskapsbredd. Omvårdnaden kan sträcka sig från information och stödjande samtal till livräddande insatser i snabbt skiftande situationer. Patientgruppen är varierande och innefattar patienter med lindrigare diagnoser som kräver mindre ingrepp, till blödningar med livshotande tillstånd och maligna tumördiagnoser där operation endast är i symtomlindrande syfte (Mellergård, Mathiesen & Linderöth, 1998).

Preoperativ neurokirurgisk omvårdnad

Neurokirurgiska operationer, liksom andra kirurgier, kräver preoperativa förberedelser. Patienter som ska göra planerade operationer skrivs in dagen innan, eller ett antal dagar före ingreppet. Vid inskrivning träffar patienten läkare och sjuksköterska och bedöms av anestesilog. Blodprover och EKG hör till de vanligaste undersökningarna som utförs vid en inskrivning. Sjuksköterskan ansvarar för att patienten får information om förberedelserna (Järhult & Offenbartl, 2013). Vid akuta operationer finns det kortare tid att utföra de preoperativa undersökningarna och samtalen. Det ställer krav på ansvarig sjuksköterska att förbereda patienten under kort tid och säkerställa att nödvändiga undersökningar är utförda och att information har gått fram till patient och närstående. Sjuksköterskan ansvarar även för att ge kontinuerlig information under vårdtiden (Holm & Hansen, 2000).

I mötet med patienter som ska opereras är det viktigt att sjuksköterskan anpassar informationen och sitt bemötande utifrån patientens enskilda förutsättningar. Operationsförberedelser, undersökningar och kirurgiska ingrepp kan vara rutinmässiga för vårdpersonal, men patientens sätt att uppleva och hantera stress och oro inför dessa varierar baserat på tidigare erfarenheter, upplevelser och känslor. Att vara inlagd på sjukhus, bli sövd och opereras kan även innebära en förlust av kontroll över sin situation för patienten som sjuksköterskan behöver vara medveten om och beredd på att bemöta. Sjuksköterskan bör ge patienten utrymme att prata om det som oroar genom att skapa förtroende och vara tillgänglig och lyhörd för det patienten vill berätta. Motstridig information kan oroa patienten om det skapar en förvirring och otrygg känsla av kommunikationsflödet vårdpersonal sinsemellan. Det är viktigt att genom kommunikation, dokumentation och rutiner arbeta för att minska risken för detta. En patient som känner sig välinformerad, trygg och omhändertagen känner sig lugnare inför operation och ger patienten en känsla av kontroll över sin situation vilket minskar stressen och oron preoperativt (Berntzen et al., 2011).

Inför kirurgi bör patienten fasta och avstå från mat och dryck i minst sex timmar för att minska risken för aspiration i samband med anestesi. Vid planerad kirurgi startar ofta fastan från midnatt natten innan operation. För en patient som väntar på en akut operation kan fastan bli lång eftersom tidpunkten för operationen kan vara svår att förutse (Järhult & Offenbartl, 2013).

Tid i vården

Tid kan i vårdvetenskapliga begrepp delas in i betydelsedimensionerna *tid som tidpunkt*, *tid som tidsrymd*, *tid som frist* och *tid som möjlighet*. Till *tid som tidpunkt* kan planerade händelser på klockslag räknas, så som bestämda operationstider och planerade omvårdnadsåtgärder. *Tid som tidsrymd* kan uppfattas på ett sätt av vårdare och på ett sätt av patienten. Tiden tilldelas sekvenser, som periodiska tidsintervall mellan regelbundna vårdinsatser. *Tid som frist* innebär en paus, ett uppskov, från vården vilket kan vara vårdande i sig. Patienten tillåts stanna upp och kan frigöras från de tidskrav vården kan innebära. Genom *tid som möjlighet* ges patienten utrymme att se nuet och blicka mot det framtida (Nurminen, 2012).

Människan finns i en vågrät tidslinje som när den går samman med vårdens tempo rubbas människans rytm och rörelse. Vårdpersonal och patienter kan se tiden olika, vilket kan yttra sig i att patienten från sitt håll känner sig bunden kring vårdens rutiner med bestämda klockslag, och personalens å sin sida är oförstående till patientens ovilja att rätta sig efter dessa. Att bli och vara patient rubbar människans tillvaro och tid. Den vardagliga existensen ändras. Patientens och vårdpersonalens uppfattning av tid kan skilja sig åt. Patientens tid börjar mycket tidigare, medan vårdpersonal fokuserar på det som är nu. Patientens tidsrymd är större än vårdpersonalen, och i relationen kan det leda till att patienten inte vågar störa i vårdpersonalens begränsade tidsrymd (Nurminen, 2012).

Väntan i den icke akuta vården

Väntan inom den icke akuta vården kan innebära en väntan på en planerad operation. Flera studier har med olika metoder undersökt patienters upplevelse av att vänta olika länge på en planerad operation (Calman, Smithers & Rowan, 2013; Fitzsimons, Parahoo, Richardson & Stringer, 2003; Eskander et al., 2013; Koivula, Tarkka, Tarkka, Laippala & Paunonen-Ilmonen, 2002).

Att få vänta på en planerad operation kan resultera i oroskänslor. Fitzsimons et al. (2003) intervjuade patienter som väntade hemma på en kranskärlsoperation (CABG). Kärlekskramp och bröstsmärta oroade patienterna att en hjärtinfarkt var nära förestående och att den långa väntan på operation skulle göra att de inte skulle överleva. Den största källan till oro var dock ovissheten över hur lång väntan på ett operationsdatum skulle bli. Väntan begränsade patienternas liv i den mån att de inte vågade röra sig hemifrån eller vara otillgängliga med risk att de skulle missa telefonsamtalet med kallelsen till operation. Intervjuerna genomfördes tre gånger under patientens väntetid; första gången när de hamnade på väntelistan, och sex och tolv månader efter detta. Oron över att ha blivit bortglömd genomsyrade alla intervjuer, men utmärkte sig speciellt vid det sista intervjutillfället.

I en enkätstudie utförd i Finland fick patienter som väntade på en kranskärlsoperation (CABG) skatta sin nivå av rädsla och oro vid tre tillfällen; när de väntade hemma, vid inskrivning och efter operationen. Resultatet visade att patienterna hade som högst nivå av rädsla och oro tiden de väntade i hemmet, medan den drastiskt sjönk i samband med inskrivning för operation. Det förvånade forskarna då de förutsatte att en inläggning på sjukhus och den nära förestående operationen skulle öka rädslan. Forskarna tolkade detta som att patienterna såg sjukhusmiljön som trygg och att hjälp fanns nära till hands, till skillnad från i hemmet. Forskarna diskuterade om effekten av att patienterna fick fylla i enkäten vid inskrivning på kvällen efter att de fått information av sjuksköterskor, kirurger, anestesiologer och fysioterapeuter, kan ha lett till att patienterna kände sig lugna och mindre rädda (Koivula et al., 2002).

Patienter som väntade på att bli opererade för tyreoidacancer fick i en studie skatta sina nivåer av stress och oro (Eskander et al., 2013). Resultatet visade att patienterna på väntelistan hade en viss ökad nivå av stress och oro. Denna nivå ökade inte oavsett hur länge de fick vänta på sin operation. Däremot såg forskarna en signifikant minskning av nivåerna efter operation, vilket tyder på att kortare väntetider på operation skulle förkorta tiden då patienterna får leva med en ökad nivå av stress och oro.

I väntan på ryggoperation fick unga patienter med skolios skatta sin livskvalitet (Calman et al., 2013). Resultatet visade att ju längre väntetiden på operation var, desto lägre skattade patienterna sin fysiska och mentala hälsa, självkänsla och välbefinnande.

Väntan i akutsjukvården

Enligt Socialstyrelsen definieras akutsjukvård som vård av plötsligt inträdande, hastigt förloppande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Det akuta omhändertagandet innebär omedelbar behandling i öppenvården eller inskrivning i slutenvård. Akuta åtgärder bör inte dröja mer än ett par timmar, upp till ett dygn (Socialstyrelsen, 2014).

Inom akutsjukvården är väntan på akutmottagningar vanligt förekommande. Enligt Socialstyrelsens årliga uppföljning av väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar i Sverige, har den totala vistelsetiden för patienten på akuten ökat de fem senaste åren. Hälften av alla besök på akutmottagningarna, cirka 1,25 miljoner, har en vistelsetid på mer än tre timmar. Längst får patienter över 80 år vänta (Socialstyrelsen, 2015). Flera svenska studier har undersökt hur patienter upplever vården och väntetider på akutmottagningar (Dahlen, Westin & Adolfsson, 2012; Larsson Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad & Wimo, 2004; Möller, Fridlund & Göransson, 2010; Nyström, Nydén & Peterson, 2003).

Väntetider på akutmottagningar kan bero på organisatoriska faktorer. En kombinerad intervju- och observationsstudie visade att de äldre patienternas väntan på akutmottagningen oftast berodde på väntan på provsvar och läkarsamtal. Väntetiderna kunde förlängas av att de undersökande läkarna behövde rådfråga mer erfarna kollegor eller andra specialister. Signifikant i studien var att väntetiden berodde på väntan på läkare. Forskarna observerade även att vårdpersonalen hade svårt att veta vad de skulle säga till patienterna angående detta (Larsson Kihlgren et al., 2004).

Känslor som hjälplöshet, förlorad integritet och osäkerhet präglade väntetiden för patienterna i en annan studie. Detta förstärktes av att personalen sällan tittade till dem eller erbjöd smärtlindring, toabesök eller mat och dryck. Att få vänta på en akutmottagning kan innebära att lågt prioriterade patienter känner att de inte blir tagna på allvar och att deras symtom negligeras (Dahlen et al., 2012).

Nyström et al. (2003) beskriver att patienter på en akutmottagning ofta känner att de är påverkade av den förlust av kontroll över sin egen situation som ett akut insjuknande innebär. Att vårdas på en akutmottagning innebär att de upplever att de är i beroendeställning till sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna lägger å andra sidan ofta fokus på medicinska åtgärder och teknisk kunskap, och den psykosociala omvårdnaden riskerar att tappa fokus. Väntetiden för patienterna i denna studie berodde ofta på en väntan på att läkare skulle utföra arbetsuppgifter så som undersökningar och receptskrivning. För de patienter som får vänta länge på akutmottagningen var det svårt att förstå varför sjuksköterskorna lämnade dem ensamma istället för att samtala med dem och de upplevde att sjuksköterskorna agerade enbart som läkarens assistenter.

Bristen på information kan leda till att patienten känner sig frustrerad och bortglömd (Dahlen et al., 2012; Larsson Kihlgren et al., 2004; Möller et al., 2010). För patienter som upplevde att de inte fått tillräckligt med information om hur länge de skulle behöva vänta, kändes väntetiden som svår. Patienter som fått information om sin prioriteringsordning på akutmottagningen upplevde väntan som rimlig och mottog både negativa och positiva förändringar med ro (Möller et al., 2010). Patienter med en låg prioritering på akutmottagningen tycks hantera sin situation bättre om de erhåller tillräcklig information om väntetiden (Dahlen et al., 2012). Messina et al. (2015) visade i sin studie om faktorer som påverkar patientnöjdheten på en akutmottagning att det var två faktorer som påverkade mer än andra. Till det som påverkade mest positivt hörde att få kontinuerlig information från vårdpersonalen om väntetider och förseningar, medan det som hade störst negativ påverkan var själva väntan på undersökningar.

I studien om äldre på akutmottagningar observerades det att de äldre patienterna kunde bli lämnade ensamma i timtals på hårda britsar. Patienterna uttryckte att de kände sig övergivna och utelämnade, och undrade om de någonsin skulle bli uppmärksammade av vårdpersonalen. Det ledde till en känsla av misstro, framför allt bland patienter med begränsad erfarenhet av att vårdas på sjukhus (Larsson Kihlgren et al., 2004).

Nyström et al. (2003) beskriver att icke-brådskande patienter på en akutmottagning ofta upplevde att de hade svårt att fånga sjuksköterskornas uppmärksamhet. Patienterna uttryckte förståelse för arbetsbördan och personalsituationen på akutmottagningen men kände att de blev bortglömda och lämnade ensamma. Patienterna lade dock inte skulden på sjuksköterskorna, utan på högre instanser så som sjukhusledning och politiker. Patienterna i Dahls et al. (2012) studie upplevde att bristen på personal skapade ett dilemma då de kände att de valde mellan att sympatisera med den stressade personalen eller oroa sig för att sin hälsa inte blev tillgodosedd.

I en australiensisk studie tillfrågades föräldrar och vårdnadshavare till barn på en akutmottagning om bland annat upplevelsen av väntetiderna. Resultatet visade att väntetiderna i sig inte hade någon större negativ påverkan på upplevelsen på akutmottagningen. Däremot tycktes de som hade prioriterats som mindre akuta fall ha en något mer negativ upplevelse än de som prioriterats som akuta eller icke akuta, trots att de ofta väntat lika länge som de icke akuta. Forskarna tolkade detta som att de mindre akuta fallen bör få tydligare information om förväntad väntetid för att kunna ge dem en rimlig uppfattning om väntan på akutmottagningen (Fitzpatrick et al., 2014).

Joyce Travelbees omvårdnadsteori

Joyce Travelbees omvårdnadsteori formulerad i *Interpersonal Aspects of Nursing* (1971) bygger på en människosyn där varje person är en unik individ. Det har aldrig, och kommer aldrig, att finnas någon likadan individ. Varje individ har sin egen subjektiva upplevelse av hälsa, vilket inte nödvändigtvis betyder en frånvaro av sjukdom.

Travelbee menar att lidandet är en del av livet. Alla individer upplever lidande men varje persons upplevelse är unik och varje person söker sin egen mening med lidandet. Syftet med omvårdnad är att hjälpa patienten att hantera, bära och finna en mening med lidandet. För att möjliggöra detta måste sjuksköterskan se patienten som den människa och individ hon är och inte generalisera utifrån patientens sjukdomsdiagnos.

Processen att etablera en mellanmänsklig relation beskrivs av Travelbee (1971) i olika steg. Det initiala steget sker i det första mötet med patienten då både patient och sjuksköterska har sina egna förutfattade meningar om varandra utifrån de roller de har. Genom att sjuksköterskan kan "se" patienten för den individ som hon är växer bådas *identiteter* i relationen fram. Efter detta kan sjuksköterskan känna *empati* för individen i den situation hon befinner sig i. Empatin behöver inte var konstant utan kan lysa igenom i faser av relationen. Nästa fas, *sympati*, utvecklas genom att empatin övergår till en önskan att samarbeta och hjälpa. Den sista fasen, ömsesidig *förståelse*, är ett resultat av de tidigare faserna av etablerandet av en mellanmänsklig relation. Sjuksköterskan har genom sin verbala och icke-verbala kommunikation och handlingar visat att hen är en person som patienten kan lita på.

Sjuksköterskans viktigaste verktyg för att skapa en mellanmänsklig relation med individen är kommunikation. Genom kommunikation kan sjuksköterskan lära känna individens behov och kunna särskilja dem från sina egna och se till att de omvårdnadsåtgärder som utförs uppfyller individens behov och inte sina egna (Travelbee, 1971).

Problemformulering

Inom vården kan patienter ibland bli väntande länge på akuta operationer. Forskning visar att patienter som får vänta på akutmottagningar känner sig maktlösa och bortglömda och patienter som väntar på en planerad operation upplever stress och oro. Inom neurokirurgin är resurserna för att operera akut ibland begränsade, vilket leder till att vården tvingas prioritera och operera ”sjukast först”. Kunskapen om hur patienter upplever den oväntade väntan är begränsad. Sjuksköterskor inom den akuta sjukvården möter dessa patienter och ansvarar för omvårdnaden av den väntande patienten. En ökad förståelse för hur patienter som väntar på en neurokirurgisk operation upplever sin situation möjliggör förbättring och utveckling av omvårdnaden inom neurokirurgi.

SYFTE

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att vänta på en akut neurokirurgisk operation.

METOD

Ansats

Studien genomfördes med en induktiv ansats. Genom att studera och observera enskilda fall drar forskaren generella slutsatser om större grupper (Polit & Beck, 2012). Forskaren söker en överförbar sannolik slutsats, som dock inte behöver vara bindande. Det innebär att de observerade fallen ter sig på ett generellt sätt, medan framtida fall kan frångå detta då förutsättningarna kan vara olika (Fejes & Thornberg, 2015).

Design

Eftersom syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av väntan valdes en kvalitativ deskriptiv forskningsdesign. Genom en kvalitativ design kan forskaren få tillträde till människans upplevelser och erfarenheter (Polit & Beck, 2012). Som datainsamlingsmetod valdes individuella semistrukturerade intervjuer.

Urval

Val av informanter utgick från studiens syfte att beskriva upplevelsen av att vänta på en akut neurokirurgisk operation. Urvalet i en kvalitativ studie syftar till att studera det upplevda fenomenet och inte nödvändigtvis att generalisera resultatet till en population (Patton, 2002). Urvalet kan vara strategiskt för att hitta de informanter som forskaren tror kan bidra med att beskriva det fenomen som studien innefattar (Polit & Beck, 2012). Patienter valdes därför strategiskt ut som skulle kunna tänkas bli bra informanter för att svara på studiens syfte samt villiga att tala om sina upplevelser med författaren.

För att delta i studien skulle patienterna blivit inskrivna på den neurokirurgiska kliniken där studien genomfördes för att opereras akut, men inte blivit opererade i direkt anslutning till inskrivningen på grund av faktorer som patienten inte kunde påverka. Patienterna skulle ha väntat mer än sex timmar från inskrivning till operation för att kunna utesluta att väntan inte endast bestod av en minsta tid för preoperativ fasta (Järhult & Offenbartl, 2013). För att tillfrågas om deltagande i studien skulle patienterna ha genomgått operationen de skrivits in för och vara medicinskt färdigbehandlade på kliniken.

Inklusionskriterier för att delta i studien var att patienten skulle kunna förstå och göra sig förstådd på svenska för att möjliggöra en datainsamling och analys utan tolk eller översättning. Patienterna skulle vara orienterade i tid, rum och person. Patienter med kognitiv svikt, så som grava minnessvårigheter eller demenssjukdom, exkluderades av författaren.

Eftersom författaren ibland arbetar kliniskt och vårdar patienter på kliniken exkluderades även de patienter som författaren vårdat på grund av den möjliga beroendeställningen mellan sjuksköterska och patient. Patienter som uppfyllde kriterierna av att de fått vänta på sin akuta operation, men under väntetiden vårdats på en intensivvårdsavdelning exkluderades också. Detta på grund av att dessa patienter ofta är nedsövda eller medvetandesänkta preoperativt på grund av sitt medicinska tillstånd.

Möjliga informanter identifierades med hjälp av vårdplatskoordinatören på kliniken. Även sjuksköterskor på kliniken informerades om studien och hjälpte till att identifiera informanter som uppfyllde kriterierna. Patienterna tillfrågades av författaren eller patientansvarig sjuksköterska efter att operationen genomförts och patienten planerades för utskrivning från kliniken. Patienterna erhöll vid tillfrågandet ett brev med forskningspersonsinformation (bilaga 1) med ett samtyckesformulär.

Datansamling

Datansamling genomfördes i form av semistrukturerade intervjuer på en neurokirurgisk klinik i Sverige. Innan datansamlingen påbörjades inhämtades skriftligt godkännande från verksamhetschefen på den klinik som studien genomfördes vid. De sex intervjuer som genomfördes ägde rum mellan februari och maj 2016. Alla intervjuer gjordes av författaren. Intervjuerna varierade i längd och mediantiden för intervjuerna blev 17 minuter (intervall 8-27 minuter).

Patienterna tillfrågades om deltagande av författaren i samband med att de skrevs ut från kliniken. Alla sex informanter tackade ja till intervju när de tillfrågades. De fick själva välja tidpunkt och plats för intervjun. En intervju genomfördes i patientens bostad medan de övriga fem i administrativa lokaler på sjukhuset (kontor, mötesrum och bibliotek) för att undvika störningsmoment så som avbrott av annan personal eller telefoner. Två av intervjuerna genomfördes precis innan patienterna skrevs ut från kliniken till hemmet. Tre av intervjuerna genomfördes ett antal dagar efter att patienten skrivits ut. En patient intervjuades i anslutning till utskrivning men blev därefter kvar på kliniken på grund av medicinska komplikationer. I all kontakt mellan författare och informant bar författaren civila kläder utan namnskylt.

Intervjun inleddes med att sammanfatta och upprepa innehållet i forskningspersonsinformationen (bilaga 1). Därefter undertecknade informanten formuläret för samtycke att delta i studien, varpå författaren behöll formuläret och informanten återfick forskningspersonsinformationen för att kunna komma i kontakt med författaren eller handledaren vid behov. Informanterna informerades när de tillfrågades om att vara med i studien att intervjuerna skulle komma att spelas in, och denna information upprepades innan intervjun startade.

Datansamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer som utgick från en intervjuguide med ett antal förformulerade frågor (bilaga 2). Frågorna i intervjuguiden utgick från ett förväntat kronologiskt händelseförlopp av den väntetid patienten upplevt. Intervjuguiden utvecklades med följdfrågor och förtydligande under intervjuerna. Semistrukturerade intervjuer lämpar sig enligt Polit och Beck (2012) väl när forskaren vill täcka in ett ämne men inte kan förutspå hur informanterna kommer att svara. Genom en intervjuguide kan informanterna få tala fritt kring sina upplevelser medan forskaren säkerställer att den information studien syftar att svara på erhålls.

Intervjuerna spelades in på en diktafon och transkriberades därefter ordagrant av författaren. Transkribering av intervjuerna skedde i anslutning till intervjutillfället, senast fyra dagar efter, och alltid innan nästföljande intervju genomfördes. Efter varje transkribering lyssnades intervjun igen igen noggrant och den transkriberade texten granskades för att säkerställa att intervjun och texten stämde överens. Därefter raderades intervjuerna från diktafonen. Intervjuerna kodades med nummer ett till sex i ordningen de genomfördes och ingen patientdata sparades i anslutning till intervjuerna för att kunna bevara informanternas konfidentialitet.

För att säkerställa att intervjufrågorna svarade på syftet med studien och att tekniken fungerade genomfördes en pilotintervju (Gillham, 2008; Lantz, 2013). Pilotintervjun gjordes med en informant som uppfyllde kriterierna och materialet ansågs svara på syftet och innehållet i intervjun är därför med i dataanalysen. Ingenting ändrades i intervjuguiden, miljövalet eller i inspelnings tekniken efter pilotintervjun.

Informanterna som deltog i datainsamlingen bestod av tre män och tre kvinnor. Medianåldern för informanterna var 64,5 år (intervall 45-71 år). De hade fått vänta från inskrivning till sin operation en mediantid av 36 timmar (intervall 9,5-46,5 timmar).

Dataanalys

Databearbetningen genomfördes enligt en kvalitativ induktiv innehållsanalys. Grunden för analysen återfinns i Krippendorffs teoretiska ramverk för innehållsanalys (Krippendorff, 2013). Som praktisk handledning i utförandet av innehållsanalysen användes Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av de olika stegen i analysprocessen. Genom att utgå från att analysera det textnära innehållet i data genomfördes en manifest innehållsanalys. En manifest innehållsanalys grundar sig i det som uttrycks i texten i data, det uppenbara innehållet.

I enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) metod definierades initialt varje *analysenhet* i studien och utgjordes av en intervju med en informant. Varje analysenhet lästes igenom ett flertal gånger, utöver de gånger som redan gjorts under transkriberingen, för att få en helhetssyn av innehållet. Därefter identifierades utvalda delar av intervjutexten och markerades som meningsbärande enheter. Dessa *meningsenheter* var delar av texten som ansågs svara på studiens syfte. För att meningsenheterna skulle bli mer hanterbara *kondenserades* de till kortare enheter utan att förlora betydelsen eller kärnan i meningsenheten. De kondenserade meningsenheterna *abstraherades* sedan till *koder*. Ett fåtal meningsenheter var så kortfattade att de abstraherades direkt till koder utan att kondenseras.

I nästa steg av analysprocessen skrevs alla koder på post-it-lappar. Varje lapp utgjorde en kod. Lapparna med koder sorterades sedan in i grupper. De koder som visade sig ha ett logiskt samband och liknande innehåll sammanfördes till *underkategorier*. Enligt Krippendorff (2013) ska alla koder passa in i uteslutande en, och inte flera, kategorier och inga koder får heller falla mellan stolarna. När detta hände med vissa koder under analysen togs ett eller fler steg tillbaka i processen och till exempel sågs meningsenheter över och delades upp i ytterligare två enheter. Koder som inte svarade på syftet upptäcktes även och togs bort ur analysen. De underkategorier som formades grupperades därefter till två *kategorier*.

Exempel på meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder, underkategorier och kategorier presenteras i Tabell 1.

Tabell 1. Matris över analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	
... men ingen kunde säga konkret när skulle jag flyttas dit för att operationen ska genomföras. Och så nej, sa hon, du blir opererad men vi vet inte precis tiden så dom allihopa, dom sa samma sak. Och så, jag väntade och väntade och väntade hela onsdagen, till klockan två på nästa dag då på morgonen ... (Intervju 3)	Ingen i personalen visste när det skulle bli operation. Jag väntade länge.	Lång väntan utan information	Bristfällig information skapade oro	Utsatthet	
Och sen, jag försökte skärpa mig, men jag var jätteirriterad. Så man kan inte behandla en människa! (Intervju 4)	Jag var irriterad och kände mig illa behandlad.	Irriterad och kränkt	Starka känslor		
Jag var hungrig, annars så. (Intervju 2)	Jag var hungrig.	Hungerkänslor	Besvärlig fasta		
... jag ville inte vara kvar, jag vill hem. (Intervju 6)	-	Vill hem	Hemlängtan		
Men ja, så fort man vet, det gör inget, jag var inte så där livshotande eller nånting sånt. (Intervju 5)	Det är okej att vänta, men man vill veta.	Vill veta	Lugnande information		Acceptans
Så jag accepterar den bara, situationen som det var. Det var så ingenting att göra mot, väntar bara på att läkarna ska göra sitt jobb, och lösa den där situationen. (Intervju 3)	Jag accepterade situationen. Läkarna gör sitt jobb.	Accepterade situationen	Acceptans av situationen		
Det känns att det finns välutbildad personalen, läkaren och så vidare. Dom visste hela tiden vad skulle man göras ... (Intervju 3)	Det kändes som personalen visste vad de gjorde.	Förtroende för personalen	Personalen skapade trygghet		

Forskningsetiska övervägande

Forskning som bedrivs med människor som deltagare, eller med biologiskt material från människor, regleras i Sverige enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SOSFS 2003:460) för att säkerställa att den enskilda individen skyddas och att respekten för människovärdet bevaras. Lagen gör dock undantag för etikprövning för forskning som sker på högskol utbildning på grund- eller avancerad nivå, vilket denna studie ligger inom ramen för. Trots detta undantag från kraven har flera forskningsetiska övervägande gjorts innan och under studiens gång. Frånsett tvingande lagar, föreskrifter och konventioner, har forskaren alltid ett etiskt ansvar för sitt arbete och en reflektion över detta ska genomsyra forskarens arbete (Olsson & Sörensen, 2011).

Inför utformandet av studien försäkrade sig författaren om att designen utgick från ett forskningsetiskt förhållningssätt och uppnådde kraven på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. När patienterna tillfrågades om att delta i studien fick de information om syftet med studien och varför just de tillfrågades. De informerades om vad som skulle komma att förväntas av dem som deltagare och hur lång tid intervjuerna beräknades ta. Patienterna fick både muntlig och skriftlig information och vid intervjutillfället undertecknades samtyckesformuläret i forskningspersons informationen (bilaga 1). De informerades om att de när som helst och utan att uppge någon anledning kunde avbryta sitt deltagande utan att skulle påverka nuvarande eller kommande vård och behandling. Deltagarna försäkrades om att forskningsmaterialet skulle komma att förvaras inlåst och utan tillgång för obehöriga samt att de inspelade intervjuerna skulle raderades efter att de hade transkriberats. Intervjuerna kodades för att försäkra deltagarna om att resultatet inte skulle komma att kunna härledas till någon enskild individ. Vid behov skrevs identifierbara citat om för att kunna behålla deltagarnas anonymitet. I forskningspersons informationen (bilaga 1) framgick det även att intervju material och studieresultat endast skulle komma att användas i forskningssyfte (Vetenskapsrådet, 2011).

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån de två kategorier som framkom i analysen.

Tabell 2. Översikt av kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Utsatthet	<ul style="list-style-type: none">- Bristfällig information skapade oro- Starka känslor- Besvärlig fasta- Hemlängtan
Acceptans	<ul style="list-style-type: none">- Lugnande information- Acceptans av situationen- Personalen skapade trygghet

Utsatthet

Kategorin presenteras i fyra underkategorier; bristfällig information skapade oro, starka känslor, besvärlig fasta och hemlängtan.

Bristfällig information skapade oro

Majoriteten av patienterna i studien upplevde att de inte fick den information de efterfrågade under tiden de väntade på operation. Bristerna låg både i avsaknaden av information men även i kvaliteten på den information de väl fick. Patienterna fick ingen information av personalen om hur länge de skulle få vänta på att bli opererade, vilket skapade en ovisshet i vad de fick göra och hur de kunde agera under tiden de väntade. Vissa av patienterna upplevde det som om de stod "stand by" för att opereras och vågade inte lämna sängen, sova eller dricka vatten. Till slut tycktes patienterna nått en gräns då de insåg att de själva måste fråga efter informationen, eftersom de trots lång väntan ändå inte visste vad som skulle hända eller hur de kunde agera.

Det var personal som kommer och går, men ingen direkt som kom och "nu det blir dags, snart, klockan åtta eller klockan nio", det var alltid "ja, nån gång efter åtta, nån gång efter nio, kanske senare". Men det var tio redan på kvällen när jag ringde på klockan och frågade sjuksköterska "har du hört nånting mer? Blir det idag eller inte? Bara jag vet så jag kan så där borsta tänderna och gör klar så jag kan sova lite". (Intervju 5)

Patienterna uttryckte att de ville ha tydliga besked från personalen när de skulle bli opererade, men fick inte de svar de efterfrågade. Svaren de fick var ofta svävande och otydliga och inga besked om tidpunkter för operation gavs. Personalen hänvisade till att det är kö till operation, att det kom in andra akuta fall som gick före, men oftast gavs inga förklaringar alls. Ibland upplevdes även svaren från personalen som nonchalanta.

Okej, jag hade väntat till klockan sex, och så hände ingenting. ... "Ja, vi får se". Allt vad jag fick höra. (Intervju 4)

Bristen på kontinuerlig information tycks ha oroat patienterna. Flertalet uttryckte att de inte fick information och uppdatering från personalen utan själva fick fråga efter vad som väntade dem. När det sedan visade sig att personalen saknade svaren skapade ovissheten hos personalen en oro hos patienterna.

Det var så den som oroade mig lite. Eftersom ingen i avdelningen visste när det skulle bli operation. Det var klar att det skulle bli operation, men inte när. Tiden sa ingenting till mig "kanske lite senare" det var svaret när jag frågade, ställde frågor om den. Det var ungefär så, hela tiden. Så... nej, jag visste inte, jag fick ingen information precis att när det skulle bli operationen. (Intervju 3)

Brist på information genererade även andra känslor hos patienterna som missnöjdhet och känslan av att bli lämnade ensamma. Flera uttryckte att de önskade samtal, lugnande information och förklaring till varför de fick vänta för att kunna må bättre under väntetiden.

Starka känslor

För flera av patienterna i studien innebar väntan starka känslor av negativ karaktär. Att få vänta länge innebar att patienterna kände sig utelämnade och besvikna över sin situation. De kände sig nedprioriterade och åsidosatta, som om de inte var viktiga för personalen. De uttryckte att de inte hade väntat sig den behandling och bemötande de gjorde vilket ledde till upprörda känslor och besviknenhet.

[Lång tystnad] *Medan jag väntade? Arg! Besviken.* [lång tystnad] *Ja...* [suckande] *jag kan inte säga mer att, jag försökte skärpa mig men det var jättejobbigt.* (Intervju 4)

Väntetiden innebar en stark känsla av oro för vissa av patienterna. De visste att de skulle opereras och att de var tvungna att vårdas på sjukhus i väntan på detta, men när operationen dröjde väcktes tankar kring vad väntan skulle innebära för sin sjukdom och sitt medicinska tillstånd. Patienterna hade fått veta att de skulle opereras ”akut” och undrade varför det dröjde då ”akut” för dem inte innebar att få vänta flera timmar på operation. De fick känslan av att de var bortglömda, utelämnade och ensamma i sin väntan.

... ja, det var så här att jag var jätteorolig och mina släktingar också eftersom jag hade blödning i hjärnan, och så, jag hade problem med att röra min höger sida i kroppen, framför allt benen och armen. Och naturligtvis jag var orolig för min, för mig själv eftersom det är inte roligt att veta att man har blödning i hjärnan. Och så det skapade en visst ovisshet för min hälsa och framtid, såna grejer, eftersom det gäller hjärnan så, ... (Intervju 3)

Flera av patienterna som uttryckte dessa negativa känslor blev även starkt känslomässigt påverkade under intervjuerna. De talade kring dessa känslor med långa pauser för att samla sig och finna rätt ord. Att tala kring ämnet verkade väcka starka minnen från väntetiden och de försvann bort i tankarna kring dessa minnen. När de pratade om minnena reagerade de även fysiskt med att gråta och höja rösten. En patient var mycket uppgiven, även efter att operationen var genomförd. Väntetiden tycktes ha dränerat patienten på ork och förtroende för vården.

Ja jag kände det blir nog gjort, men jag blev utmattad, jag blev ledsen. Och som jag säger, jag brukar vara en stark människa, men då bleknade jag faktiskt, för då orkade, jag känner mig [suckar] övergiven. Ja, ett bättre ord kan jag nog inte få till, övergiven [suckar]. (Intervju 6)

Några av patienterna uttryckte till och med att de aldrig önskade återvända till kliniken och hoppades att ingen annan patient skulle utsättas för liknande behandling. De kände sig kränkta, ledsna och orättvist behandlade och uttryckte dessa känslor tydligt i intervjuerna. Ingen ilska riktades mot personalen eller specifika personer, utan till situationen, vården och samhället i stort. Den långa väntetiden hade känts orimlig och oacceptabel och lämnat dessa patienter matta och ledsna efteråt.

Besvärlig fasta

För alla patienter innebar väntan på operation en längre tid av fasta. Patienterna fick fasta tills vidare då tidpunkten för operation inte var bestämd utan kunde ske när som helst. Ibland fick de fasta en hel dag, och när operationen inte blev av fick de äta något för att återigen fasta från ett visst klockslag. Detta kunde ske till exempelvis nattetid då en uppskattning hade gjorts av personalen att operationen inte skulle bli av under natten. En patient uttryckte dock att det var svårt att plötsligt mitt i natten äta lagad mat.

I gryningen liksom [skrattar] jag åt lite grann, jag var hungrig. Men men, jag väntade [hostar] torsdagen även, till klockan 14.30 så jag flyttades till operationssalen och det blev operationen då. (Intervju 3)

Vissa av patienterna upplevde den långa fastan som besvärlig och jobbig. Fastan innebar en begränsning och tycktes ge väntetiden en ytterligare negativ dimension, som om att fastan gjorde väntetiden längre och mer utdragen. Flera av patienterna skrattade när de talade om fastan, som om de skämdes lite över att de var hungriga under tiden de väntade.

Och så fick jag ligga här [kortare tystnad] två och en halv dag, och vänta, på operation. Utan mat [skrattar] det var lite jobbigt. (Intervju 2)

För andra patienter upplevdes den obestämda tiden av fasta inte varit det som gjorde väntan lång eller besvärlig. För dem verkade fastan inte ha varit ett utmärkande minne från väntetiden då de i intervjuerna inte tog upp detta som något besvärligt eller minnesvärt.

Hemlängtan

Majoriteten av patienterna uttryckte att de under väntetiden hade haft en önskan av att de ville få operationen gjord så fort som möjligt för att sedan kunna åka hem. Ingen uttryckte att de kände en oro inför själva ingreppet och operationen, utan att de snarare såg fram emot det för att det skulle innebära att väntetiden var över och de skulle få åka hem. Även oron för vad en fördröjd operation skulle innebära för sin egen hälsa ledde till att de hoppades på att operationen skulle bli gjord så fort som möjligt.

Man ville ju komma [ohörbart] in, man ville ju få det gjort liksom, överstökat. (Intervju 1)

Väntetiden innebar för en del av patienterna en hemlängtan. De uttryckte önskemål om att få slippa ligga och vänta på sjukhus och istället åka hem, men hade en förståelse för att avbryta väntan skulle innebära att de inte skulle bli opererade och därför inte hade löst situationen. Detta gjorde patienterna låsta i situationen och deras delaktighet i vården minskade.

... jag kände mig att jag klarar inte! Jag ville gärna åka hem. Men det skulle inte ha hjälpt till nånting... (Intervju 4)

Acceptans

Kategorin presenteras i tre underkategorier; lugnande information, acceptans av situationen, och personalen skapade trygghet.

Lugnande information

Några patienter uttryckte att den information de fick var tillfredsställande och lugnade dem. Denna underkategori utgjorde dock en mycket mindre del av resultatet än den kring att bristfällig information oroade.

Patienterna uttryckte att de kände sig lugnade i sin situation när de fått information om sjukdomsförlopp, rutiner och planering. En patient upplevde att det hände någonting hela tiden under väntetiden och att folk kom och gick på salen. Patienten kände sig välinformerad och uttryckte inga känslor av ensamhet eller att vara utlämnad. Kärnan i informationen som lugnade var att den innehöll en förklaring till varför de behövdes vårdas på sjukhus, varför de behövde vänta och hur planeringen såg ut.

I början var jag nog lite orolig för att visste inte riktigt när jag var på [annat sjukhus] var jag nog lite orolig för jag inte visste, inte riktigt visste vad det innebar, men så ju mer information jag fick angående blödningen och det så kändes det väl som... och sen har man väl hört, att det hade hänt andra folk så att säga, då vart det lite lugnare. (Intervju 1)

Acceptans av situationen

Alla patienter i studien uttryckte att de upplevde en viss acceptans av situationen trots väntetiden. Dessa känslor formulerades under olika delar av intervjuerna och som svar på olika frågor. Patienterna sade att de hade en förståelse för att det fanns andra patienter som prioriterades före dem och att det var en del av anledningarna till att de fick vänta så länge. Patienterna talade om att de förstod att resurserna var begränsade och att anledningen till att de fick vänta var att andra, sjukare patienter prioriterades före dem. Det skapade också en tacksamhet för sin egen situation, att trots sin sjukdom fanns det de som hade det värre och att sjukvården bör prioritera dem.

Mm, jag har lite erfarenhet på den så jag vet att man skulle vänta. I mitt fall, det inte var så akut som, i jämförelse med andra fall, liksom så, dom prioriterade den att ta hand om andra som var i sämre tillstånd än jag. Och så jag accepterade den där tiden så där jag vet hur det funkar. (Intervju 3)

Acceptansen av prioriteringen var dock inte ensidigt uppskattande utan innehöll även en del uppgivenhet. Patienterna kändes sig maktlösa i prioriteringen och att de genom att vänta rättade de sig i ledet och strukturen och inte var delaktiga i sin vård. Patienterna uttryckte att de utlämnade sig till läkarna och förutsatte att rätt prioriteringar gjordes. De kände sig även utlämnade till systemet eftersom de förstod att andra patienter, till exempel traumafall, skulle prioriteras men att ordningen inte rättfärdigade den väntetid de fick utstå.

Vissa patienter tyckte även att de förstod att andra patienter på avdelningen fick ta mer av personalens tid i anspråk än vad de gjorde. En del kände att de trots omständigheterna var rätt välmående och att de inte behövde kräva så mycket av vårdpersonalens tid. De kände sig bortprioriterade men inte lämnade ensamma.

Sen är det ju vissa som får ta mer tid och andra mindre och så där för att ja, beroende på hur krävande fall det är. Det tycker jag inte är några problem. (Intervju 2)

Flera patienter upplevde att väntetiden var acceptabel då de utgick från hur de mådde och kände att de inte led under väntan. De satte sin väntetid i relation till sitt hälsotillstånd och rättfärdigade sin väntan med att de mådde så bra ändå trots omständigheterna. Väntetiden gick att uthärda utan större begränsningar och de var sysselsatta med besök, mobiltelefoner och tidningar.

Jag led ju inte på nått vis, utan jag hade ju inte direkt nån smärta så jag, jag hade inga problem med det. Jag tyckte det var helt okej. ... Jag hade ju haft den här huvudvärken nu i närmare en vecka, så jag höll ju inte på att dö direkt. Så det var helt lugnt absolut. (Intervju 1)

Patienterna uttryckte att de litade på att personalen prioriterade rätt då de kände för övrigt att de kunde lita på personalens agerande och bemötande. Denna uppfattning gjorde att de accepterade väntetiden utan större förklaring eller information från personalen utan inväntade sin tur på operation.

Personalen skapar trygghet

Majoriteten av patienterna i studien uttryckte stor uppskattning för personalens kunskap och bemötande. Patienterna upplevde personalen som behjälplig på alla sätt och professionell i sitt bemötande. Personalens kunskap och närvaro skapade en trygghet för patienterna som kände sig lugna trots att de var inlagda på sjukhus och skulle opereras. Personalen upplevdes som kunnig, välutbildad, snäll, positiv och duktig. De tog sig tid att förklara för patienterna och säkerställde att de förstod. Patienterna upplevde att det fanns rutiner som fungerade och att personalen kommunicerade med varandra. Trots väntetiden var de trygga och lugna. De kände att de var nöjda med vården.

... men kommer man till rätt ställe, man hamnar på bra sätt man känner sig trygg efter folk som jobbar i olika grupper eller teamet, dom pratar med varandra, dom jämföra, dom har kunskap, man känner sig trygg. (Intervju 5)

Trots uppskattningen uttryckte flera patienter ett medlidande för personalen då de menade att de sliter och jobbar hårt trots omständigheter som dålig arbetsmiljö och låga löner. Patienterna upplevde att personalen gjorde så gott de kunde och beskyllde dem inte för väntetider eller brist på information. De upplevde att personalen hade informerat dem så gott de kunde och att de var transparenta i bemötandet och patienterna uppskattade detta.

Ja, jag tycker de gör så gott dom kan asså. Dom får ju inte nå mer information dom. Nä, jag tycker dom är fantastiska, helt otroligt. Och jobbar och sliter. Det tyckte jag faktiskt. Så dom gör nog vad dom kan. (Intervju 2)

Även patienter som hade uttryckt ett stort missnöje över väntetiden och den behandling de fått, visade uppskattning av den personal som vårdat dem. De upplevde att de fått den hjälp de behövt och ändå känt sig trygga. En känsla av tacksamhet genomsyrade denna underkategori.

Ja, jag tyckte dom [personalen] ja de informerade och hjälpsamma på alla möjliga sätt så att liksom jag upplevde inte att det var, det var inga konstigheter. (Intervju 1)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ansats

En induktiv ansats användes i studien då syftet var att beskriva hur enskilda individer hade upplevt ett visst fenomen för att sedan kunna dra generella slutsatser utifrån detta resultat (Polit & Beck, 2012). En deduktiv ansats används när en teori eller allmän princip för fenomenet redan finns, vilket vanligtvis är utgångspunkten i kvantitativa studier där resultatet strävar efter att styrka, förkasta eller ändra teorin (Olsson & Sörensen, 2011). I denna studie hade en deduktiv ansats varit olämplig då fenomenet som skulle studeras var utforskat och sparsamt beskrivet i litteraturen.

Design

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av att vänta på en akut neurokirurgisk operation och valet av en kvalitativ design utgick därför ifrån detta. En kvalitativ design är att föredra framför en kvantitativ design när syftet är att beskriva upplevelser och genom språket få tillgång till människors livsvärld (Olsson & Sörensen, 2011; Polit & Beck, 2012).

Urval

Patienterna som deltog i studien valdes strategiskt för att öka sannolikheten att de hade upplevt och ville prata om det fenomen som studien syftade att beskriva (Polit & Beck, 2012). Det strategiska urvalet kan dock ha påverkat resultatet då förutsättningarna samt inklusions- och exklusionskriterier för urvalet var bestämda av författaren. I denna studie identifierades patienterna som deltog med hjälp av klinikkens vårdplatskoordinator och sjuksköterskor eftersom författaren inte själv hade tillgång till patienternas journaler eller uppgifter om väntetider. Genom att författaren förlitade sig på att patienterna identifierades av flera olika personer på kliniken kan urvalet ha påverkats. Patienter som under vårdtiden uttryckt negativa åsikter om väntetiden både kan ha exkluderats i tron om att de bara skulle klaga eller vara för upprörda för att delta och inkluderas i tron om att de skulle bli bra informanter med mycket att prata om. Likväl kan patienter som inte uttryckt starka åsikter under vårdtiden ha exkluderats i tron om att de inte skulle bli bra eller givande informanter.

Utgångspunkten för studien var en förförståelse hos författaren att patienterna som fick vänta länge på sin operation var betydligt fler än vad det senare visade sig när datainsamlingen startade. Detta kan ha berott på en förbättring i klinikkens arbete med att korta väntetiderna för de akuta patienterna och inte ta emot patienterna till kliniken förrän det fanns en praktisk möjlighet att operera. Det kan även ha berott på att den aktuella patientgruppen upplevs av författaren som en utsatt grupp där väntetiden ofta väckt starka känslor hos dem som vårdar dem. Bristen på informanter förlängde dock bara tiden för datainsamlingen och lär inte ha påverkat resultatet markant då de patienter som deltog i studien fortfarande hade upplevt fenomenet som skulle beskrivas. Faktorer som däremot kan ha spelat in under den långa datainsamlingsperioden och som kan ha påverkat resultatet i intervjuerna är till exempel förändringar i rutiner, verksam personal, vårdplatstillgänglighet och operationskapacitet, vilket dock har varit svårt att kontrollera.

Flera av patienterna som fått vänta och som skulle kunna ha deltagit i studien fick uteslutas på grund av de inklusionskriterier som fanns. Patienterna skulle kunna tala och förstå svenska för att inte behöva använda tolk under datainsamlingen. Att anlita tolk hade varit ekonomiskt svårt och tidskrävande vilket inte var möjligt inom ramen för denna studie. Det något oväntat stora antal patienter som fick exkluderas kan ha berott på situationen i Sverige då studien genomfördes, med många asylsökande och EU-medborgare som befanns sig i landet och vårdades på kliniken under denna tid. Det kan ses som en brist i studien eftersom dessa patienter kan ha upplevt fenomenet som skulle studeras men inte fick möjlighet att delta i studien och inte heller delge sina upplevelser på grund av språkförbistring.

Patienterna gavs frihet att välja tid och plats för intervjutillfället. Det är fördelaktigt att genomföra intervjuer på en plats som är mest bekväm för den som blir intervjuad (Doody & Noonan, 2013). Genom att inte känna sig tvungna att genomföra intervjun innan till exempel hemgång från sjukhuset, utan istället få möjligheten att göra intervjun i hemmet eller i anslutning till ett återbesök, kan ha ökat viljan att delta i studien. Inga exakta data noterades om hur lång tid efter vårdtillfället som intervjun genomfördes då detta ansågs irrelevant vid tillfället. I efterhand kan det ha varit en viktig del av resultatet då det kan ha blivit nyanser i de olika intervjuerna beroende på hur lång tid det hade förflutit mellan den upplevda händelsen och intervjun. Detaljer kan ha fallit i glömska och upplevelsen kan i efterhand ha förskönats eller förvärrats i samband med att operationen var klar och patienten fått gå hem.

Patienterna i studien tillfrågades om att delta efter att de hade upplevt fenomenet som skulle beskrivas; väntetiden, samt efter operation och eftervård. De skulle vara medicinskt färdigbehandlade på kliniken för att minimera risken för att patientens beroendeställning skulle påverka och att de skulle känna sig tvungna att delta eller kanske svara på ett visst sätt om de fortfarande vårdades av personalen. Alla de som tillfrågades tackade ja till att delta och ställde sig mycket positiva till att delta i forskning- och förbättringsarbete. Även om antalet tillfrågade endast var sex patienter kan det ses som en styrka i tillvägagångssättet och urvalsförfarandet. Om tillfrågade patienter hade tackat nej till att delta skulle det kunna ifrågasättas vilken information studien riskerade att missa i samband med att dessa personers upplevelse inte blev en del av resultatet. Möjligtvis hade de tackat nej för att de inte kände att de ville delge sin upplevelse, varpå metoden för urval och datainsamling borde reviderats.

Urvalet i studien bestod av tre män och tre kvinnor och även om alla patienterna kunde tala och förstå svenska hade flera av dem inte svenska som modersmål. De gör att urvalet inte var homogent, vilket kan ses som en styrka i resultatet då både kvinnor och män av olika etnisk bakgrund deltog med sina upplevelser.

Datainsamling

Som datainsamlingsmetod valdes enskilda intervjuer, vilket är den vanligaste metoden i studier med kvalitativ design (Polit & Beck, 2012). Val av metod baserades på att den i största möjliga mån skulle generera den information som eftersöktes. Eftersom författaren arbetar på kliniken där studien genomfördes och de patienter som författaren vårdat uteslöts, skulle visserligen en enkätstudie kunna ha genererat fler deltagare till studien, men metoden valdes bort på grund av att syftet med studien var att beskriva patienternas upplevelser. En begränsning i enkätstudier är att det är svårt att nå samma djup i svaren som i intervjuer. Fler antal deltagare behövs i en enkätstudie för att kunna få data att analysera (Polit & Beck, 2012). Brist på tid och antal möjliga deltagare gjorde att en enkätstudie valdes bort.

Intervjuerna var semistrukturerade vilket innebar att de utgick från en förformulerad intervjuguide (bilaga 2) för att kunna ta del av patienternas upplevelser men även ge en viss struktur för att vara säker på att syftet besvarades (Patton, 2002; Polit & Beck, 2012). En ostrukturerad intervju valdes bort då fenomenet som skulle studeras var så specifikt och risken var att inte få svar på studiens syfte genom att endast ha en, eller ett fåtal, breda intervjufrågor. Doody och Noonan (2013) menar att en ovan intervjuare kan ha svårt att behålla objektiviteten i ostrukturerade intervjuer vilket kan vinkla resultatet. Materialet kan även bli stort och riskera innehålla irrelevant information för studien, vilket kan gör det svårt att analysera.

Intervjuguiden (bilaga 2) som utformades inför datainsamlingen utgick från en kronologisk ordning av händelseförloppet då det ansågs av författaren var en logisk utgångspunkt i målsättningen att ta del av patienternas upplevelser. De svar som gavs följde dock inte alltid de frågor som ställdes. Patienterna hoppade fram och tillbaka i händelseförloppet under intervjun och författaren fick ibland upprepa frågor som kanske redan fått ett svar tidigare under intervjun. Det kan ha gjort att patienterna kände en irritation över att de fick upprepa det som redan sagts, men kan även ha gett ett mer utförligt svar och djupare inblick i patientens upplevelse.

För kvalitativa studier finns det inga exakta regler för hur stort antal deltagare som behöver intervjuas (Polit & Beck, 2012). Enligt Kvale och Brinkmann (2014) brukar intervjustudier vanligtvis innehålla 15 +/- 10 intervjuer. Det viktigaste i en kvalitativ studie är dock att datainsamlingen når en mättnad, vilket innebär att de intervjuer som har gjorts har genererat så mycket information och djup förståelse för fenomenet att ytterligare intervjuer återupprepar denna information. Flera faktorer i utformningen av studien och studiens syfte kan spela in i när datamättnad nås (Polit & Beck, 2012). Målsättningen med denna studie var att genomföra tio intervjuer, varpå endast sex intervjuer blev genomförda och är med i dataanalysen. Detta berodde på svårigheter att hitta potentiella deltagare till studien att tillfråga och datainsamlingen fick avslutas på grund av tidsbrist. Författaren anser dock att ett viss mått av datamättnad nåddes då de sista intervjuerna som genomfördes upprepade till viss del svar och mönster från tidigare intervjuer. Det kan även berott på att författarens förmåga att intervjuar förbättrades och förfinades under studiens gång, vilket kan ha gett mer detaljrika intervjuer i slutet av datainsamlingen. Att studien och dataanalysen endast innehåller sex intervjuer kvarstår dock som en brist då flertalet intervjuer hade stärkt resultatet.

Innan datainsamlingen påbörjades uppskattades tidsåtgången för att genomföra en intervju till 30 minuter. De inledande intervjuerna blev dock mycket kortare än så. Mediantiden för intervjuerna var 17 minuter med ett intervall på åtta till 27 minuter, varav de längre intervjuerna skedde i slutet av datainsamlingen. Författaren genomförde själv alla intervjuerna och var oerfaren som intervjuare i forskningssammanhang. Detta kan ha påverkat resultatet då författarens intervjuteknik förbättrades under datainsamlingens gång. Intervjuförfarandet i de påföljande intervjuerna ändrades genom att fler följdfrågor ställdes och mer utrymme för reflektion gavs, vilket kan ha lett till mer utförliga och djupa svar. Doody och Noonan (2013) menar att detta är en process som hör till utvecklingen som den ovane intervjuaren går igenom. Till en början kan det vara svårt att veta när och hur relevanta följdfrågor ska ställas i intervjuerna vilket kan leda till att viktig data uteblir i materialet. Ett sätt att utveckla förmågan var att lyssna igenom och transkribera de intervjuer som genomförts innan nästa påbörjas för att upptäcka var följdfrågor skulle kunna ha ställts.

När patienterna i studien tillfrågades om vårdpersonalens bemötande präglades resultatet av att de kände tacksamhet, som om patienterna kände sig tvungna att rättfärdiga det negativa de sagt tidigare under intervjuerna. Ibland uttryckte patienterna sig som om de trodde att intervjuerna var till för att hitta fel i den vård de hade fått och försvarade personalen. Detta kan ha sin förklaring i intervjusituationen, hur frågorna ställdes eller patienternas uppfattning av studiens intentioner. Författaren strävade efter en objektivitet i alla intervjuer och upptäckte detta resultat först under innehållsanalysen. Doody och Noonan (2013) menar att det är ett exempel på nackdelar med intervjuer. Patienterna som intervjuas kan i intervjusituationen känna sig påverkade att svara som de tror att de bör svara, eller ge ett generellt svar istället för sin egen åsikt.

Ett stort problem vid datainsamlingen var brist på lokaler att genomföra intervjuerna på. Författaren var noga med att inte genomföra intervjuerna på den avdelningen där patienterna hade varit inläggande för att minska risken för att patienterna begränsade sitt berättande om de kände av närvaron av personalen som vårdat dem och situationen de befanns sig i. Vissa av intervjuerna genomfördes i lokaler med långt avstånd från avdelningen, så som i patientens hem och på sjukhusets bibliotek, medan de övriga genomfördes i klinikens administrativa lokaler. Författaren fick lägga mycket tid på att hitta dessa lokaler, vilket troligtvis inte har påverkat resultatet av studien. Dock kan de varierande platserna för intervjuer ha gett en skillnad i resultatet om valet av lokal påverkade patienterna på olika sätt. En av anledningarna till att genomföra intervjuerna i administrativa lokaler var att minimera risken att bli störd av annan avdelningspersonal eller telefoner (Patton, 2002; Polit & Beck, 2012). En intervju blev dock avbruten en kortare stund, vilket gjorde att samtalet stördes och patienten tappade tråden. Detta lär dock inte påverkat resultatet markant då intervjun återupptogs snabbt.

Intervjuerna spelades in på en diktafon för att senare transkriberas. Ljudinspelning är att föredra framför anteckningar under intervjuer för att både deltagare och författaren ska kunna fokusera på samtalet (Polit & Beck, 2012) Författaren instämmer i denna rekommendation och upplevde att all fokus under intervjun gick åt till att lyssna uppmärksamt på patientens berättelse, lämna tid för eftertanke och reflektion samt ställa relevanta följdfrågor. Transkribering av intervjuerna gjordes i direkt anslutning till intervjutillfället av författaren vilket minskade risken för att berättelsens mening gick förlorad eller att patienternas formuleringar missförstods då den personliga intervjun var färsk i minnet. Genom att transkribera varje enskild intervju innan nästa genomfördes gavs även fullt fokus till den aktuella intervjun i stället för att vara ”en i raden” (Gillham, 2008).

Dataanalys

Analysprocessen gjordes med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) praktiska metod för kvalitativ innehållsanalys då metoden tilltalade författaren i förfarandet. Analysen av intervjuerna påbörjades till viss del redan under datainsamlingen, då författaren kunde se mönster i upplevelserna hos de patienter som blivit intervjuade när intervjuerna genomfördes, genomlyssnades och transkriberades. I kvalitativa studier är en ständigt pågående analys och utvärdering av datainsamlingen en del av metoden (Polit & Beck, 2012). Denna studie var författarens första vilket bidrog till att inlärningskurvan var brant och utvecklingen av intervjumetod förbättrades markant under datainsamlingens gång. Det kan ses som en brist i studien att den utfördes av en oerfaren intervjuare, men som en styrka att författaren använde den kunskap som inhämtades under datainsamlingens gång för att förbättra metoden.

Både manifest och latent innehållsanalys innebär en viss tolkning av data (Graneheim & Lundman, 2004). Med tanke på mängden data och djupet på data som inhämtats valde författaren att göra en manifest innehållsanalys och tolka det som återfanns i texten. En latent innehållsanalys valdes bort då materialet inte ansågs kunna generera en så djup tolkning av det som sagts. Längre och djupare intervjuer hade kanske kunnat ge data för en latent innehållsanalys men frågan är om syftet var brett nog att ge detta djup.

En systematisk analys av hela datamaterialet gjordes efter att alla intervjuer var genomförda och transkriberade. Författaren valde att använda post-it-lappar för att gruppera koderna i kategorier. Det arbetet var tidsödande, men genom systematiken i arbetet säkerställdes det att inga koder missades eller hamnade mellan stolarna i de underkategorier som skapades.

Trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet

Författaren som genomfört studien har arbetat en längre tid med den patientkategori som deltagit och har därför en förförståelse som inte går att bortse ifrån. En förståelse för hur utsatt patientgruppen är och en stark önskan att vilja uppmärksamma vad väntetiden innebär för patienterna kan ha präglat datainsamling och dataanalys. Även val av syfte har i botten baserats på denna förförståelse. Författaren har under hela arbetet med studien varit uppmärksam på denna förförståelse och arbetat för att den inte ska ha vinklat analysförfarandet.

Genom att noggrant redovisa urval och arbetet i analysprocessen ökar möjligheten för läsaren att bedöma studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Analysprocessen har redovisats i text och tabeller samt citat är ordagrant återgivna i resultatet. Citat som presenteras i resultatet är valda för att representera det som sades i intervjuerna och alla informanter finns representerade för att visa på likheter och spridningen i resultatet.

Studiens trovärdighet baseras även på val av meningsenheter i analysen. Meningsenheterna ska vara adekvata för syftet, inte för långa då de kan täcka in flera betydelser, eller vara för korta och därmed göra dem svåra att sätta i ett sammanhang. Val av kategorier visar på trovärdigheten i en studie (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen var tidskrävande för att säkerställa att trovärdigheten i studien skulle bli hög. Ett fåtal koder som abstraherats passade inte in i någon underkategori, varpå flera steg togs tillbaka i analysen för att upptäcka att meningsenheten inte svarade på syftet. Det noggranna arbetet i analysprocessen talar för trovärdigt resultat. En redovisning av hur arbetet med meningsenheter och kategorier har fortgått redovisas i Tabell 1 för att stärka redovisningen av resultatet.

För att redovisa studiens pålitlighet har författaren varit tydlig med att synliggöra den utveckling som skett både i förståelse och skicklighet i intervju- och analysförfarandet (Graneheim & Lundman, 2004). Detta för att visa på förändringar som kan ha skett i datainsamlingen då kunskap och erfarenheter inhämtats. Som exempel på detta har samma intervjuguide (bilaga 2) använts under hela datainsamlingen, men intervjuerna har sett annorlunda ut då författarens kunskaper att ställa fördjupande följdfrågor utvecklades under datainsamlingens gång.

Studiens grad av överförbarhet, alltså till vilken grad resultatet kan appliceras på andra grupper, är upp till läsaren att bedöma. Författaren kan genom att noggrant redovisa studiens metodförfarande underlätta denna bedömning (Polit & Beck, 2012). Det skulle kunna diskuteras att resultatet är överförbart på andra patienter med samma urval, till exempel på andra neurokirurgiska kliniker i Sverige, men inte generellt till patienter som fått vänta.

Forskningsetiska överväganden

Publicerad forskning ska redovisa eventuella beroendeställningar som kan ha påverkat arbetet (Vetenskapsrådet, 2011). Denna studie har uppförts inom ramen för självständigt arbete på Sophiahemmet Högskola och utan ekonomiska incitament för någon inblandad. Författaren arbetar på den klinik som studien genomförts på, vilket kan ha påverkat viljan att finna material som kan leda till förbättringsarbeten. Författaren har haft detta i åtanke under hela processen och strävat efter objektivitet.

Patienter som författaren själv hade vårdat exkluderades ur studien för att minska risken för att patientens beroendeställning till vårdpersonalen påverkade deras vilja att delge sina upplevelser. Intervjuerna genomfördes i civila kläder och utan namnskyld med titlar för att inte riskera att informanterna skulle se författaren som en del av den vårdpersonal vars bemötande de blev tillfrågad om. När informanterna tillfrågades om hur de upplevde vårdpersonalen benämndes gruppen som ”de” och inte ”ni” och patienterna upplevdes tala fritt kring sin upplevelse. Det kan ses som en styrka i resultatet att patienterna som deltog inte verkade påverkas av författarens roll som forskande sjuksköterska.

Trots att inga etiska tillstånd eller liknande har krävts för genomförandet av studien, har författaren varit noga med att uppfylla det etiska ansvar som forskare alltid har (Olsson & Sörensen, 2011). Författaren har även varit noga med att uppfylla kraven för information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet, 2011). Patienterna som deltog i studien fick efter att ha erhållit information, skriva på samtyckesformuläret (bilaga 1) som sedan förvarades inlåsta på en säker plats. Intervjuerna kodades och kunde inte härledas till personuppgifter eller påskrifter. Författaren har säkerställt att citat som redovisas i studien inte ska kunna härledas till person eller plats och därför har vissa citat skrivits om marginellt.

Resultatdiskussion

I sjuksköterskans roll som omvårdnadsansvarig ingår det att informera patienten och säkerställa att den information som getts har nått fram. Sjuksköterskan är även ansvarig för att anpassa informationen efter patientens förutsättningar och rådande omständigheter. Det innebär att ha kunskap om vilka begränsningar finns både i patientens möjligheter att ta till sig information i ett akut skede och yttre faktorer så som tidsbrist (Berntzen et al., 2011; Holm & Hansen, 2000). Resultatet i denna studie visade att avsaknaden av kontinuerlig information skapade ovisshet och oro hos de väntande patienterna. De kände sig otrygga då personalen inte hade den information de efterfrågade. Det visar på vikten av informationens betydelse för patienternas välmående och trygghet under vårdtiden. Berntzen et al. (2011) menar att om patienten känner sig välinformerad och trygg minskar stress och oro inför kirurgi. Information ger patienten en ökad känsla av kontroll över sin situation.

Studier gjorda på svenska akutmottagningar visade att patienter som får vänta riskerar att känna sig bortglömda om de lämnas oinformerade (Dahlen et al., 2012; Larsson Kihlgren et al., 2004; Möller et al., 2010). Patienterna i denna studie kände att bristen på information ledde till att de kände sig ensamma och bortglömda. Studien visar att även om personalen är närvarande fysiskt behöver patienter som väntar få kontinuerlig information om vad som händer och varför de får vänta. Patienterna uttryckte själva önskemål om samtal och information, vilket talar för att byta ett uppmärksammande och lugnande ord på vägen kan leda till att de känner sig mindre ensamma. Väntande patienter i akutsjukvården inte ska behöva känna sig ensamma och utsatta. Rutiner för att säkerställa att patientgruppen informeras och uppmärksammas kontinuerligt bör finnas där dessa patienter vårdas.

Studier visar att patienter som väntade på en akutmottagning hade bättre kapacitet att hantera väntan om de kände sig välinformerade om hur lång väntetiden uppskattades att bli (Dahlen et al., 2012; Möller et al., 2010). Detta resultat bör kunna överföras på den patientgrupp som deltog i föreliggande studie. Att få en tidpunkt att förhålla sig till kan underlätta för patienterna att hantera sin väntetid. Det framkommer även att ovissheten tycks var värre än själva väntan vilket innebär att sjukvården bör eftersträva att informera patienterna hur länge de kommer få vänta och varför, kanske speciellt i situationer då själva väntan inte går att undvika.

Tiden som *tidsrymd* kan uppfattas olika av patient och av vårdande personal (Nurminen, 2012). Schemalagningen av personal i akutsjukvården med skiftarbete kan leda till att flera olika personer vårdar patienten under sin väntetid, beroende på hur länge patienten får vänta. Det bör leda till eftertanke hos vårdpersonalen att patienten troligtvis har sin uppfattning om väntetiden, medan personalen kanske har en annan. Sjuksköterskans roll innebär är att vara medveten om denna skillnad och anpassa sitt bemötande med patienten efter detta.

I denna studie synliggjordes patienternas uppfattning om sin vårdtid på ett, för författaren, oväntat sätt. När frågan ställdes om vad patienten hade opererats för hade författaren i åtanke att få ett kort svar om vilken diagnos de hade, i likhet med de rapporter som sker mellan vårdpersonal kring patienterna. Istället började svaret ofta med en lång berättelse om patientens sjukdomshistoria, tidigare operationer och upplevelser av vården innan de slutligen kom fram till den specifika kirurgi som utförts på kliniken. Det tyder på att patientens bild av sin sjukdom och vårdtid är annorlunda och mer mångfacetterad än den språkliga klassificering vårdpersonal ofta använder i dagligt tal. Nurminen (2012) menar att patienten och personalens bild av vårdtid kan skilja sig åt. Patienternas vårdtid ”börjar” mycket tidigare än personalens, vilket kan leda till en konflikt i mötet då uppfattningarna går isär. Patienterna kan uppleva denna diskrepans och inte vilja störa i vårdpersonalens *tidsrymd*. Det är viktigt som sjuksköterska bemöta patienten med en förståelse om dennes bakgrund och uppfattning av *tidsrymd*. I en pressad situation inom akutsjukvården finns kanske inte alltid utrymme att samtala med patienten kring detta, men sjuksköterskan bör ändå ha i beaktande att olika uppfattningar alltid finns.

Patienterna i studien efterfrågade information från personalen som tycktes ovetande om deras situation och gav svävande och kanske ofullständiga svar. Bristen på information och svar från vårdpersonalen kan ha berott på att de faktiskt inte hade den informationen som patienterna efterfrågade. Det kan ha haft sin grund i brister i kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor, eller mellan operationsavdelning och vårdavdelning om hur prioriteringsordningen och operationsprogrammet sett ut. Vårdpersonalen kan även ha värnat om andra patienters sekretess och inte informerat om varför operationen dröjer, då orsakerna kan ha varit att andra patienter prioriterades framför de som deltog i studien, och vårdpersonalen valde att inte informera om detta. I en studie av Larsson Kihlgren et al. (2004) visade det sig att anledningen till att patienter ofta fick vänta på akutmottagningar var väntan på samtal, besked och återkoppling från läkare. Forskarna noterade att vårdpersonalen hade svårt att veta vad de skulle säga till de väntande patienterna om detta. Möjligtvis kan brist på tydlig och rak information leda till att ingen information kommuniceras över huvudtaget. Att vårda patienter som får vänta en längre tid på besked kan vara frustrerande för personal om ingen information finns att ge. Brister i organisationen och i kommunikationen mellan personalgrupper bör dock inte överföras till patienten.

Några patienter i denna studie kände att väntan skapade starkt negativt laddade känslor. De kände sig utelämnade, kränkta, ledsna och orättvist behandlade. Några uttryckte till och med att de aldrig önskade komma tillbaka till kliniken och flera uttryckte en önskan av att vilja fly från väntetiden. Att bli medveten om sin sjukdom och att en akut operation är nödvändig, för att sedan behöva vänta obestämd tid på denna operation väckte starka känslor. Liknande resultat visades i studier om patienter som var i motsvarande situation, fast väntande i hemmet på en planerad operation (Calman et al., 2013; Eskander et al., 2013; Fitzsimons et al., 2003; Koivula et al., 2002). Ovissheten kring när operationen skulle ske och hur lång väntetiden skulle bli var den största källan till oro. Likt patienterna i denna studie, kände sig patienterna utsatta i sin väntan och hade en stark känsla av att vara bortglömda (Fitzsimons et al., 2003). Så som vården är uppbyggd idag ligger makten hos vårdgivaren att bestämma när patienter kan och ska opereras. I akuta fall är det upp till ansvariga kirurger och anestesiloger att prioritera och avgöra vilken patient som bör opereras först (Järhult & Offenbartl, 2013). Det minskar patienternas möjlighet till att bli delaktiga i sin vård och planeringen av denna vilket kan leda till att patienterna känner sig maktlösa i sin situation.

Patienter i studien uttryckte en förvirring kring begreppet ”akut”. I intervjuerna framkom det att de hade fått reda på att de skulle opereras ”akut”, vilket skapade en oro då de menade att de hade fått uppfattningen om att de skulle opereras genast. Socialstyrelsens (2014) definition av akutsjukvård är åtgärder som inte bör dröja mer än ett par timmar, och maximalt ett dygn. Resultatet i denna studie talar för att patienter och vårdpersonal har olika uppfattning om vad begreppet ”akut” innebär, vilket kan leda till förvirring och osäkerhet hos patienterna. Risken att känna sig bortglömd och kanske till och med felbehandlad lär öka om patienten har en förväntning på vården som sen inte motsvarar den som erhålls.

Patienter i studien berättade att de känt sig bortglömda, utelämnade och ensamma i väntan på operation. De fick ibland själva påkalla personal för att fråga och få information om rutiner och eventuella restriktioner. I studier med patienter som fått vänta på akutmottagningar framkom det att de som känt sig lämnade ensamma upplevde att de inte blev tagna på allvar. De kände sig utelämnade vilket skapade en misstro mot vården (Dahlen et al., 2012; Larsson Kihlgren et al., 2004). Om vården förbrukar sitt förtroende genom att få patienten att känna sig utelämnad och ensam kommer det att krävas mycket arbete för att återvinna det. Vårdpersonal riskerar att behöva lägga mycket tid och kraft på att ingjuta trygghet och förtroende i en sådan situation. Insatserna bör i första hand förebygga situationer där patienten känner sig utelämnad istället för att återuppbygga ett skadat förtroende.

I alla intervjuer i studien talade patienterna om att de kände en acceptans för sin situation, även om de var frustrerade över väntetiden. Trots att ingen direkt fråga i frågeguiden berörde hur patienterna klarade av eller accepterade sin situation, visade sig alla patienter ta upp denna känsla i intervjun. Patienterna pratade självmant om prioriteringen av andra patienter, vilket inte heller berördes i frågeguiden. Det talar för att patienterna hade reflekterat kring och sökt förklaringar till varför just de fick vänta på operation och uttryckte en förståelse för detta.

Patienternas acceptans för situationen visade sig även i den tacksamhet som uttrycktes under intervjuerna. Patienterna menade att de hade förståelse för personalen som arbetar i pressade situationer, med dålig arbetsmiljö och låga löner. De förstod att väntetiden inte berodde på personalen som vårdade dem, utan uttryckte en irritation över organisationen och vården i stort. Några patienter menade att personalen gjorde så gott de kunde under rådande omständigheter. Resultatet känns igen i Nyström et al. (2003) studie där patienter på en akutmottagning upplevde sig bortglömda av vårdpersonalen, men kopplade detta till brister i

vården och skyllde på sjukhusledning och politiker och inte på den personal som de träffade på akutmottagningen.

Trots den negativt präglade känslan av en lång och oviss väntan, uttryckte patienterna i studien ett stort förtroende och uppskattning för vårdpersonalens kunskap och bemötande. Upplevelsen av att vårdpersonalen var kunnig och visade omtanke skapade en viss trygghet för patienterna i sin situation. Patienterna upplevde att vårdpersonalen hade tålamod och visade på engagemang. Resultatet talar till viss del emot det som tidigare framkom i studien med känslor av oro, ovisshet och besvikelse, men visar på hur viktig vårdpersonalens bemötande är för patienter i utsatta situationer. En patient som vårdas i väntan på operation är i en beroendesituation till vården, vilket skapar en maktobalans mellan patient och personal där patientens underläge gör dem utsatta. Vårdpersonalen måste vara medveten om denna obalans för att kunna anpassa information och bemötande efter var patienten befinner sig.

Joyce Travelbees omvårdnadsteori bygger på synen att varje patient är en unik individ med en unik upplevelse av sin situation och hälsa. I sjuksköterskans omvårdnad av patienten måste hen se människan som en individ och anpassa bemötandet efter detta. Patienternas upplevelse och uppfattning kan inte generaliseras utifrån diagnos eller sjukdomstillstånd (Travelbee, 1971). I denna studie framkom det hur viktig kommunikation, eller brist på kommunikation, var för patienternas hälsa och välbefinnande. Bristen på kommunikation kunde skapa starka känslor av ensamhet, utsatthet och besvikelse, medan tydlig kommunikation och ett gott bemötande kunde vända detta och samtidigt skapa en trygghet för patienterna. Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan bör i sitt möte med patienten sträva efter att uppnå förståelse för att skapa en god mellanmänsklig relation. Kommunikation är det viktigaste verktyget i detta arbete och skapar det förtroende för sjuksköterskan som eftersträvas.

Slutsats

Resultatet av studien visade att patienter som fått vänta på en akut neurokirurgisk operation upplevde starka känslor av att känna sig bortglömd, ensam och utsatt. Framförallt skapade ovissheten kring väntetiden en oro. Samtidigt kunde patienterna känna en acceptans för situationen och en trygghet hos personalen. Det visar på vikten av kommunikation och vårdens bemötande av den väntande patienten. Inom akutsjukvården kan sjuksköterskan ha svårt att påverka hur länge patienter får vänta på operation, på akutmottagningen eller andra på andra instanser. I nära kontakt med patienten finns det dock möjlighet att påverka patientens upplevelse, trygghet och välbefinnande under väntan.

Klinisk tillämpbarhet

Väntetider i akutsjukvården kan vara svåra för sjuksköterskan att påverka och därför kan studiens resultat med fördel användas till att förbättra vården av den väntande patienten. Patientgruppens upplevelser av väntetiden visar på att det behövs rutiner för att säkerställa att patienterna informeras och blir delaktiga i sin situation. Kommunikationen mellan sjuksköterska och patient bör prioriteras för att minska känslan av ensamhet och att vara bortglömd. Den väntande patienten är i en utsatt situation och därför bör kunskapen om hur viktigt bemötandet av denna patient är uppmärksammas.

Denna studie syftade till att beskriva den väntande patientens upplevelse av sin situation. Utifrån resultatet skulle utökad forskning kunna genomföras för att förbättra vården och bemötandet av patientgruppen. Genom att efterfråga vilken slags information patienterna önskade och vid vilken tidpunkt, samt vad som för dem är viktigt i bemötandet skulle rutiner och riktlinjer kunna utarbetas.

REFERENSER

- Berntzen, H., Almås, H., Gran Bruun, A., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Grønseth, R. (2011). Perioperativ och postoperativ omvårdnad. I H. Almås, D-G Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (2 uppl., ss. 269-333). Stockholm: Liber.
- Blommengren, A., & Ohlgren, B. (2007). *Neurokirurgisk vård*. (1:2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Calman, R., Smithers, T., & Rowan, R. (2013). Impact of surgical waiting time on paediatric spinal deformity patients. *ANZ Journal of Surgery*, 83(12), 929-932. doi: 10.1111/ans.12196
- Dahlen, I., Westin, L., & Adolfsson, A. (2012). Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 1-9. doi: 10.2147/PRBM.S27790
- Doody, O., & Noonan, M. (2013) Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, 20(5), 28-32. doi: 10.7748/nr2013.05.20.5.28.e327
- Eskander, A., Devins, G.M., Freeman, J., Wei, A.C., Rotstein, L., Chauhan, N.,... Goldstein, D. (2013). Waiting for thyroid surgery: a study of psychological morbidity and determinants of health associated with long wait times for thyroid surgery. *The Laryngoscope*, 123(2), 541-7. doi: 10.1002/lary.23503
- Fejes, A., & Thornberg, R. (2015). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (2. uppl., ss. 16-43). Stockholm: Liber.
- Fitzpatrick, N., Breen D. T., Taylor, J., Paul, E., Grosvenor, R., Heggie, K., & Mahar, P. D. (2014). Parental satisfaction with paediatric care, triage and waiting times. *Emergency Medicine Australasia*, 26, 177-182. doi: 10.1111/1742-6723.12202
- Fitzsimons, D., Parahoo, K., Richardson, S.G., & Stringer, M. (2003). Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: a qualitative and quantitative analysis. *Heart & Lung: the journal of critical care*, 32(1), 23-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1067/mhl.2003.3>
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun - tekniker och genomförande*. 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(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Holm, S., & Hansen, E. (2000). *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hårdemark, H.-G., Persson, L., & Enblad, P. (2006). Skallskador. I J. Fagius & S.-M. Aquilonius (Red.), *Neurologi* (4. uppl., ss. 218-229). Stockholm: Liber.
- Järhult, J., & Offenbartl, K. (2013). *Kirurgiboken. Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. (5. uppl.). Stockholm: Liber.
- Koivula, M., Tarkka, M.-T., Tarkka, M., Laippala, P., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Fear and anxiety in patients at different time-points in the coronary artery bypass process. *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 811-822. doi: 10.1016/S0020-7489(02)00022-6

- Krippendorff, K. (2013). Content analysis. An introduction to its methodology. (3th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 169-176. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00266.x
- Mellergård, P., Mathiesen, T., & Linderöth, B. (1998). Neurokirurgisk omvårdnad. I P. Mellergård (Red.), *Grundläggande neurokirurgi* (ss. 286-296). Lund: Studentlitteratur.
- Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2015). Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 30-39. doi: 10.5539/gjhs.v7n4p30
- Möller, M., Fridlund, B., & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24, 746-754. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x
- Nurminen, M. (2012). Tid – vårdande tid. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1. uppl., ss. 279-290). Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, M., Nydén, K., & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit – a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 22-26. doi: 10.1016/S0965-2302(02)00135-2
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). London: Sage Publications.
- 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.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- SOSFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 18 december 2015 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19585/2014-12-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19990/2015-12-11.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Statistikdatabas för operationer i slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 27 december 2016 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed* (Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011). Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forsknings-sed/>



FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Till dig som har fått vänta på en akut neurokirurgisk operation.

På grund av olika faktorer får ibland patienter vänta på en akut neurokirurgisk operation. Tanken med studien är att öka förståelsen för hur du som patient upplever denna väntan för att kunna utveckla och förbättra omvårdnaden.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelse av att vänta på en akut neurokirurgisk operation.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i denna studie eftersom du inte opererats i direkt anslutning till att du blev inskriven på kliniken. Det är din upplevelse av väntetiden studien önskar att följa upp och beskriva. Studien bedrivs av en legitimerad sjuksköterska under vidareutbildning.

Hur går studien till?

Om du samtycker till att delta i studien kommer en intervju genomföras. Du kan själv välja plats för intervjun. Det finns möjlighet att genomföra intervjun i ett enskilt rum på kliniken, eller på annan valfri plats, exempelvis i ditt hem om du vill. Önskar du att genomföra intervjun efter att du har skrivits ut bör den genomföras inom 1-2 veckor. Intervjun består av ett antal frågor och kommer att ta cirka 30 minuter. Intervjun kommer att spelas in.

Risker

Ett deltagande i studien kommer inte att påverka din vård eller uppföljande undersökningar. Intervjun kommer endast röra din väntetid. Om du på något sätt skulle uppleva intervjun som besvärande kan du när som helst avbryta deltagandet utan att det påverkar din vård eller omhändertagande.

Hantering av data och sekretess

Dina personuppgifter och intervjumaterial kommer att hanteras konfidentiellt och inga obehöriga kommer kunna ta del av det. Materialet kommer att förvaras så att inga obehöriga kan ta del av det. Så fort inspelat material har skrivits ner på papper kommer det koda och inspelningen raderas. Inga uppgifter kommer att kunna härledas till dig som person. Citat från intervjun kan komma att användas, men vid behov formuleras om för att göra materialet oidentifierat.



Resultatet av studien kommer att presenteras som ett självständigt arbete på avancerad nivå, en så kallad magisteruppsats. När arbetet är godkänt av examinatorn på Sophiahemmet Högskola kommer det att publiceras i DiVA (Digitalt Vetenskapligt Arkiv) i enlighet med principerna för offentliga handlingar.

Information om studiens resultat

Om du önskar ta del av den färdiga uppsatsen kan du meddela forskaren.

Frivillighet

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst under studiens gång, och utan att uppge anledning, avbryta ditt deltagande. Ditt material kommer då raderas om inte redovisas i studien. Din vård, behandling eller eventuella uppföljande undersökningar kommer inte att påverkas om du avböjer deltagande.

Ansvariga

Studien är godkänd av klinikens verksamhetschef. Ansvariga för studien är xx xx, student och leg. sjuksköterska samt xx xx, handledare från Sophiahemmet Högskola. Om du har ytterligare frågor kring studien eller vill avbryta ditt deltagande, kontakta:

xx xx

Leg. Sjuksköterska

xx xx

Handledare

Med vänlig hälsning

xx xx, Leg. sjuksköterska



Samtyckesformulär

Jag har tagit del av informationen om studien och om hur den kommer att gå till.

Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är frivilligt och att jag när som helst, och utan att uppge anledning, kan avbryta mitt deltagande och mitt material kommer då raderas och inte redovisas i studien. Min vård kommer inte att påverkas.

Jag är medveten om att ingen obehörig kommer kunna ta del av materialet.

Jag har tagit del av informationen ovan och samtycker till att delta i studien kring patienters upplevelse av att vänta på en akut neurokirurgisk operation.

.....
Ort och Datum

.....
Underskrift forskningsperson

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och datum

.....
Underskrift projektansvarig

.....
Namnförtydligande



Intervjuguide

Inledning

Du är en av de personer som har fått vänta på din akuta neurokirurgiska operation efter att du har skrivits in på kliniken. Jag önskar få ställa några frågor kring detta.

- Hur gammal är du?
- Vad har du opererats för?

Innan inskrivning

- Var du inskriven på något annat sjukhus innan du kom till den neurokirurgiska kliniken?
- Alternativt: vårdades du på akutmottagningen innan du kom till den neurokirurgiska kliniken?
- Hur länge, ungefär, fick du vänta där?
- Hur upplevde du denna väntetid?
- Hur upplevde du informationen om att du skulle skrivas in på den neurokirurgiska kliniken?

Vid inskrivning på den neurokirurgiska kliniken

- Hur länge, ungefär, fick du vänta från att du kom till avdelningen till att du opererades?
- Fick du någon information om hur länge du skulle få vänta på att opereras?
- Hur upplevde du väntan?
- Hur upplevde du informationen från vårdpersonalen under tiden du väntade?
- Vad hade du för tankar medan du väntade?
- Vilka tankar hade du medan du väntade?
- Fanns det något positivt med att vänta?
- Fanns det något negativt med att vänta?

Efter operation

- Så här i efterhand, vad tar du med dig från vårdtiden?
- Avslutningsvis, är det något annat du vill framföra?