



**PATIENTERS UPPLEVELSE AV ATT FÅ SIN AKUTA
BUKOPERATION UPPSKJUTEN**
En intervjustudie

Kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Grundnivå

Examinationsdatum: 2015-06-03

Kurs: HT11

Författare:

Carola Carlson

Handledare:

Eugènia Larsson

Fanny Airoso

Examinator:

Monica Rydell

Karlsson

SAMMANFATTNING

Bakgrunden till föreliggande arbete bygger på att patienter påverkas negativt fysiskt och psykiskt utav uppskjutna elektiva operationer, med ökad smärta postoperativt och oro. Ett vårdlidande skapas hos patienten när det står klart för henne att ingen operation kommer att ske. En av sjuksköterskans uppgifter är att minska lidandet hos patienten därför är det av största vikt att beskriva patientens upplevelse av att få sin akuta operation uppskjuten, detta för att kunna få en ökad förståelse för hur patienten upplever det när deras operation blir uppskjuten och för att kunna förbättra omvårdnaden.

Syftet med denna studie var att beskriva hur patienter på en kirurgisk akutvårdsavdelning, med akut bukåkomma upplever det när deras akuta bukoperation blir uppskjuten.

Metoden som användes i studien var en kvalitativ intervjustudie där sju patienter som vårdades på en kirurgisk akutvårdsavdelning intervjuades. En ostrukturerad intervjumetod användes vid datainsamlandet, där patienterna fick en öppen fråga om hur han eller hon upplevde det när deras operation blev uppskjuten. Följdfrågorna som ställdes byggdes på vad patienterna svarade. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ manifest innehållsanalys.

Resultatet av insamlad data efter analysprocessen visade på fyra huvudkategorier; Bemötande, Information, Oviss väntan och Motvillig acceptans. Bemötandet från personalen på vårdavdelningen upplevdes dock som väldigt positivt då personalen var hjälpsam, omhändertagande och vänlig. Information om när operation skulle ske som gavs till informanterna upplevdes som bristande och även missvisande vilket skapade otrygghet hos informanterna. Delgavs informanten om varför de fick vänta på sin operation infann sig en förståelse och acceptans hos honom eller henne inför sin situation. Att inte veta när operationen skulle ske innebar en oviss väntan som skapade frustration, besvikelse och uppgivenhet hos informanterna men även fysisk påverkan som huvudvärk och pinn i benen. De informanter som hade tidigare erfarenhet från sjukhusvistelser uppvisade en motvillig acceptans för sin situation. Det som framkom från de sju genomförda intervjuerna var att patienter som får sin akuta bukoperation uppskjuten kände sig åsidosatta, bortprioriterade och osynliga av det bemötande de fick från sjukvården när det gällde att bli opererad inom sagd tidsram, vilket skapade ett vårdlidande. Paradoxalt framkom även att vårdpersonalens bemötande av patienterna på vårdavdelningen var väldigt uppskattad och gjorde så att patienterna kände sig omhändertagna.

Slutsatsen är att vården måste förbättra sitt samarbete mellan vårdavdelning och operationsavdelning så att adekvat information kan ges till patienten och på så sätt göra deras väntan på operationen mindre oviss som i sin tur leder till att patienten kanske inte känner sig åsidosatt och osynliggjord.

Nyckelord: Uppskjuten operation, akut operation, upplevelse, preoperativ oro, bemötande

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hälso- och sjukvården	1
Lidande.....	1
Kirurgisk akutvårdsavdelning	2
Den preoperativa omvårdnaden	2
Information och bemötande	3
Preoperativ oro och väntan	3
Konsekvenser av uppskjuten operation	4
Orsaker till att operation skjuts upp	4
Problemformulering.....	5
SYFTE	5
METOD	5
Urval	5
Genomförande	6
Databearbetning och analys	6
Trovärdighet	7
Forskningsetiska övervägande	8
RESULTAT	9
Bemötande.....	9
Information	10
Oviss väntan.....	11
Motvillig acceptans.....	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	14
Slutsats.....	17
Fortsatt forskning.....	17
REFERENSER	18

Bilaga I	BREV TILL VERKSAMHETSCHEFEN
Bilaga II	SAMMANFATTNING AV STUDIENS UPPLÄGG OCH INNEHÅLL
Bilaga III	INTERVJUFRÅGOR
Bilaga IV	FORSKNINGSPERSONSINFORMATION
Bilaga V	SAMTYCKE

INLEDNING

Sjuksköterskan ska enligt den etiska kod som professionen har främja hälsa och minska onödigt lidande (International Council of Nurses, 2012).

Akuta operationer kan inte inplaneras i förväg så som de elektiva kan, utan måste plötsligt genomföras utifrån patientens sjukdomstillstånd (Lindskog, 1997).

Som sjuksköterska på en kirurgisk akutvårdsavdelning möter hon eller han ibland patienter som får sin akuta operation uppskjuten, därmed måste sjuksköterskan kunna möta och förstå patienten i dennes situation.

BAKGRUND

Hälso- och sjukvården

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vård bedrivas på ett sådant sätt att god vård ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Detta innebär att vården ska: vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Som personal inom hälso- och sjukvården ska hon eller han utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Individuellt anpassad information ska ges till patienten om bland annat dennes sjukdomstillstånd och de olika metoder för undersökning, vård och behandling som finns (SFS 1998:531).

Lidande

Katie Eriksson tar upp i sin bok ”Den lidande människan” (2005), tre olika former av lidande inom vården. Sjukdomslidandet, som handlar om att sjukdom och vårdande kan skapa ett lidande för patienten genom att det kan tillfoga patienten smärta. Smärtan för patienten kan vara den kroppsliga smärtan orsakad av sjukdomen och dess behandling. Men smärtan kan också vara själslig och andlig genom att patienten utsätts för förnedring, skuld och/eller skam i relation till hennes sjukdom och behandling. Detta kan erfaras av patienten själv, från vårdpersonalens attityd eller från det sociala sammanhanget som patienten befinner sig i. Inom hela sjukvårdssystemet finns det många situationer som kan upplevas kränkande och förnedrande för en människa som är sjuk och för hennes/hans anhöriga. Det kan vara att patienten själv tvingas att söka information, fråga, och vänta.

Vårdlidandet sammanfattas utav Eriksson (2005) av fyra övergripande kategorier; Kränkning av patientens värdighet, Fördömelse och straff, Maktutövning och Utebliven vård.

Enligt Eriksson (2005) innebär kränkning av patientens värdighet, att patienten fråntas sin möjlighet till att fullt och helt vara människa. Detta kan ske vid slarv när det gäller att skydda patientens integritet eller vid brister i sin etiska hållning samt när patienten inte får ta plats, ses eller höras. Ibland förekommer fördömelse och straff inom vården, då vårdaren med sitt kunnande inte tycker att patienten själv har rätt att välja vad för denne är bäst. Han eller hon passar inte in i vårdarens bild av den ”perfekte patienten” och straffas till exempel genom att inte få den vård hon/han behöver inom rimlig tid. Att utöva makt inom vården kan innebära

att patienten tvingas till att utföra handlingar som denne inte orkar med eller inte själv skulle ha gjort utav fri vilja. Utebliven vård är att kränka människans värdighet. Att vårdaren inte ger patienten den vård hon behöver kan bero på att hon/han inte ser eller kan bedöma vad patienten har för behov av stöd.

Livslidandet beskrivs av Eriksson (2005) att det är allt lidande som är relaterat till allt vad det innebär att leva och vara en människa bland andra människor.

Maria Arman (2012) tar upp lidandet som verb och som substantiv i boken *Vårdvetenskapliga begrepp – I teori och praktik*, där lidandet som verb innebär att genomleva och utstå smärta, att vidkänna smärtsamma omständigheter, att genomgå, att uthärda, fördrå (finna sig i), tåla och bära. Hon kopplar där lidandet till en specifik omständighet som att lida av en sjukdom. Då blir lidandet ett attribut till sjukdom. Sätts lidande som ett substantiv blir den mänskliga upplevelsen av lidande i centrum. Lidandet blir en plåga, smärta, kval, pina, en prövning och tålande.

Kirurgisk akutvårdsavdelning

En kirurgisk akutvårdsavdelning kan vara en del av akutkliniken och är en kortvårdsavdelning med vårdtider upp till fem dygn där patienterna framförallt kommer från akutmottagningen. De patienter som främst vårdas där läggs in med olika bukåkommor, så som appendicit, ileus, cholecystit, pankreatit, divertikulit, gastro-intestinalablödningar samt oklara buksmärtor som vidare behöver utredas. Målet för avdelningen är att patienterna som kommer till avdelningen ska bli färdigbehandlade där, men krävs det längre sjukdomsutredningar så ska patienten så snabbt som möjligt komma till en specialistavdelning (KAVA, Karolinska Universitetssjukhuset, 2014).

De patienter som läggs in på en kirurgisk akutvårdsavdelning har på akutmottagningen bedömts av kirurgläkare, att de har ett akut tillstånd som eventuellt behöver åtgärdas genom operation. Om patientens tillstånd inte är så akut att det behöver åtgärdas omedelbart, kan patienten observeras och behandlas under några timmar, eller upp till några dygn inne på avdelningen för nytt ställningstagande (Bengmark, Bergentz, Rydholm & Zederfeldt, 1996).

Den preoperativa omvårdnaden

En kirurgisk behandling kan delas in i tre faser, preoperativ, peroperativ och postoperativ fas oavsett om det kirurgiska ingreppet är akut eller elektivt. Den preoperativa fasen startar dock från och med att beslutet tas att patienten behöver operation och slutar i och med att patienten kommer in på operationssal och den peroperativa fasen tar vid. Sjuksköterskan är den som ansvarar för och utför den preoperativa omvårdnaden till patienten (Holm & Hansen, 2000).

Sjuksköterskan ansvarar även för att de medicinska ordinationerna patienten får av läkaren utförs. Det kan vara att patienten ska fasta och få vätskebehandling intravenöst och att de blodprover som behövs inför operationen tas, samt att ge adekvat smärtlindring och behandling mot illamående till patienten. (Bengmark et al., 1996).

I den preoperativa omvårdnaden ingår det att identifiera hur väl psykiskt förberedd patienten är för det väntade ingreppet och ta in grundläggande data för senare jämförelser. Patientinformation ska ges anpassad efter situation där sjuksköterskan förklarar händelserna inför operationen, tidsföljd och vad patienten kan uppleva eller känna efter ingreppet och vad patienten kan göra och vad vårdpersonalen kan göra för att lindra eventuella obehag (Holm & Hansen, 2000).

Den information som sjuksköterskan ger till patienten ska hjälpa patienten att känna sig trygg och förberedd inför operationen och efter operationen. Studier har visat att patienter som får information om hur smärta kan se ut efter en operation och hur patienten kan hantera den smärtan, och vikten av att komma upp ur sängen och röra på sig efter en operation. Upplever mindre oro i samband med väntan på operationen och har ofta mindre ont efter operationen, de är också uppe ur sängen tidigare än patienter som inte har fått denna information (Li-Ying & Ruey-Hsia, 2004).

Information och bemötande

Patientlagen (SFS 2014:821) har från och med i år, 2015, förtydligats för att stärka patienternas rättigheter till bland annat information. Att ge information till en patient åligger all vårdpersonal utifrån deras profession och kunskap. Information ska skapa en känsla av trygghet, kunskap, säkerhet och tillit och det sker i en dialog med sjukvårdspersonalen. Utan denna dialog blir informationsutbytet en passiv och ensidig aktivitet då patienten inte involveras i sin vård och hennes eller hans behov inte uppmärksammas utan antas reagera passivt på den givna informationen (Klang Söderkvist, 2007).

Bemötande är ett relativt abstrakt begrepp enligt Bjöörn Fossum (2007) och som rymmer många dimensioner. Men enligt Fossum (2007) handlar bemötande bland annat om vänlighet, hjälpsamhet, människosyn, människovärde, kvalitet, information; korrekta besked och upplysningar, respekt, värme och engagemang, uppträdande, mottagande, behandling och tonfall. Hur människor bemöts beror i stor grad på förutsättningar som skapats av yttre faktorer så som värderingar, resursbrist och otydliga regler som ändras ofta visar Socialdepartementets rapport SOU 1999:21 på om bemötande av funktionshindrade.

Socialstyrelsen har i uppdrag från regeringen att återkommande rapportera om förhållandena i hälso- och sjukvården och den senaste rapporteringen är från 2009. I denna rapport har Socialstyrelsen sammanställt landets patientnämnders anmälningsstatistik för att se inom vilka områden vårdsökande upplever en brist. Under åren 2000-2007 har antalet anmälningar under kategorin kommunikation, bemötande och information ökat med hela 41 procent, den totala mängden ärenden under samma antal år har ökat med 28 procent. Ökningen kan till viss del bero på att anmälningsbenägenhet och ökad kunskap om möjligheten att anmäla till patientnämnderna men det kan inte ses som hela förklaringen (Socialstyrelsen, 2009).

Preoperativ oro och väntan

Tidigare erfarenheter av operation, smärta, psykisk ohälsa, om patienten känner sig trygg och välinformerad är faktorer som tidigare studier påvisat påverka patientens oroskänsla eller rädsla inför sin operation (Caumo et al., 2001; Rosén, Svensson & Nilsson, 2008).

I Ivarsson, Larsson och Sjöbergs studie från 2004 framkom det även att patienter kände rädsla för att väntan på operationen skulle förvärra deras sjukdomstillstånd. Patienterna i denna studie skulle genomgå en hjärtoperation och i en av studiens kategorier beskrivs patienternas fysiska och psykosomatiska problem som de led av på grund av att operationen blev uppskjuten. Några av de rapporterade symptomen var bröstsmärta, takykardi, illamående, sömnsvårigheter samt rädslan att få en hjärtattack.

Kvalvaag Grønnestad och Blystad (2004) visade i sin studie som genomfördes på patienter som genomgått en elektiv operation i sin mage/tarm, att patienterna upplevde en trygghetskänsla när de fick svar på hur deras hälsotillstånd var och vilka framtidsutsikter det fanns, vad de kunde förvänta sig, hur de skulle förhålla sig till det de skulle genomgå och om de var i trygga händer på sjukhuset. Resultat delades in i tre huvudteman och ett huvudtema handlade om ”patientens erfarenheter av information i olika faser i sjukhusvistelsen”. Studien

visade att i den preoperativa fasen uttryckte patienterna att väntan på ovanstående information upplevdes som svår och att patienterna önskade få information på vad som skulle göras och på vad de kommer att få vänta på. Patienterna uttryckte också att de behövde emotionellt stöd i sin väntan på diagnos och behandling (Kvalvaag Grønnestad & Blystad, 2004).

Den preoperativa oron kan öka med tiden vid väntan. I Harkness, Morrow, Smith, Kiczula och Arthur (2003), studie undersöktes om tidig patientutbildning kunde minska den preoperativa oron hos patienter som väntade på elektiv hjärkateterisering. Resultatet visade att patienterna i högre utsträckning rapporterade om sin oro om de hade genomgått patientutbildning inför hjärkateteriseringen och att väntan inför operationen överlag hade en negativ påverkan på patientens oro och livskvalitet.

Konsekvenser av uppskjuten operation

Studier visar att uppskjutna elektiva operationer påverkar patienten negativt med ökad smärta, oro, depression och minskad tilltro till sjukvården (Ivarsson, Kimblad, Sjöberg & Larsson, 2002; Ivarsson, Sjöberg & Larsson, 2004; Ohlsson & Forsberg, 2006).

Dada Eldas och Eti Aslan (2004) visade i sin studie att uppskjutna operationer även kunde påverka patienten negativt postoperativt. De studerade 100 ortopediska patienter på ett turkiskt sjukhus som kom för elektiv operation i nedre extremiteterna. Innan operation hade dessa patienter fått svara på en enkät om personkaraktäristiska (kön, ålder, utbildning, civilstånd och yrke) samt skatta sin oro enligt Spielberger State and Trait Anxiety Scale. Båda patientgrupperna fick återigen skatta sin oro enligt samma metod, efter operationen, men undersökningsgruppen fick även skatta sin oro direkt efter beskedet om att operationen blev uppskjuten. Smärtan skattades postoperativt hos patienten regelbundna intervaller sex gånger inom en tidsrymd av 48 timmar, enligt ett instrument som används inom den turkiska sjukvården för smärtskattning, (Verbal Category Scale). Undersökningsgruppen utgjordes av femtio patienter som hade fått sin planerade operation uppskjuten på den planerade operationsdagen. Kontrollgruppen bestod av de femtio patienter som fick sin operation genomförd på planerad dag. De fann också att undersökningsgruppen uppvisade mer oro direkt efter att de hade blivit informerade om att deras operation skulle skjutas upp jämfört med efter operationen. Undersökningsgruppen uppvisade även mer smärta i efterförloppet mot vad kontrollgruppen gjorde som hade fått sin operation utförd på planerad dag.

I en svensk explorativ pilotstudie gjord 2011 av Magnusson, Felländer - Tsai, Hansson och Ryd fann de att de postoperativa komplikationerna var signifikant högre hos patienter som hade fått sin planerade elektiva operation uppskjuten jämfört med de patienter som fick sin operation på planerad dag. De utmärkande komplikationerna som framkom i denna studie var depression, urinvägsinfektioner, sårinfektioner och hjärtinfarkter. Där hjärtinfarkt var den enda komplikationen som nådde den statistiska signifikanta gränsen.

Orsaker till att operation skjuts upp

Den vanligaste sjukhusrelaterade orsaken till inställda eller uppskjutna operationer är att det inte finns operationstider eller operationssalar. Patientrelaterade orsaker till att operation ej blir av är infektioner och feber eller att patienten ej längre vill bli opererad (Schofield et al., 2005; Kumar & Gandhi, 2012; Laisi, Tohmo & Keränen, 2013). Andra orsaker till operationer skjuts upp är att det saknas postoperativa vårdplatser, patienten är inte klar för operation, det saknas kirurg, nödvändiga instrument saknas och administrativa orsaker som att patienten har fått fel tid för operationen eller kirurgen arbetar inte den schemalagda dagen (Schofield et. al., 2005).

Problemformulering

Patienter påverkas negativt fysiskt och psykiskt utav uppskjutna elektiva operationer, med ökad smärta postoperativt och oro. Ett vårdlidande skapas hos patienten när det står klart för denne att ingen operation kommer att ske. En av sjuksköterskans uppgifter är att minska lidandet hos patienten därför är det av största vikt att beskriva patientens upplevelse av att få sin akuta operation uppskjuten, detta för att kunna få en ökad förståelse för hur patienten upplever det när deras bukoperation blir uppskjuten och för att kunna förbättra omvårdnaden.

SYFTE

Syftet var att beskriva hur patienter på en Kirurgisk Akutvårdsavdelning, med akut bukåkomma upplevde det när deras akuta bukoperation blev uppskjuten.

METOD

En kvalitativ intervjustudie genomfördes och med en öppen fråga kunde patienternas upplevelse av den uppskjutna akuta bukoperationen beskrivas och ge ökad förståelse för patientens situation. Den kvalitativa ansatsen utgår från hur individen tolkar, upplever och strukturerar sitt liv i förhållande till tidigare erfarenheter, verkligheten blir en individuell, social och kulturell konstruktion (Backman, 1998). Enligt Kvale (1997) söker den kvalitativa forskningsintervjun förstå världen ur de intervjuades synvinkel, utveckla innebörden av människors erfarenheter, frilägga deras livsvärld före de vetenskapliga förklaringarna.

Urval

Patienter som vårdades på en Kirurgisk Akutvårdsavdelning tillfrågades om deltagande i studien efter att de hade fått information om att deras operation skulle bli uppskjuten och intervjuades därefter.

Inklusionskriterierna för studien var att informanten kunde tala och förstå svenska, var minst 18 år, inläggande med en akut bukåkomma och var i behov av en akut bukoperation, anmäld i sjukhusets operationsplaneringssystem för akut operation samt hade fått sin planerade akuta bukoperation uppskjuten.

Exklusionskriterierna för studien var känd demenssjukdom eller förvirringstillstånd samt om patienten hade blivit vårdad av författaren.

Studiedeltagare

Översikt av studiedeltagarna och operationsorsak presenteras i Tabell I.

Tabell I. Deltagare i studien

Patient	Kön	Födelseår	Operationsorsak
Patient 1 (Pilot)	Kvinna	1934	Cholecystit
Patient 2	Man	1932	Ventrikeldilatation
Patient 3	Kvinna	1943	Cholecystit
Patient 4	Kvinna	1964	Explorativ laparotomi, loopileostomi
Patient 5	Man	1946	Cholecystit
Patient 6	Man	1959	Cholecystit
Patient 7	Kvinna	1989	Cholecystit

Genomförande

Innan studien genomfördes inhämtades tillstånd från klinikens verksamhetschef för att få genomföra intervjuerna på avdelningen (**bilaga I** och **bilaga II**). Intervjuerna genomfördes av författaren under tidsperioden 6 mars 2013 till 9 januari 2014. Inga intervjuer gjordes under julen och sommaren. Informanterna till föreliggande arbete valdes ut av författaren efter genomgång av avdelningens patientliggare utifrån ovanstående kriterier och efter samtal med omvårdnadspersonalen gällande hur den tänkta informanten stod i förhållande till kriterierna. Som urvalsmetod tillämpades bekvämlighetsurvalet eller tillfällighetsurvalet, som är en icke slumpmässig urvalsmetod. Detta innebar att urvalet gjordes på de för tillfället befintliga patienter som fanns på avdelningen när författaren också befann sig där (Denscombe, 2009; Olsson & Sörensen, 2011).

Totalt tillfrågades sju patienter och samtliga tackade ja till att delta i studien. Fyra kvinnor och tre män i åldrarna 25 - 80 år.

En ostrukturerad intervjumetod användes i studien, där patienten fick en öppen fråga (**bilaga III**) om hur han eller hon upplevde det när deras operation blev uppskjuten. Följdfrågorna (**bilaga III**) som ställdes byggde på vad patienten svarade. Till exempel ”kan du beskriva det mer”. En provintervju gjordes utan att några justeringar gjordes efter denna intervju och den bedömdes sedan kunna ingå i materialet.

Informanterna fick muntlig och skriftlig information (**bilaga IV**) om studien av författaren till föreliggande arbete och fick skriva under ett samtycke (**bilaga V**) om deltagande i studien. De informerades om hur intervjun var tänkt att genomföras innan intervjun startade. Intervjun spelades in med hjälp av en i-pads inspelningsfunktion för att sedan sparas som en ljudfil i datafilshotellet Dropbox inför transkribering och analys.

Intervjuerna ägde rum i avdelningens samtalsrum eller i forskningssjuksköterskans rum, om patienten hade ett enkelrum genomfördes intervjun på dennes rum. Själva intervjuerna tog i medeltal 14 minuter att genomföra.

Databearbetning och analys

Insamlad data bearbetades med hjälp av kvalitativ manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Den manifesta innehållsanalysen bygger på analys av de synliga och uppenbara komponenterna i en text, till skillnad från latent innehållsanalys som tolkar den underliggande meningen i en text. Båda fokuserar på tolkningar av en text men tolkningarna varierar i djup och abstraktionsnivå (Graneheim & Lundmans, 2004).

Intervjuerna transkriberades ordagrant och därefter lästes de igenom flera gånger för att identifiera meningsbärande enheter i texten. De meningsbärande enheterna kortades ned (kondenseras), kodades och grupperades i underkategorier och kategorier. Till detta arbete användes en analysmatris. Tabell II visar två exempel på hur analysmatrisen såg ut när matrisen var färdigställd. De meningsbärande enheterna som framkom ur den transkriberade texten och de kondenserade meningsbärande enheterna samt de koder som framkom ur de kondenserade meningsbärande enheterna fördes in i matrisen med en markering från vilken intervju och vart i intervjun de var tagna för att lätt hittas under arbetets gång. Därefter skrevs matrisen ut på papper för att koderna skulle kunna klippas ut med vanlig sax. Koderna ordnades i grupper efter de likheter som fanns hos dem och klistrades upp på papper. De grupperna bildade underkategorierna. Underkategorierna ordnades också i grupper efter de

likheter som de hade gemensamt och bilade sedan huvudkategorierna. Arbetet med underkategorier och huvudkategorier skedde genom diskussioner med handledarna där författaren först hade tagit fram ett förslag på underkategorier och huvudkategorier att diskutera utifrån. Graneheim och Lundman (2004) anser att det är bra att ta hjälp av kollegor för att säkerställa en trovärdighet i datainsamlingen och analysprocessen så att den stämmer med ens syfte och för att uppnå ett samförstånd i studien.

Tabell II. Exempel på meningsbärande enhet, kondenserad meningsbärande enhet, underkategori och huvudkategori

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Ja, men det är väl just det här att inte bli sedd. (Patient 3, 3e)	Att inte bli sedd. (3e)	Känslan av att vara osedd/osynlig (3e)	Känsla av att bli åsidosatt	Bemötande
Men just idag när de sa att det var en levertransplantation, o så ja, det ska gå före, det accepterar jag. (Patient 1, 1e)	Accepterar sin situation när information om att en levertransplantation pågår (1e)	Information ger acceptans (1e)	Information ger förståelse	Information

Trovärdighet

Författaren till föreliggande arbete valde att utgå från Graneheims och Lundmans (2004) termer för trovärdighet, det vill säga credibility, dependibility och transferability.

Credibility

Handlar om hur bra datainsamlingen och analysprocessen är i förhållande till syftet med studien. Genom att välja informanter med varierande erfarenhet och ålder ökar möjligheten att få en större bredd i svaren i den valda undersökningsfrågan än om informanterna har samma erfarenhet och är i samma ålder. I föreliggande studie var könsfördelningen jämnt fördelat över studiedeltagarna och åldersfördelningen hos studiedeltagarna visade sig bli bred, Tabell I. Datainsamlingsmetod och vilken mängd data som insamlats och dess kvalitet är också viktigt. En kritisk punkt är valet av de mest passande meningsbärande enheterna. Väljs en meningsbärande enhet ut för brett, t.ex. med för många stycken så skapar det problem med att styckena innehåller varierande betydelse. Blir valet för snävt, t.ex. ett ord, kan det resultera i att det blir fragmenterat. I båda fallen finns det en risk att textens betydelse förloras i kondenserings- och abstraktionsprocessen. Genom att illustrera hur meningsbärande enheter, kondensation och abstraktion är framtaget kan läsaren bedöma credibility för arbetet, vilket författaren till föreliggande arbete har gjort i tabell II. Credibility beror också på hur väl kategorierna och teman täcker ens data. Så att relevant data inte har blivit oavsiktligt eller systematiskt exkluderat, eller att irrelevant data har inkluderats. För att ge tyngd till studien och visa på de likheter och olikheter som finns mellan kategorierna visas representativa citat från den transkriberade texten. Credibility ökar också genom att ta hjälp av kollegor, experter och andra aktörer för att uppnå ett samförstånd om studien. Författaren till föreliggande arbete förde en diskussion med handledarna under analysprocessen för att uppnå ett samförstånd om studien (Graneheim & Lundman, 2004).

Dependability

Pålitlighet. Beskriver hur data förändras över tiden och hur modifieringar under analysprocessen kan påverka resultaten. Vid stora datamängder och när datainsamling sträcker sig över en lång tidsperiod finns det risk för inkonsekvens under datainsamlandet. Det kräver en viss balansgång hos intervjuaren som ska försöka ställa samma fråga till alla deltagare men samtidigt har tillägnat sig nya insikter i studieämnet som i sin tur påverkar följdfrågorna. Genom en öppen dialog med forskningslaget så kan man bedöma likheterna och olikheterna i ämnet är konsekvent över tid. I föreliggande arbete fördes en dialog mellan författare och handledare för att kunna bedöma likheterna och olikheterna i ämnet (Graneheim & Lundman, 2004).

Transferability

Översätts till överförbarhet och beskriver hur resultaten kan överföras till andra bakgrunder och grupper. Därför är det viktigt att beskriva klart och tydligt i vilket sammanhang ämnet har tittats på, hur urvalet ser ut vad som är utmärkande hos deltagarna och hur processen vid datainsamlandet och analysen har sett ut. Genom att lyfta fram talande citat från intervjuerna kan överförbarheten förstärkas. I resultatet lyfts citat från intervjuerna i föreliggande arbete fram. Graneheim och Lundman (2004) föreslår också att det är upp till läsaren av studien som bestämmer om fynden i en studie är överförbart till ett annat sammanhang.

Forskningsetiska övervägande

Tillstånd för att genomföra intervjuerna inhämtades från verksamhetschefen. Studien är en del av avdelningens kvalitetsarbete samt en uppsats i utbildningssyfte och därmed behövs ingen separat ansökan sändas till Etikprövningsnämnden (Etikprövningsnämnden, 2013).

Deltagarna i studien erhöll skriftlig och muntlig information om studiens syfte och metod samt fick lämna skriftligt samtycke. Patienterna informerades om att deltagandet i studien var helt frivillig och kunde när som helst avbrytas utan att motivering behövde lämnas. Vidare informerades patienterna om att all data behandlas konfidentiellt och kommer att förstöras när uppsatsen är godkänd. Den risk som patienterna utsattes för kunde kopplas till konfidentiteten, risken att obehöriga kunde få tillgång till persondata och intervjuinnehåll som lämnats i förtroende till författaren (Vetenskapsrådet, 2011).

RESULTAT

Resultatet beskrev informanternas upplevelse av den uppskjutna akuta bukoperationen. Analysprocessen av den insamlade datan resulterade i fyra huvudkategorier; Bemötande, Information, Oviss väntan och Motvillig acceptans och 10 underkategorier (Tabell III). Huvudkategorierna utgjorde även rubrikerna för presentationen av resultatet. Utifrån dessa huvudkategorier framträdde ett övergripande tema ”En uppskjuten operation, påverkar patienten negativt och skapar ett vårdlidande”. Temat tydliggör betydelsen av upplevelsen för patienten.

Kategorier

Tabell III. Framkomna underkategorier.

Underkategori	Huvudkategori
Känsla av att bli åsidosatt	Bemötande
Känsla av att fraktas till operation	
Känsla av omhändertagande	
Bristande information	Information
Information ger förståelse	
Missvisande information	
Psykisk påverkan	Oviss väntan
Fysisk påverkan	
Påverkan på privatlivet	
Motvillig acceptans	Motvillig acceptans

Bemötande

Kategorin bemötande växte fram ur följande underkategorier; *känsla av att bli åsidosatt, känsla av att fraktas till operation, samt en känsla av omhändertagande.*

Det framkom att informanter kände sig åsidosatta, bortprioriterade och osynliga i samband med att deras bukoperation sköts upp, uttryckt enligt följande

”Jag hade väldigt ont! Och nånstans så, var och en står sig ju själv närmast så blir man deprimerad av att det är så lätt att peta mig åt sidan. För det är så man upplever det som patient. Visst, rent tankemässigt så visst förstår jag att det finns sånt som, såna som har det sämre än jag. Men i den situationen betyder det ingenting för det är mig de ställer åt sidan!”
(Patient 3)

En annan patient uttrycker denna osynlighet som att bli behandlad som ett kolli som bara ska fraktas från punkt A till punkt B.

”...Jag tror inte vårdpersonalen kan göra någonting när, om de inte får besked från läkare och sånt där hur hur det är organiserat för att, här som vårdpersonal tror jag inte att man har så mycket att säga till om utan, man ord... fraktar ner patienten.”
(Patient 2)

Samtliga informanter ansåg dock att bemötandet från personalen på vårdavdelningen upplevdes som väldigt positivt. Personalen var hjälpsam, omhändertagande och vänlig.

”...Men som jag säger, personalen var helt ljuvlig. Trots att jag var svårstucken (skratt) och eländes elände.”
(Patient 3)

”...Jag tycker att de (personalen) är jättetrevliga, jättegoda, härliga. De gör så gott de kan.”
(Patient 2)

Information

Information är en viktig del av omvårdnaden och denna kategori växte fram ur dessa underkategorier; *Bristande information, Information ger förståelse* och *Missvisande information*.

Den bristande information upplevdes under vårdtiden framför allt när det gällde information om när operationen skulle ske. Detta skapade en otrygghet och en oro hos patienten som hela tiden var på helspänn inför operationen.

”Bra! För där måste jag ju säga att, kanske man lite tidigare hade sagt, nu kan du koppla av för det blir ingenting idag. Eftersom stresspåslaget är ganska stort, så hade det varit skönt.”
(Patient 3)

Det gick till och med så långt att en informant blev nedskjutsad till den preoperativa avdelningen då avdelningspersonalen hade fått information från preoperativa avdelningen att informanten skulle komma dit. Väl där fick han vänta i flera timmar utan att någon bukoperation gjordes. Han uttryckte det så här:

”Under tiden, det kanske skulle bli uppskjutet? Det var ingen var och pratade med mig under tiden ja låg där nere (patienten hade kommit till pre-op och fick efter flera timmar komma tillbaka till avdelningen utan att operationen hade genomförts).”
(Patient 6)

Det fanns informanter som ansåg att informationen de hade fått var missvisande och de kände sig lurade. Informationen om att det skulle finnas tid för deras bukoperation dagen efter hade de fått utav operationspersonal som de träffade.

”Men, jag träffade narkosläkaren i går och han sa att det idag på förmiddagen hade knappast några inbokningar alls, så att det måste ha skett då många enligt mitt förmenande, många akutfall, och det kanske det gör det alltid, det vet jag inte.” (Patient 3)

”Ah man blir ju less, om man blir lovad en sak dan efter då kanske.” (Patient 6)

Förståelse eller viss förståelse för sin situation ansåg informanterna att de fick om de delgavs information om varför de fick vänta. Detta gjorde det lättare för dem att acceptera varför det dröjde innan de fick sin bukoperation.

"...men just idag, när de sa att det var en levertransplantation, o så ja, det ska gå före. Det accepterar jag fullt." (Patient 1)

Oviss väntan

Underkategorierna; *Psykisk påverkan*, *Fysisk påverkan* och *Påverkan på privatlivet* skapade kategorin *Oviss väntan*.

Att inte veta när bukoperationen skulle bli av skapade oro och otrygghet och väldigt mycket frustration hos informanterna. De upplevde besvikelse och ledsamhet över att inte få sin bukoperation gjord då det hade sagts att den skulle bli av.

Denna ovissa väntan gav både psykisk och fysisk påverkan hos informanterna. Den psykiska påverkan visade sig genom att informanterna känner sig nedstämda, ledsna och uppgivna över att till exempel inte bli färdigbehandlade. Alla informanter uttryckte också en känsla av besvikelse och frustration. Besvikelse och frustration över att de inte fick bli opererad någon gång.

"Ja, själva uppskjutandet, att jag inte blir färdig, färdigbehandlad." (Patient 1)

"...Det första som blir är besvikelse. Asså typ, att man sitter här och väntar o att det inte händer nånting, åh, frustration lite grann. Asså, att man blir – ja, lite nere över att man behöver vänta liksom. Åh att man vet att det inte kommer att bli på hela dan, att man får vänta ett helt dygn till... (Patient 7)

Medan den fysiska påverkan gav till exempel huvudvärk.

"Jag fick ju liksom ont i huvudet, å bara sitta inne, det blir så här, det pirrar i benen liksom, att man - vet inte vad ja ska göra liksom, fördriva tiden med liksom." (Patient 7)

Att inte veta när bukoperationen ska ske påverkade även informanternas privatliv då eventuella planer måste ändras, anhörigas planer måste ändras eller att partnern måste vara ledig från sitt jobb längre än planerat för att ta hand om familjen.

"För att vi har en handikappad dotter hemma, så min fru jobbar natt då, så hon har behövt ta semester bara för att hon måste vara hemma då, när jag vart här då. Hade jag kommit hem tidigare så hade det kanske blivit bättre för oss då." (Patient 6)

Motvillig acceptans

Underkategori och kategori förblev lika då patienter som hade en tidigare erfarenhet eller förståelse för hur det kunde fungera inom sjukvården, talade om en viss acceptans för sin situation. Om än motvillig acceptans.

De verkade ha tagit till sig informationen om varför de väntade och varför de måste stanna kvar på sjukhuset och eventuellt vilka andra möjligheter det fanns för att åtgärda problemet och relaterat det till tidigare erfarenheter av liknade händelser.

... "Eftersom jag har varit mycket på sjukhus så vet jag att många saker kan stöta till..."

Och det är inte bara på sjukhus som man skjuter upp saker och ting, man gör det även på andra ställen, så man måste acceptera vissa saker.” (Patient 2)

”Å å komma tillbaka till en planerad operation sen, det, jah, det är väl accepterat men det är ju inte riktigt det man vill.” (Patient 5)

DISKUSSION

Metoddiskussion

En av sjuksköterskans uppgifter enligt ICN är att minska patientens lidande, författaren till denna studie upplevde från eget kliniskt arbete att patienter som fick sin akuta bukoperation uppskjuten blev frustrerade och nedstämda, de verkade lida av situationen de befann sig i. I och med det så väcktes intresset för att få svar på hur patienten upplevde det att få sin akuta bukoperation uppskjuten. Författaren valde att göra en kvalitativ studie för att på bästa sätt beskriva syftet.

Enligt Kvale (1997) försöker den kvalitativa forskningsintervjun förstå världen ur de intervjuades synvinkel, utveckla innebörden av människors erfarenheter, frilägga deras livsvärld före de vetenskapliga förklaringarna. Utifrån det valde författaren till föreliggande studie att använda intervjuer som datainsamlingsmetod. Författaren och handledarna ansåg att den kvalitativa forskningsintervjun var den bästa metoden för att få svar på syftet och undersökte därmed inte möjligheten till att göra en litteraturstudie eller att använda enkäter som datainsamlingsmetod.

Intervjuerna till föreliggande arbete utfördes av författaren själv. Fördelen med att personligen närvara vid intervjuerna var att författaren kunde själv skapa förutsättningarna för intervjun och se informantens kroppsspråk och urskilja dennes nyanser i rösten. Kvale (2007) och Malterud (2011) talar om att som intervjuare interagerar forskaren med den som intervjuas genom att hon eller han känner sig trygg och omhändertagen och att intervjuaren lyssnar med ett öppet sinne och inte har svaren på frågan i förhand. Gillham (2008) rekommenderar också att intervjuerna görs ansikte mot ansikte då den intervjuades kroppsspråk kan avläsas vilket gör att intervjuaren får en djupare innebörd av svaren och att känsliga ämnen för den intervjuade kan upptäckas i tid och inte behöver beröras om det inte är nödvändigt. Författaren försökte ta ovanstående i beaktande under intervjuerna och göra intervjusituationerna för informanterna till en positiv upplevelse. Detta genom att försöka lyssna med ett öppet sinne på informanten och tänka på sitt egna kroppsspråk, det vill säga att försöka visa ett kroppsspråk som inbjöd till samtal. Författaren upplevde att intervjuerna ansikte mot ansikte underlättade transkriberingen av intervjuerna samt i analysen av intervjuerna då det var lätt att få fram känslan av hur det kändes under intervjun, hur informanten hade uttryckt det hon eller han sagt med sitt kroppsspråk.

Informanterna som intervjuades var patienter som hade fått sin akuta bukoperation uppskjuten och de var vårdade på en Kirurgisk Akutvårdsavdelningen i Stockholmsområdet. Informanterna tillfrågades av författaren till föreliggande arbete om deltagande i studien efter att de hade fått information om att deras operation skulle bli uppskjuten och intervjuades därefter. Då bekvämlighetsurvalet eller tillfällighetsurvalet, som är en icke slumpmässig urvalsmetod tillämpades, kunde det innebära att informanten hade legat inne någon dag redan och fått sin operation uppskjuten mer än en gång. Vilket kan ha påverkat svaren i intervjun. Det optimala hade självklart varit om omständigheterna för intervjuerna hade varit likadana

för samtliga informanter, till exempel att intervju skedde vid samma tidpunkt i vårdtid och efter lika antal uppskjutna operationer. Detta är något att beakta om ytterligare studier i ämnet ska göras.

Antalet informanter i studien är sju stycken, vilket kan anses som väldigt få. Kvale (2007) menar dock att antalet informanter i en studie är beroende av vilket syfte eller mål forskaren har med studien. Det vill säga att forskaren bara behöver så många informanter det tar henne eller honom att hitta svaret på sin fråga. Ett problem är att om antalet informanter är för få till antalet så är det svårt att generalisera och testa hypotetiska skillnader i en grupp eller göra statistiska generaliseringar. Är antalet informanter däremot för stort så är det svårt att djupare analysera intervjuerna. I denna studie anser författaren att antalet informanter är godtagbart då de har givit svar på den ställda frågan. Intentionen var dock att 10 patienter skulle delta i studien men då det periodvis var väldigt få operationer som blev uppskjutna blev det enbart sju patienter. Det som avgjorde detta var tidsaspekten, författaren till föreliggande arbete behövde bli klar med arbetet inom rimlig tid.

Intervjuerna ägde rum i avdelningens samtalsrum eller i forskningssjuksköterskans rum, om patienten hade ett enkelrum genomfördes intervjun på dennes rum av författaren. Författaren var oftast klädd i sjukhusets arbetskläder vid intervjun men vid något tillfälle även klädd i privata kläder. Det skulle kunna påverka hur patienten uppfattade intervjusituationen eftersom arbetskläder kanske uppfattas mer formell. Dock upplevde inte författaren att det hindrade informanten att svara ärligt på frågan som ställdes. Innan intervjun startade fick informanterna information om hur intervjun skulle gå till och författaren och informanten småpratade lite.

En ostrukturerad intervjumetod användes där patienten fick en öppen fråga om hur han eller hon upplevde det när deras bukoperation blev uppskjuten. Därmed lämnades det öppet till informanten att fritt berätta med egna ord det som upplevdes som viktigt, oavsett om det var berättelser från innan operationen eller efter operationen eller både och. Följdfrågorna som ställdes byggde på vad patienten svarade. Till exempel "kan du beskriva det mer". En provintervju gjordes och bedömdes sedan kunna ingå i materialet. Ingen förändring i frågan gjordes efter provintervjun men författaren kunde reflektera över sitt sätt att intervjua och tog det med sig till de andra intervjutillfällena.

Den ostrukturerade intervjun valdes för att ringa in de viktiga områdena genom att låta informanten berätta sin historia på sitt sätt utan att avbrytas av den strukturerade utfrågningen. Det är en mer utforskande metod där informanten bestämmer vägen i intervjun och oväntad information kan ges. Strukturen vid en ostrukturerad intervju kommer i samband med analysen av insamlat material där informationen ska urskiljas och abstraheras. Struktur kan även finnas i den grupp som har valts ut att intervjua, om medlemmarna i gruppen har gemensamma egenskaper kan visa på likheter som kanske kan leda till användbara bidrag till teorin (Gillham, 2008). Enlig Malterud (2011) bör inte en kvalitativ intervju vara ostrukturerad då intervjun kan bli för ytlig, och sett utifrån det så kan ju resultatet av denna studie ha påverkats.

Som analysmetod valdes manifest innehållsanalys efter Graneheim och Lundman (2004). Då tillvägagångssättet de har utarbetat är lätt att följa och är utvecklad för analys av intervjuer. Dock krävdes det lite handledning av författaren från handledarna om hur analysen rent praktiskt skulle gå till, då det var första gången författaren genomförde en sådan analys.

Att just den manifesta innehållsanalysen enligt Graneheim och Lundman (2004) valdes var för att hålla analysen textnära utan att tolka. Dock upplevde författaren att det var svårt ibland att låta bli att tolka in texten.

För att mäta den kvantitativa forskningens kvalitet finns det tre kriterier; reliabilitet (tillförlitlighet), validitet (giltighet) och generaliserbarhet. Den kvalitativa forskningen använder ibland uttrycken trovärdighet, verifierbarhet och överförbarhet, men enligt Tjora, (2012) är det onödigt att byta namn på sådant som redan existerar och betyder samma sak.

Graneheim och Lundmans menar dock i sin artikel från 2004, att termer som är kopplade till den kvalitativa traditionen bör användas när fynd från en kvalitativ innehållsanalys ska rapporteras. De beskriver även i artikeln hur tillvägagångssättet ser ut för att uppnå trovärdighet för resultaten när en kvalitativ innehållsanalys har använts. Precis som vid den kvantitativa forskningen har de valt att dela upp de olika aspekterna inom trovärdighet i tre delar men anser att de ska ses som en helhet.

Trovärdighet för en studie handlar om att forskaren har studerat det som avseddes att studera, validitet, och att studien kan upprepas av någon annan och som får liknande svar, reliabilitet (Kvale, 2007).

När Graneheim och Lundman (2004) talar om trovärdighet använder de andra termer som tillsammans utgör just trovärdigheten för en kvalitativ studie; credibility, dependability och transferability. Detta tas upp under rubriken "Trovärdighet" av föreliggande studie. Utifrån dessa termer har författaren arbetat med trovärdigheten i studien genom att inkludera informanter i olika åldrar och med olika kön och erfarenheter, credibility. Detta ökar möjligheten till att forskningsfrågan får en ökad bredd på svar och det ger i sin tur en ökad trovärdighet för att studien har undersökt det som avsetts. Dialog med handledarna har förts för att bedöma om de olikheter och likheter som framkom under intervjuerna är konsekvent över tiden då tidsintervallet för intervjuerna är långt, dependability. Intervjuerna transkriberades nästan omgående efter intervjutillfället för att ha intervjun färskt i minnet. Även dialog om passande kategorier och underkategorier samt för att uppnå ett samförstånd för studien hölls med handledarna. Genom att tydliggöra hur analysprocessen har gått till med hjälp av tabeller och lyfta fram citat från intervjuerna stärks överförbarheten av studien.

Resultatdiskussion

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vården bland annat tillgodose patientens behov av trygghet i vården. Som sjuksköterska och vårdpersonal har vi också ett antal lagar och etiska koder att följa och förhålla oss till, som exempel Patientlagen (SFS 2014:821) och ICNs etiska kod för sjuksköterskeprofessionen. ICNs etiska kod (2012) säger bland annat att sjuksköterskan ska främja hälsa och minska onödigt lidande. Resultaten i denna studie visade dock på att informanterna kände en otrygghet i sin vård då deras akuta bukoperation blev uppskjuten. Ett lidande uppstod hos informanten. Katie Eriksson (2005) beskrev tre olika former för lidandet inom vården, sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande och vårdlidande är de former av lidande som visade sig tydligt i denna studie. Sjukdomslidandet som uppstod i denna studie sågs genom att patienten tvingades vänta på sin behandling då den sköts upp och att det brast i informationen och att informationen ibland var missvisande. Detta medförde även ett vårdlidande för informanten eftersom behandlingen uteblev i samband med att den akuta bukoperationen blev uppskjuten. Vårdlidandet sågs även i informantens upplevelse av bemötandet från vården då de kände sig osedda, åsidosatta och osynliggjorda i samband med uppskjutandet av operationen, vilket är

starka negativa upplevelser. Gilmartin och Wright gjorde en studie 2008 och fann då att patienter kände sig övergivna i väntan på operation och att sjuksköterskorna på avdelningen inte uppmärksammade patientens behov av kontinuerligt psykologiskt stöd. Detta är ett lidande som kränker patientens värdighet enligt Katie Eriksson (2005) som talar om att patienten fräntas möjligheten till att fullt och helt vara människa genom att inte se eller höra personen.

I det här fallet verkar det inte vara så mycket den kirurgiska vårdavdelningens vårdpersonals fel att informanterna kände sig osynliggjorda, utan mer hanteringen av hur länge informanterna fick vänta på att operationen skulle ske. I föreliggande studie uppgav informanterna att vårdpersonalen på den kirurgiska akutvårdsavdelningen mötte dem med respekt och viljan att göra gott för honom eller henne. De upplevde att personalen gjorde sitt bästa för dem i den situation som de befann sig i. För informanterna innebar det att de kände sig uppskattade och sedda i enlighet med ICNs etiska kod.

När det gällde Information så kunde alla parter i sammanhanget säkert bli bättre på att ge och ta emot information då rätt information skapar trygghet hos den som vårdar och den som blir vårdad. Kvalvaag Grønnestad och Blystad (2004) visade i sin studie att patienter upplever en trygghetskänsla när de får svar på hur deras hälsotillstånd är och vilka framtidsutsikter det finns, vad de kan förvänta sig, hur de ska förhålla sig till det de ska genomgå och om de var i trygga händer på sjukhuset. Studien visade att i den preoperativa fasen uttryckte patienterna att väntan på ovanstående information upplevdes som svår och att patienterna önskade få information på vad som skulle göras och på vad de kommer att få vänta på. Detta stämde även väl in på föreliggande studies informanter som också upplevde det svårt att inte veta när de skulle få sin akuta bukoperation, vilket skapade en otrygghet och en oro. Informanterna i den föreliggande studien upplevde också att den information som gavs av sjukvårdspersonalen angående när operationen kommer att ske efter en uppskjuten operation var ganska vag och ibland missvisande. Detta ökade deras oro och frustration ytterligare, men de upplevde det lättare att acceptera sin situation om de fick veta anledningen till uppskjutandet. I föreliggande studie framkom det också att informanten fullt accepterar att svårare sjuka patienter går före i operationskön, men att det kanske var mer tveksamt att acceptera en uppskjutning av operationen om den berodde på att operationsavdelningen inte var tillräckligt bemannad. Vag och missvisande information är ett problem som författaren till föreliggande arbete har stött på med jämna mellanrum i sin kliniska tjänstgöring. Alla säger olika saker, och det skapar förstås förvirring hos patienten men även hos vårdpersonalen. Det kan uttryckas sig till exempel i att patienten får veta att operationen ska bli "idag, någon gång" och så småningom blir "idag, någon gång" till "i morgon". Och patienten förbereds återigen för operation inför morgondagen och med vetskap att denna procedur kan komma att upprepas, så uppstår en Ovisst väntan för patienten. Den ovissta väntan var det som var svårast att hantera för informanterna, den påverkade informanterna både psykiskt och fysiskt. Det blev ett lidande satt som ett substantiv enligt Arman (2012), en plåga, en smärta, ett kval, en pina, en prövning och ett tålande.

Patientlagen (SFS 2014:821) har från och med i år, 2015, förtydligats för att stärka patienternas rättigheter till bland annat information. Att ge information till en patient åligger all vårdpersonal utifrån deras profession och kunskap. När det gäller operation ter det sig svårt att kunna ge patienten en exakt tid för operation då de är uppsatta på en akut tid för operation och sjukare patienter har företräde enligt Lag 1997:142 Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (Raadu, 2012), men blir patienten välinformerad om detta inför sin operation är det säkert lättare för patienten att ta denna väntan om den är rimlig. Och det är inte rimligt att som för en

informant komma ner till den pre-operativa avdelningen och ligga där och vänta på en operation som inte blir av utan informanten sänds upp tillbaka till avdelningen flera timmar senare när det står helt klart att ingen operation hinner göras. Detta ökade informantens lidande avsevärt och var ett onödigt lidande som kanske grundade sig i avsaknad av reflektion och bristande kunskap om mänskligt lidande eller att vi som vårdpersonal var för inriktade på den högteknologiska vården så att vi glömde människan som helhet (Eriksson, 1994). Informanten drabbades då av både ett kroppsligt lidande och ett existentiellt lidande. Det existentiella lidandet ligger i patientens önskan att någon kunde bekräfta deras existens och ses som värda att vårdas (Söderlund, 2012).

Harkness, Morrow, Smith, Kiczula och Arthur (2003) talar om att den preoperativa väntan överlag har en negativ påverkan på patientens oro och livskvalitet och att patienter som har genomgått patientutbildning inför operation i högre grad rapporterar sin oro till vårdpersonalen. I föreliggande studie har informanterna inte genomgått någon organiserad patientutbildning inför sin operation utan enbart fått allmän information om kommande ingrepp. Det framkom ändå genom informanterna att de upplevde en stor psykisk påfrestning som oro, besvikelse och uppgivenhet i samband med att de inte visste när de skulle få komma till operation.

Föreliggande studie innehåller även informanter som har fått sin operation uppskjuten vid flera tillfällen under vårdtiden och i en studie gjord 2006 av Ohlsson och Forsberg såg de att patienter som hade fått sin operation uppskjuten uttryckte rädsla att den nya väntande operationen åter igen skulle bli uppskjuten. De talade även om att den nya väntan på operation påverkade patientens sociala nätverk och oftast då patientens man, hustru eller barn. Detta är något som stämmer ganska väl med föreliggande studie där informanter uttrycker att de i och med den uppskjutna operationen och den ovissa väntan när ny operation ska ske tvingar dem och deras anhöriga att ändra planer.

Något som det inte har talats så mycket om i de artiklar som författaren till föreliggande arbete har läst är den fysiska påverkan på patienten i samband med väntan på operation. Det framkom att huvudvärk och pirr i benen var orsakat utav väntan på operation. Återigen handlar det om information, för att kunna minska lidandet för patienten måste vårdpersonalen kunna ge rätt och riktig information till patienten angående tidsramen för när operationen kan ske. I och med att den nya Patientlagen (SFS 2014:821, kap 3) trädde i kraft 2015-01-01 har patienten rätt att få veta vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård. När det gäller akuta operationer är det säkerligen inte applicerbart, för det första så har ju patienten fått vård och ligger inlagd på sjukhuset och för det andra så väntar patienten på en akut operation som är en del av vården men som också kan behöva skjutas upp om någon annan är sjukare än den som väntar på operation.

De flesta patienter är som tidigare nämnt med på att sjukare patienter går före, men självklart blev det en Motvillig acceptans för den som fick stå tillbaka. Informanter med tidigare erfarenhet av sjukhusvård eller liknande erfarenhet hade lättare att acceptera situationen de hade hamnat i om än motvilligt.

Kvalvaag Grønnestad och Blystad (2004) fann två faktorer som påverkade patientens förmåga att ta emot information under sjukhusvistelsen som kan gjorde det lättare för patienten att acceptera sin situation. Detta var erfarenhet och personliga resurser. Enligt deras studie så kunde patienter med tidigare erfarenheter lättare tackla sjukhusvistelsens egenheter, hade mindre informationsbehov men kunde själv i större utsträckning söka information om de kände behov för det.

Vårdandet och omvårdnaden handlar om att se patienten som en helhet och hjälpa henne eller honom att förbli så hel som möjligt under sin sjukdomstid. De kategorier som framkom ur denna studie påvisade ett stort vårdlidande som patienten ändå måste förhålla sig till då sjukvården inte alltid ser patienten som en hel människa (Eriksson, 1997). Sjukvården måste bli bättre på att planera och bemanna för de väntande operationerna samt att informera patienten och/eller dess anhöriga kontinuerligt om vad som händer, detta är ett sätt att bemöta patienten respektfullt och kan till viss del tillgodose patientens behov av kontinuitet i vården. Allt för att minska lidandet för patienten.

Slutsats

Patienterna upplevde sig åsidosatta, bortprioriterade och osynliga av det bemötande de får från sjukvården när det gäller att bli opererad inom sagd tidsram vilket skapade ett vårdlidande. Paradoxalt så framkom det att vårdpersonalens bemötande av patienten på vårdavdelningen var väldigt uppskattad och gjorde så att patienterna kände sig omhändertagna. Slutsatsen är att vården måste förbättra sitt samarbete mellan vårdavdelning och operationsavdelning så att adekvat information kan ges till patienten, och på så sätt göra deras väntan på operationen mindre oviss som i sin tur leder till att patienten kanske inte känner sig åsidosatt och osynliggjord.

Fortsatt forskning

Att undersöka möjligheterna för ett bättre samarbete mellan vårdavdelningarna och operationsavdelningen för att minska de uppskjutna operationerna samt att minska patientens psykiska och fysiska lidande

REFERENSER

- Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp: I teori och praktik* (1:4. uppl, ss.185-196). Lund: Författarna och Studentlitteratur.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengmark, S., Bergentz, S. E., Rydholm, A., & Zederfeldt. B. (Red.). (1996). *Kirurgi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Bandeira, D., & Ferreira, B. C. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*, 24, 298-307.
- Dadas Eldas, S., & Eti Aslan, F. (2004). The reasons for postponement of scheduled orthopedic surgical operations and its effect on the patients' anxiety and pain levels, Author's translation. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 38(3), 212-219.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken: För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Malmö: Liber.
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2005). *Den lidande människan*. Malmö: Liber.
- Etikprövningsnämnden. (2013). *Etikprövning under ST-utbildning*. Hämtad 2 december, 2014, från Etikprövningsnämnden, <http://www.epn.se/sv/goeteborg/anslagstavlan/etikproevning-under-st-utbildning>
- Fossum, B. (Red.). (2007). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Malmö: Studentlitteratur.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2418-2425.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Harkness, K., Morrow, L., Smith, K., Kiczula, M., & Arthur, H. M. (2003). The effect of early education on patient anxiety while waiting for elective cardiac catheterization. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 113-121.
- Holm, S., & Hansen, E. (2000). *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

- International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses (Revised 2012)*. Retrieved from http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Ivarsson, B., Kimblad, P. O., Larsson, S., & Sjöberg, T. (2002). Patient reactions to cancelled or postponed heart operations. *Journal of Nursing Management*, 10, 75-81.
- Ivarsson, B, Larsson, S., & Sjöberg, T. (2004). Postponed or cancelled heart operations from the patient's perspective. *Journal of Nursing Management*, 12, 28-36.
- Karolinska Universitetssjukhuset, KAVA. (2014). *Välkommen till KAVA: Akutvårdsavdelning M72-74, Huddinge, Kirurgi/Ortopedi* [Broschyr]. Huddinge: KAVA Karolinska Universitetssjukhuset.
- Klang Söderkvist, B. (2007). Information – undervisning – lärande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande I vården* (1:2 uppl, ss. 41-57). Lund: Författarna och Studentlitteratur.
- Kumar, R., & Gandhi, R. (2012). Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. *Journal of Anesthesiology Clinical Pharmacology*, 28(1), 66–69.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. Los Angeles, London, New Delhi & Singapore: SAGE Publications.
- Kvalvaag Grønnestad, B., & Blystad, A. (2004). Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon: En kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 24(4), 4-8.
- Laisi, J., Tohomo, H., & Keränen, U. (2013). Surgery cancellation on the day of surgery in same day admission in a Finnish hospital. *Scandinavian Journal of Surgery*, 102, 204-208.
- Lindskog, B. I. (1997). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Nordiska Bokhandels Förlag.
- Li-Ying, L., & Ruey-Hsia, W. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: Preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 252-260.
- Magnusson, H., Felländer-Tsai, L., Hansson, M. G., & Ryd, L. (2011). Cancellations of elective surgery may cause an inferior postoperative course: the 'invisible hand' of health-care prioritization? *Clinical Ethics*, 6, 27-31.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ohlsson, E., & Forsberg, A. (2006). Postponed surgery: Consequences for orthopedic patients. *Theoria, Journal of Nursing Theory*, 15(2), 19-27.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Patel, R., & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Raadu, G. (Red.). (2012). *Författningshandbok 2012: För personal inom hälso- och sjukvård* (43. uppl.). Stockholm: Liber.

Rosén, S., Svensson, M., & Nilsson, U. (2008). Calm or not calm: The question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(4), 237-246.

Schofield W. N., Rubin G. L., Piza, M., Lai, Y. Y., Sindhusake, D., Fearnside, M. R., & Klineberg P. L. (2005). Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Medical Journal of Australia*, 182(12), 612-615.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 24 februari, 2015, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1998:531. *Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Hämtad 24 februari, 2015, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1998531-om-yrkesverksam_sfs-1998-531/

SFS 2014:821. *Patientlag (2014:821)*. Hämtad 3 mars, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtad 3 april 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72-rev2.pdf.pdf>

SOU 1991:21. *Lindqvists nia: Nio vägar att utveckla bemötandet*. Hämtad 15 april, 2015, från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/26/14/9a4dd644.pdf>

Söderlund, M. (2012). *Vårdande*. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp: I teori och praktik* (1:4. uppl, ss.115-125). Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Tjora, A. (2012). *Från nyfikenhet till systematisk kunskap: Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed: Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 16 juni, 2015, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Stockholm 200X-XX-XX

Till verksamhetschef

Xxxx Xxxxxxx

Akutkliniken, Xxxxxx Xxxxxxx

Jag heter Xxxxxx Xxxxxx och är sjuksköterska på Xxxxxx Xxxxxx, jag har börjat skriva min C-uppsats inom omvårdnadsvetenskap grundnivå vid Sophiahemmet Högskola. Till mitt arbete, omfattande 15 högskolepoäng, har jag valt att studera patientens upplevelse av att få sin planerade akuta bukoperation uppskjuten (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Detta arbete kommer även vara en del i avdelningens kvalitetsarbete. Jag är därför mycket intresserad av få genomföra arbetet på Xxxxxx Xxxxxx Xxxxxx Xxxxxx.

Om Du godkänner att studien genomförs vid akutkliniken, är jag tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid akutkliniken är jag tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Vänlig hälsning

Students namnteckning

Xxxxxx Xxxxxxx

Students namnförtydligande

Xxxxxxxxxx

Students telefonnummer

Xxxxxxx Xxxxxxx

Students E-postadress

Handledares namnteckning

Xxxxxx Xxxxxxx

Handledares namnförtydligande

Handledares telefonnummer

Sammanfattning av studiens upplägg och innehåll.

Preliminär titel: Patientens upplevelse av att få sin planerade akuta operation uppskjuten – En intervjustudie

Problemområde: Patienter kommer till avdelningen och kanske vet att han/hon ska genomgå en akut operation inom ett dygn, denna operation blir ibland uppskjuten av olika anledningar och detta skapar ett lidande för patienten. Studier med elektiva patienter visar att uppskjutna operationer påverkar patienten negativt psykiskt och fysiskt med ökad oro och smärta postoperativt. Sjuksköterskans uppgift är att bland annat att lindra patientens lidande och genom att belysa patientens upplevelse av att få sin operation uppskjuten kan sjuksköterskan få viktig information som hon kan använda för att minska patienters lidande.

Syfte: Syftet med studien är att belysa patientens upplevelse av att få sin planerade akuta operation uppskjuten.

Frågeställning: Hur upplevde du det när du fick veta att din operation skulle bli uppskjuten?

Arbetets design och metod för datainsamlingen: En kvalitativ intervjustudie ska genomföras med ca 10 patienter som har opererats för akut bukåkomma där operationen har uppskjutits. Patienterna som tillfrågas att delta söks via avdelningens patientliggare och med hjälp av omvårdnadspersonalen som känner patienterna. Patienterna är planerade för operation inom ett dygn. De tillfrågas att vara med i studien efter att de har blivit informerade om att operationen blir uppskjuten. Tillfrågade patienter erhåller muntlig och skriftlig information om studien och skriftligt samtycke inhämtas. Intervjun sker med en öppen fråga och spelas in med hjälp av en diktafon. Då intervjuerna är konfidentiella så kommer bara författaren och handledarna ha tillgång till materialet. Materialet raderas efter examinationen. Deltagandet är helt frivilligt och deltagarna kan när de helst önskar avbryta sitt deltagande i studien utan att motivering behöver lämnas.

Intervjufråga

Beskriv hur du upplevde det när du fick veta att din operation skulle bli uppskjuten?

Ytterligare frågor för att få informanten att utveckla sin berättelse så som:

- Hur kände du när?
- Har det påverkat dig och din familj någonting?
- Är det något du saknar?
- Kan du beskriva mer av din upplevelse?
- Vad var det som gjorde dig ledsen?
- Kan du beskriva någon mer känsla?
- Vad tänker du på när du ligger där och väntar?
- Är det något mer som du känner att du vill berätta?
- Finns det något du funderar på, känner att du vill tillägga?
- Hur länge fick du vänta?
- När fick du veta att det skulle bli uppskjutet?
- Hur har väntan känts?
- Vad kände du när du fick veta att operationen skulle bli uppskjuten, att du skulle få vänta på operationen?
- På vad blev du besviken?
- Har du några mer känslor om situationen?
- Vad hade du för känsla, känslor innan du skulle till operation?

Forskningspersonsinformation

Till Dig som ska opereras på XXXXXX XXXXXX.

Du tillfrågas härmed om att frivilligt delta i studien om ”**Patientens upplevelse av att få sin planerade akuta operation uppskjuten**” med syftet att belysa hur patienter med en akut bukåkomma upplever det när deras planerade akuta bukoperation blir uppskjuten.

Målsättningen med studien är få en ökad förståelse för hur patienten upplever det när deras operation blir uppskjuten och för att kunna förbättra omvårdnaden.

Studien är ett studentarbete inom Kandidatprogrammet på Sophiahemmet Högskola i Stockholm men även ett kvalitetsutvecklingsarbete inom den pre-operativa vård som bedrivs på akutvårdsavdelningen.

Du som deltar i studien kommer att bli intervjuad av författaren som också är legitimerad sjuksköterska på avdelningen. Författaren har inte deltagit i omvårdnaden om Dig. Intervjun tar ca 30 minuter och kommer att spelas i på band. Innan intervjun startar får du skriva under ett samtycke till deltagandet.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när helst du önskar utan motivering avbryta ditt deltagande utan att din vård påverkas på något sätt.

Intervjumaterialet som samlas in under studien kommer att behandlas konfidentiellt och används endast i studiesyfte. Allt insamlat material kommer att förvaras så att obehöriga ej kan komma åt det och aidentifieras. Endast författaren och hennes handledare kommer att tillgång till alla lämnade uppgifter. Resultatet kommer att presenteras på ett sådant sätt att det är omöjligt att identifiera enskilda individers svar.

När examinationen är godkänd och klar kommer allt material att förstöras.

Ansvariga för denna studie är:

XXXX XXXXXXXX, Verksamhetschef för akutkliniken på XXXXXX XXXXXX, XXXXXX
XXXXXX XXXXXXXX, Legitimerad sjuksköterska med magisterexamen inom omvårdnad
XXXXXX XXXXXXXXX, student vid Sophiahemmet Högskola i Stockholm och Legitimerad
sjuksköterska.

Akutvårdsavdelningen XXXXXXXX XXXXXXXXX

Samtycke

Jag samtycker till att delta i studien ”Patientens upplevelse av att få sin planerade akuta operation uppskjuten” efter att ha fått muntlig och skriftlig information.

Patientens underskrift_____Datum_____

