



HÖGSKOLAN
DALARNA

Akademien för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning omvårdnad
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
Ht, 2010

Att leva med diagnosen Abdominellt Aorta Aneurysm

– en litteraturstudie om upplevelser
kring sjukdom och omvårdnad ur ett
patientperspektiv

Författare

Råger Dahlberg
Linda Elingsbo

Granskare

Charlotte Hillervik

Handledare

Elisabeth Anger Ek

Examinator

Jan Florin



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna
Examensarbete



HÖGSKOLAN
DALARNA

School of Health and Social Sciences
Essay course – Nursing
Undergraduate level II, 15 ECTS – credits
Autumn 2010

Living with the Diagnosis Abdominal Aortic Aneurysm

– a Literature Review on the Experiences of
Illness and Nursing from the Patient
Perspective

Authors

Råger Dahlberg
Linda Elingsbo

Supervisor

Elisabeth Anger Ek

Reviewer

Charlotte Hillervik

Examiner

Jan Florin



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna
Examensarbete



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att belysa livssituationer, livskvalitet och omvårdnadsbehov hos patienter med diagnosen AAA samt att visa på omvårdnadsåtgärder som främjar hälsa hos patienter med denna diagnos. Vetenskapliga artiklar söktes genom databaserna PubMed, Chinal och Psychinfo samt genom Högskolan Dalarnas sökmotor Elin. Artiklarna valdes ut efter relevans till syftet och dess kvalitet värderades med hjälp av granskningsmallar. Litteraturstudien baserades på fyra kvalitativa och 16 kvantitativa ansatser. Artiklarnas resultat analyserades utifrån frågeställningarna och de delar som kunde relateras till syfte och frågeställningar sammanfördes i resultatet såsom teman. Sammanfattningsvis framkom att HRQoL hos patienter som fick diagnosen AAA försämrades signifikant perioperativt, i synnerhet första veckan efter utskrivning. Oro och rädsla, känslor av överklighet, nära döden upplevelser och existentiella frågor var vanligt, framförallt vid diagnostillfället. Dock kunde påvisas att screeningundersökning inte hade någon påvisbar inverkan på upplevd hälsa och HRQoL vid jämförelse före och efter undersökningen. Postoperativ smärta överraskade patienter. Postoperativt delirium var vanligt. Betydande sexuell problematik konstaterades preoperativt hos patienter men sexuella problem ökade postoperativt överlag hos patienterna med diagnosen AAA. Mer information kring sexualitet samt information perioperativt kunde lindra oro och rädsla. Patienter föredrog en mer aktiv roll i beslutsfattandet. Skillnader mellan vana och ovana sjuksköterskor sågs där de vana samlade nära dubbelt så många uppgifter om patienten.

Nyckelord; abdominalt aorta aneurysm, HRQoL, information, omvårdnad, screening

Key Words; abdominal aortic aneurysm, HRQoL, information, nursing, screening

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Etiologi	1
Sjukdomsbeskrivning.....	1
Symtom	2
Prevalens och riskfaktorer	2
Behandlingsmetoder	3
Hälsa, livskvalitet och hälsorelaterad livskvalitet	4
Patienters upplevelser vid diagnosen Abdominellt Aorta Aneurysm	5
Omvårdnad	5
Problemformulering	6
Syfte	7
Frågeställningar	7
Metod	7
Design	7
Urval av litteratur	7
Tillvägagångssätt	8
Kvalitetsgranskning av artiklar	11
Analys av resultat	11
Forskningsetiska överväganden.....	11
Resultat	12
Diagnosen AAA och dess påverkan på livskvalitet och livssituation.....	12
<i>HRQoL – behandlingsmetoders påverkan</i>	12
<i>Livssyn, oro och rädsla</i>	13
<i>Screeningens inverkan på patienten</i>	14
<i>Smärta</i>	14
<i>Komplikationer i samband med operation</i>	15
<i>Sexualitet</i>	15

Omvårdnadsbehov	16
<i>Information</i>	16
<i>Delaktighet</i>	17
<i>Aktivitet i dagligt liv (ADL)</i>	17
Omvårdnadsåtgärder	18
<i>Information</i>	18
<i>Professionalism</i>	20
Diskussion	20
Sammanfattning av huvudresultat	20
Resultatdiskussion	21
<i>Upplevelser – att drabbas av AAA, påverkan kring livskvalitet och livssituation samt vård och behandling</i>	21
<i>Information som patientbehov och omvårdnadshandling</i>	24
<i>Andra omvårdnadsbehov och omvårdnadsåtgärder som framkom</i>	25
Metoddiskussion.....	26
Projektets kliniska betydelse.....	27
Förslag till fortsatt forskning	27
Konklusion	28
Tack till	28
Referenser	29

Bilaga 1 och 2. Högskolan Dalarnas modifierade granskningsmallar.

Introduktion

Etiologi

Över 150 000 människor i Sverige behandlas årligen för problem och sjukdomar som hör samman med hjärta och kärl. Nära 40 000 människor dör varje år av hjärt- och kärlsjukdomar och utgör därmed den vanligaste dödsorsaken i Sverige (Socialstyrelsen 2010a). Dessa föranleder således stort lidande hos såväl patienter som närstående och anhöriga samt att stora samhällsresurser tas i anspråk. Trots detta har dödligheten som hör samman med hjärt- och kärlsjukdom minskat radikalt såväl hos kvinnor som hos män de senaste åren, vilket delvis förklaras med nya behandlingsmetoder. (Socialstyrelsen, 2010b) Författarna Areklett, Knai och Hansen (2006) beskriver att en vanlig form av cirkulatorisk problematik – dit hjärt- och kärlsjukdom hör – är ateroskleros, i allmänhet benämnd åderförkalkning. Av alla de som idag avlider på grund av annan orsak än naturligt åldrande, gör de flesta det av komplikationer till aterosklerosjukdom (Hjärt-lungfonden, 2009a). En av dessa komplikationer är aortaanerysm (AA). Det vanligast förekommande AA är abdominellt aortaanerysm (AAA) (Järhult & Offenbartl, 2006). Nationella kvalitetsregistret i Sverige registrerade totalt 1 285 kirurgiska ingrepp av AAA år 2009, vilket innebär att 10 procent av de totala kärllirurgiska ingreppen avser behandling av AAA (Vascular Registry in Sweden [Swedvasc], 2010).

Sjukdomsbeskrivning

Aterosklerotisk plackbildning på artärernas insida gör kärlet allt trängre och försvårar blodtillförseln och därmed transport av exempelvis syre, näring och slaggprodukter (Areklett et al., 2006). Denna patologiska förändring i kärlen drabbar främst de stora och medelstora artärerna i kroppen (Hjärt-lungfonden, 2009b). Aterosklerotisk sjukdom kan genom omfångsminskning i kärlens lumen leda till att kärstrycket ökar (Järhult & Offenbartl, 2006). Det är omdiskuterat vilken roll det förhöjda blodtrycket som enskild komponent har för just fortbildandet och tillväxten av ett AAA (Pettersson, 2010). Som en del av den aterosklerotiska sjukdomsprocessen kan en nedbrytning av bindvävskomponenterna kollagen och elastin i kärlet leda till att kärlväggen försvagas, dess elasticitet minskas och därefter kan en säckliknande utvidgning bildas – ett bråck. Om denna bråckbildning sker i aorta, kallas bråcket aortaanerysm (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2008; Pettersson, 2010). Järhult och Offenbartl (2006) beskriver att AA kan rupturera, det vill säga brista, vilket föranleder en kraftig inre blödning och därmed är AA en livshotande patologisk förändring. Vid ruptur är blödningsförloppet oerhört snabbt och mortaliteten är hög. AA kan uppträda varhelst på kroppspulsådern (aorta) såväl abdominellt, dvs. strax nedanför njurartärerna, som thorakalt, dvs.

ovanför njurartärerna och högre upp innanför bröstkorgen. Enligt Society of Vascular Surgery är maxdiametern på aorta hos en frisk person 21 mm. Definitionen på AA är när diametern är större än 30 mm (Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor, 2007).

Operation av ett AA sker vanligtvis inte förrän aneurysmet vuxit till >55 mm i diameter av det skälet att det dessförinnan inte anses motiverat med hänsyn tagen till de risker som ingreppet trots allt medför (Lederle, Wilson, Johnson, Reinke, Littooy, Acher et al., 2002). AA mindre än fem centimeter i diameter ökar vanligtvis relativt långsamt i omfång. Detta kan ge patienten en avsevärd väntetid från diagnos till behandling och operation (Järhult & Offenbartl, 2006). Denna litteraturstudie kommer särskilt fokusera på abdominellt aortaneurysm, AAA.

Symtom

Vanligtvis ger inte AAA några särskilda symtom vilket gör dess utveckling till en särdeles komplex företeelse med komplicerad genes (Pettersson, 2010). I det fall symtom uppträder beskrivs de ofta som smärtor vid palpation, strålände smärta mot ryggen eller att AAA i sig orsakar inklämningar av andra organ som då ger olika symtom beroende på vilket organ som påverkas. AAA upptäcks därför vanligtvis som bifynd vid undersökning, utredning och behandling av dessa sekundära symtom eller i samband med andra undersökningar där aorta kan spela in eller synas, exempelvis olika röntgenundersökningar (Pettersson, 2010). Ett smärtande AAA är en stark indikator för hotande ruptur och kräver således omedelbar behandling. Ruptur av AAA avger då en karaktäristisk kraftig och intensiv smärta som strålar ut i ryggen (Åreklett et al., 2006). Patienter har beskrivit att abdominellt aortaneurysm känts som en hoppande knöl mitt i buken. Vid undersökning genom palpation kan AAA uppfattas av undersökaren som ”knytnävsstor, pulserande, rundad resistens ovan navlen” (Järhult & Offenbartl, 2006, s. 437).

Prevalens och riskfaktorer

Risken att drabbas av förstadier till AAA, nämligen ateroskleros, är förknippat med ärftlighet, förhöjda lipidvärden i blodet, diabetessjukdom, hypertoni och levnadsvanor. Bland levnadsvanor nämns kost, otillräcklig motion, rökning och stress som bidragande faktorer (Hjärt-lungfonden, 2009a). Medfödda skador såsom svagheter i kärlväggen eller infektioner anses kunna bidra till utveckling av AAA (Åreklett et al., 2006). Vardulaki, Wolker, Day, Duffy, Ashton och Scott (2000) beskriver att ålder och kön är av betydelse för utvecklingen av AAA då framförallt män över 65 år drabbas. Vidare hävdas att även där medicinbehandlad hypertoni - där diastoliskt förhöjt tryck konstaterats – kan risk kvartstå för att utveckla AAA (Vardulaki et al., 2000). SBU (2008) uppger att ruptur av AAA leder till att ca 200 kvinnor och 600 män avlider årligen i Sverige och att omkring fem procent av män över 65 år förväntas ha AAA. Enligt beräkningar av

SBU (2008) har tio procent av dessa ett AAA som kan opereras direkt enligt gängse riktlinjer. De övriga får således vänta på behandling till dess att AAA uppnått behandlingsmotiverad diameter. Vidare anges att mortalitet i samband med operativ åtgärd är omkring tre procent (SBU, 2008). Areklett et al. (2006) uppger att en till två procent av de diagnostiserade avlider av ruptur, jämförelsevis med en tredjedel av de som har sjukdomen men ej diagnostiserats. Screening av riskgrupperna debatteras i Sverige och utgör såväl en ekonomisk som etisk frågeställning inom vårdorganisationerna (Acosta, 2004). Med screening menas "*massundersökning d.v.s. undersökning av ett större antal individer för att t.ex. finna personer som bär på en sjukdom i symtomfritt el. symtomfattigt skede.*" (Lindskog, 2008, s. 550). Vissa landsting i Sverige har startat screeningprogram för AAA där män över 65 år kallas för ultraljudsundersökningar. Eftersom förekomsten av AAA hos kvinnor är betydligt lägre väljs som ett första steg att kalla enbart män till dessa screeningundersökningar. När samliga landsting i Sverige har infört dessa screeningprogram beräknas över 50 000 svenska män årligen att kallas, förutsatt att åldersbegränsningen >65 år fortsatt ska gälla för denna undersökning (SBU, 2008).

Behandlingsmetoder

Idag används tre olika metoder vid behandling av diagnostiserade AAA. Konservativ behandling tillämpas så länge storleken på aneurysmet är mindre än vad som bedöms av radiologer och kärlkirurger är relevant att operera (Pettersson, 2010). Med konservativ behandling menas att ingen operativ åtgärd vidtas men aneurysmet hålls under uppsikt med regelbundna kontroller i avvaktan på operation. Risken för ruptur av aneurysmet ställs i varje patientfall i relation till riskerna för patienten att genomgå en operation. Patienten får kontinuerlig information och går på regelbundna undersökningar för att följa upp aneurysmets eventuella förändring (Pettersson, 2010). För kontinuerlig uppföljning och kontroll av tillväxt används ultraljud och/eller datortomografi (Blankensteijn, Lindenburg, Van der Graaf & Eikelboom, 1998). Patientens blodtryck kontrolleras också och behandlas medicinskt vid behov (Pettersson, 2010). De operativa alternativen som finns är öppen kirurgi (Open Repair; OR) och endovaskulär behandling (EndoVascular Aneurysm Repair; EVAR). Vid OR öppnas buken med ett snitt och den sjuka delen av aorta ersätts med ett kärlgraft, ett slags protes. Denna behandlingsform används i de flesta fall där aortan rupturerat (Pettersson, 2010). Postoperativt behöver flertalet patienter vårdas på intensivvårdsavdelning och vårdtiden är i genomsnitt längre efter OR (Swedvasc, 2010). Vid EVAR går operatören in via patientens ljumskartär och placerar med hjälp av röntgengenomlysning en graft på aortans skadade del. Denna metod är mindre påfrestande för patienten, komplikationer postoperativt är färre och mortalitetsfrekvensen lägre. Dock kan senare

komplikationer inträffa där graftet kan förflytta sig eller blod läcka ut i aneurysmet. Därför går EVAR-behandlade patienter på regelbundna kontroller i resten av deras liv (Swedvasc, 2010).

Hälsa, livskvalitet och hälsorelaterad livskvalitet

Inom vårdvetenskapen är hälsa ett relativt fenomen som är förknippad med människan som en flerdimensionell odelbar fysisk, psykisk och andlig enhet som sätts i relation till lidandet (Wiklund, 2003). Hälsa är inte enbart frånvaro av sjukdom utan en subjektiv upplevelse av individens känsla av sammanhang (KASAM) där begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är av vikt för upplevd hälsa (Antonovsky, 1991). Enligt WHO's definition är livskvalitet en subjektiv upplevelse där miljö, kultur och sociala förhållanden är involverade (Jahren Kristoffersen, 2005). I Sverige liksom i andra länder har livskvalitet blivit ett mål att sträva efter inom hälso- och sjukvård. Begreppet hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) används ofta inom medicin- och omvårdnadsforskning och syftar då till människans välbefinnande, funktion och uppfattning av sin egen hälsa. HRQoL avgränsas därmed till att avse påverkan som sjukdom och behandling har på människans livskvalitet (Jahren Kristoffersen, 2005). Det finns olika instrument att skatta individers HRQoL med. Genom att mäta HRQoL över tid, före och efter vård och behandling, kan vårdinsatser som utförts värderas, utvärderas och forskning inom omvårdnad göras mätbar (Pettersson, 2010). Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) definierar lidande i relation till hälsa och välbefinnande ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Lidandet och välbefinnandet beskrivs som samverkande faktorer snarare än de yttersta punkterna på en axel då de kan upplevas tillsammans. Exempelvis kan människan känna glädje trots smärta eller trots att hon genomlever svår sjukdom. Genom en beskrivning av lidandets essens där tre aspekter exemplifieras skapas en förståelse för begreppen. Dahlberg et al., (2003) belyser livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidande beskrivs och förknippas med livssituationer och exemplifieras med det lidande som många människor i Sverige uttalar såsom stress. Sjukdomslidande definieras utifrån alla de symtom som yttrar sig ur sjukdom och på olika sätt ger lidande. Vårdlidandet avser allt det lidande som orsakas av den vård som ges eller åsidosätts. Bland vårdlidandet ges exempel såsom att inte bli sedd, att inte bli hörd eller inte känna sig delaktig i den egna vården eller att inte förstå de vårdhandlingar som utförs. En naturlig del av sjuksköterskans arbete är att "lindra eller förhindra lidande" (Dahlberg et al., 2003, s. 32). För att göra det möjligt är det nödvändigt att ge lidande utrymme att uttryckas. Genom att uttryckas identifieras lidandet av såväl patient som vårdgivare och lidandet kan problematiseras och därmed ingå i omvårdnadsprocessens åtgärder och mål (Dahlberg et al., 2003). Sexualitet kan ses som en del av livskvaliteten där livskvalitet innebär en subjektiv individuell upplevelse där grundläggande mänskliga behov såsom sexualitet har sin naturliga hemvist. Det föreligger flertalet

faktorer som var för sig eller tillsammans påverkar den egna sexualiteten, vad avser såväl lust som förmåga (Pettersson, 2010).

Förmågan för patienten att hantera svår sjukdom står i relation till vad patienten bär med sig genom tidigare erfarenheter i livet (Pettersson, 2010). Begreppet ”coping” används inom vårdvetenskap för att beskriva på vilka olika sätt individer förhåller sig till sin hälsa och sjukdom och anses bero på individens erfarenheter samt på vilket sätt omgivningen förväntar sig eller finner acceptabelt hur personen ska reagera (Jahren Kristoffersen, 2005).

Patienters upplevelser vid diagnosen Abdominellt Aorta Aneurysm

AAA är en allvarlig diagnos att få oavsett om den behandlas eller inte och vilken behandlingstyp som utförs. Situationen är allvarlig för patienten och innebär konsekvenser för hälsan och livskvaliteten såväl psykiskt som fysiskt (Sandström, Björvell & Olofsson, 1996). Även om perioden från diagnos fram tills att ett AAA har uppnått den storlek som krävs för att vara motiverat för åtgärd så innebär själva åtgärden att ett visst antal människor avlider i samband med denna (SBU, 2008). Tidigare forskning belyser problem och möjligheter kring muntlig och skriftlig information till patienter vad gäller exempelvis förändringar i livsstil, sjukgymnastik, ångest och oro i ett postoperativt perspektiv (Letterstahl, Sandström, Olofsson & Forsberg, 2004). Annan forskning (Brännström, Björck, Strandberg & Wanhainen, 2009) tar upp upplevelser hos patienter och betydelsefulla faktorer som underlättat eller försvårat måendet i det perioperativa förloppet vid AAA. Undersökningar har gjorts kring människors upplevelser om fördelar och nackdelar – ökad eller minskad oro – vad gäller screening av aktuell diagnos (Brännström et al., 2009).

Omvårdnad

Någon vedertagen definition av begreppet "omvårdnad" har ännu inte fastställts, men omvårdnadens innehåll, syfte samt metoder kan förklaras (Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet [PUNK], 2008). I enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) ska omvårdnaden syfta till att: stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande och ge möjlighet till en värdig död. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) ligger det inom sjuksköterskans ansvarsområde att se och bejaka patientens upplevelse av sjukdom och använda adekvata åtgärder för att lindra lidande i samband med den. Sjuksköterskan ska även tillgodose omvårdnadsbehov i samband med sjukdom, både fysiska, psykiska, sociala, andliga och kulturella. Omvårdnad ska ges till patienterna utifrån individens behov och vara oberoende av

kön, ålder, ursprung, utbildning och religion. Liksom andra sjukvårdande handlingar ska även omvårdnaden luta sig emot evidens och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen, 2005).

Skriftlig och muntlig information samt undervisning inom omvårdnadens område bör innefatta mer än enbart ett överlämnande av fakta (Klang Söderqvist, 2007). Information på olika sätt till patienter eller brist på sådan utgör ofta problem inom vården. Information lämnas, sett utifrån ett patientperspektiv, på ett sätt som leder till att patienter ofta uttrycker otillfredsställelse. Information till patienter och deras anhöriga bör ha ett underliggande preventivt och utbildande/undervisande syfte i vårdsammanhang. Genom information och därmed utbildning kan vårdpersonal åstadkomma att ”stärka patientens kontroll över sin sjukdom, behandling och förmåga och möjlighet att kunna hantera det dagliga livets krav” (Klang Söderqvist, 2007, s. 9). För att överhuvudtaget möjliggöra att så kan ske måste en väl fungerande relation mellan patient, anhörig och vårdgivare uppnås där mellanmänniskt förtroende är en av hörnstenarna i vårdrelationen. Informationen ska dessutom vara väl anpassad till den patient som ska ta emot informationen där patientens tidigare erfarenheter får vara vägledande för vårdpersonalen avseende på vilket sätt eller hur mycket information och därmed undervisning som ska lämnas (Klang Söderqvist, 2007).

Problemformulering

Hjärt- och kärlsjukdom är idag ett folkhälsoproblem. Att leva med AAA påverkar livet i många olika avseenden såväl fysiskt, psykiskt, socialt som andligt. Perioden mellan diagnos och operation kan innebära lång väntan för patienten som kan präglas av stor oro. Behandlingsmetoderna efter diagnos som erbjuds personer med AAA tenderar att inriktas mot medicinsk kärlproblematik och i lägre utsträckning på de problem och upplevelser som patienter möter i samband med sjukdomen och behandlingen. Endast ett fåtal kvalitativa studier finns där omvårdnad och patienters upplevelser utgör forskningssyfte. Huvuddelen av befintlig forskning är kvantitativ med medicinsk inriktning (Pettersson, 2010). I och med att screening nu införs i allt fler landsting (SBU, 2008) är personer med föreliggande diagnosen AAA en ökande patientgrupp inom hälso- och sjukvård. Målet och nyttan med studien är att samla befintlig kunskap genom en litteraturstudie. Samtidigt söka förbättringar inom omvårdnadsprocessen kring patienter med diagnosen AAA och att därigenom gagna patienter med denna diagnos och därigenom även gagna anhöriga och vårdpersonal.

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa livssituationer, livskvalitet och omvårdnadsbehov hos patienter med diagnosen AAA samt att belysa omvårdnadsåtgärder som främjar hälsa hos patienter med denna diagnos.

Frågeställningar

- På vilka sätt kan diagnosen AAA upplevas och påverka patienters livssituation?
- Vilken inverkan har AAA-screening på patienters livskvalitet?
- Vilka omvårdnadsbehov kan identifieras hos patienter med AAA?
- Vilka omvårdnadsåtgärder kan urskiljas i syfte att främja hälsa för patienter med diagnosen AAA?

Metod

Design

Studien har genomförts som en litteraturstudie.

Urval av litteratur

Artikelsökningen har gjorts i databaserna PubMed, Chinal och PsychInfo och i Högskolan Dalarnas sökmotor Elin@dalarna. Sökorden som använts var: abdominal aortic aneurysm, anxiety, caring, experience, health, health education, HRQoL, information, mass screening, nursing, patient, quality of life, satisfaction, och screening. Inklusionskriterier var studier gjorda mellan år 2000 och 2010. Språket begränsades till engelska eller svenska. Studier som ej var relevanta för aktuellt syfte, ej fanns tillgängliga i fulltext, var belagda med avgift eller de som efter granskning bedömdes vara av låg kvalitet exkluderades. Ett antal artiklar återkom i flera sökningar trots olika sökvägar och olika sökord. Dessa lästes då bara en gång. Undantag från vad som ovan nämnts var databasen PsychInfo där fulltext ej var en tekniskt möjlig avgränsning. Ytterligare en artikel, som ingick som del av materialet till en avhandling som använts i denna studie, inkluderas genom en manuell avgiftsbelagd beställning via Högskolan Dalarna.

Tabell I. *Urvalsprocess för artiklar till resultat*

Databas /Sökmotor	Sökord	Antal träffar n	Antal lästa abstrakt n	Artiklar i resultatet n

PubMed	Abdominal aortic aneurysm + quality of life	6	5	2
PubMed	Abdominal aortic aneurysm + health	4	4	0
PubMed	Abdominal aortic aneurysm + health education	1	1	0
PubMed	Abdominal aortic aneurysm + patient + satisfaction	5	5	1
PubMed	Abdominal aortic aneurysm + mass screening	70	12	1
PsychInfo	Abdominal aortic aneurysm + patient	51	14	5
Cinahl	Abdominal aortic aneurysm + patient	48	10	2
ELIN	Abdominal aortic aneurysm + patient + nursing	30	7	1
ELIN	Abdominal aortic aneurysm + experiences + nursing	7	4	1
ELIN	Abdominal aortic aneurysm + depression	7	3	2
ELIN	Abdominal aortic aneurysm + quality of life	53	4	3
ELIN	Abdominal aortic aneurysm + anxiety	9	1	1

Tillvägagångsätt

Ett första urval av vetenskapliga artiklar gjordes utifrån titlar och abstrakt som presenteras i **Tabell II**. Artiklarna delades upp mellan uppsatsförfattarna som läste artiklarna var för sig. Därefter diskuterades gemensamt artiklarnas innehåll utifrån syfte och frågeställningar. Det resultat i artiklarna som var relevant till denna studie analyserades gemensamt och fördes in under rubriker och underrubriker. Under resultatskrivandets gång väcktes frågor och tankar som diskuterades vartefter och som sedan skrevs ner på var sitt håll. Slutligen sammanställdes och lästes diskussionen tillsammans.

Tabell II. *Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet*

Författare	År Land	Titel	Design Datainsamlings- metod	Deltagare	Kvalitet
Benoit, A.B., Campbell, B.I., Tanner, J.R., Staley, D., Wallbridge, H.R., Biehl, D.R., Bradley, B.D., Louridas, G., Guzman, R.P. och Fromm, R.A.	2005 Kanada	Risk Factors and Prevalence of Perioperative Cognitive Dysfunction in Abdominal Aneurysm Patients	Kvantitativ, prospektiv, multidisciplinär. Bekvämlighetsurval, frågeformulär, skattningsskalor	n=102	Hög 27/29

Berman, L., Curry, L., Gusberg, R., Dardik, A. och Fraenkel, L.	2008 USA	Informed Consent for Abdominal Aortic Aneurysm Repair: The Patient's Perspective	Kvalitativ Djupintervjuer,	n=20	Hög 22/25
Brännström, M., Björck, M., Strandberg, G. och Wanhainen, A.	2009 Sverige	Patient's Experiences of being informed about having an Abdominal Aortic Aneurysm – A Follow-up case Study five years after screening	Kvalitativ, deskriptiv Tematiserad innehållsanalys	n=3	Hög 22/25
Falkensammer, J., Hakaim, A.G., Falkensammer, C.E., Broderick, G.A., Crook, J.E., Heckman, M.G., Oldenburg, W.A. och Hugl, B.	2007 Österrike	Prevalence of Erectile Dysfunction in Vascular Surgery Patients	Kvantitativ, gruppjämförande Skattningsskalor	n=135	Hög 25/29
Hill, A.B., Palerme, L.P., Brandys, T., Lewis, R. och Steinmetz, O. K.	2007 Kanada	Health-related Quality of life in Survivors of Open Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm Repair: A matched, controlled Cohort study	Kvantitativ, matchad, kontrollerad, kohort-studie Skattningsskalor	n=260	Hög 25/29
Hoffman, K.A., Aitken, L.M. och Duffield, C.	2009 Australien	A comparison of Novice and Expert Nurses' cue collection during Clinical decision-making: Verbal Protocol Analysis	Kvantitativ, gruppjämförande, empirisk, deskriptiv Intervjuer	n=8	Hög 23/29
Jones, M.A., Hoffman, L.A., Makaroun, M.S., Zullo, T.G. och Chelluri, L.	2002 USA	Early discharge following Abdominal Aortic Aneurysm repair: Impact on Patient and Caregivers	Kvantitativ, gruppjämförande prospektiv, longitudinell Skattningsskalor	n=51	Hög 23/29
Koo, V., Lau, L., McKinley, A., Blair, P. och Hood, J.	2006 England	Pilot Study of Sexual dysfunction Following Abdominal Aortic Aneurysm Surgery	Kvantitativ, gruppjämförande pilotstudie Skattningsskalor	n=47	Medel 21/29
Lederle, F.A., Freischlag, J.A., Kyriakides, T.C., Padberg, F.T., Matsumara, J.S., Kohler, T.R., Lin, P.H., Jean-Claude, J.M., Cikrit, D.F., Swanson, K.M. och Peduzzi, P.M.	2009 USA	Outcomes following Endovascular vs Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm <i>A Randomized trial</i>	Kvantitativ, randomiserad, jämförande Mätinstrument intervjuer, patientdata	n=881	Medel 22/29
Letterstål, A., Sandström, V., Olofsson, P. och Forsberg, C.	2004 Sverige	Postoperative mobilization of Patients with Abdominal Aortic Aneurysm	Kvantitativ, randomiserad, matchad jämförande, deduktiv Skattningsskalor,	n=52	Hög 27/29

			frågeformulär		
Marteau, T.M., Kim, L.G., Upton, J., Thompson, S.G. och Scott, A.P.	2004 England	Poorer self assessed Health in a prospective Study of men with screen detected Abdominal Aortic Aneurysm: a predictor or a consequence of Screening outcome?	Kvantitativ, randomiserad, prospektiv, Skattningsskalor, mätinstrument	n=23 654	Hög 27/29
Minden, S.L., Carbone, L.A., Barsky, A., Borus, J.F., Fife, A., Fricchione, G.L. och Orav, E.J.	2004 USA	Predictors and outcomes of Delirium	Kvantitativ, jämförande, longitudinell Skattningsskalor, intervjuer	n=35	Medel 22/29
Nieuwenhuijsen	USA 2008	An Insider's view on person-centred Rehabilitation: A Case Study	Kvalitativ, fallbeskrivning Observation,	n=2	Medel 19/25
Pettersson, M. och Bergbom, I.	2010 Sverige	The Drama of being diagnosed with an Aortic Aneurysm and undergoing surgery for two different procedures: Open Repair and Endovascular techniques	Kvalitativ, hermeneutisk fenomenoloisk Intervjuer	n=20	Hög 25/25
Pettersson, M., Mattsson, E. och Bergbom, I.	2009 Sverige	Prospective follow-up of Sexual function after Elective repair of Abdominal Aortic Aneurysms using Open and Endovascular techniques	Kvantitativ jämförande Frågeformulär	n=76	Hög 26/29
van der Schaaf, I.C., Wermer, M.J.H., Velthuis, B.K., Bossuyt, P.M.M. och Rinkel, G.J.E.	2006 Holland	Psychological impact of finding small Aneurysms that are left untreated in Patients previously operated on for ruptured Aneurysms	Kvantitativ, matchad jämförande Skattningsskalor	n=69	Medel 22/29
Spencer, C.A., Norman, P.E., Jamrozik, K., Tuohy, R. och Lawrence-Brown, M.	2004 Australien	Is screening for Abdominal Aortic Aneurysm bad for your health and well-being?	Kvantitativ, matchad och grupp jämförande Skattningsskalor	n=2009	Hög 29/29
Stiggelbout, A.M., Molewijk, A.C., Otten, W., Van Bockel, J.H., Bruijninx, C.M.A., Van der Salm, I. och Kievit, J.	2008 Holland	The impact of individualized evidence-based decision support on Aneurysm Patients' decision making, ideals of autonomy, and Quality of life	Kvantitativ, randomiserad, jämförande Skattningsskalor, frågeformulär	n=100	Hög 23/29
Timmermans, D., Molewijk, B., Stiggelbout, A. och Kievit, J.	2003 Holland	Different formats for communicating surgical risks to Patients and the effect on choice of treatment	Kvantitativ, gruppjämförande Strukturerad och standardiserad intervju	n=44	Hög 24/29

Tochii, M., Ogino, H., Matsuda, H., Minatoya, K., Sasaki, H. och Kitamura, S.	2008 Japan	Is prompt surgical treatment of an Abdominal Aortic Aneurysm justified for someone in their eighties?	Kvantitativ, gruppjämförande, frågeformulär,	n=444	Medel 20/29
---	---------------	---	--	-------	----------------

Kvalitetsgranskning av artiklar

Författarna har kvalitetsgranskat artiklarna genom att använda Högskolan Dalarnas modifierade granskningsmallar av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008) (bilaga 1 och 2). Varje artikel poängsattes genom att frågor som besvarades med ja fick ett poäng och frågor som besvarades med nej fick noll poäng. För kvantitativa studier var högsta poäng 29 där 23-29 poäng betyder hög vetenskaplig kvalitet, 15-22 poäng avser medelgod kvalitet och under 15 poäng innebär låg kvalitet. För kvalitativa studier var högsta poäng 25 där 20-25 poäng avser hög kvalitet, 15-19 innebär medelgod kvalitet och under 15 poäng betyder låg kvalitet (Willman et al., 2006; Forsberg & Wengström, 2008).

Analys av resultat

Denna studies resultat baseras på såväl kvantitativa som kvalitativa ansatser, se **Tabell III**. Genom textanalys och tabellgranskning av resultaten togs de delar ut som bedömdes relatera till syfte och frågeställningar. Dessa sammanfördes i ett textdokument. Textmassan granskades och kondenserades ytterligare varefter kategorier och teman tydliggjordes. Teman och underteman som framkom vid denna analys sammanställdes i resultatet.

Tabell III. *Kvalitetsnivå*

Kvalitetsnivå	Kvalitativ ansats	Kvantitativ ansats
Hög	3	11
Medel	1	5
Låg	0	0

Forskningsetiska överväganden

Denna studie krävde inget etiskt tillstånd från Högskolan Dalarnas forskningskommitté eftersom det är en litteraturstudie. Artiklarna har bearbetats på ett objektivt och på ett med sanning överstämmande sätt. Vid ordagrann återgivning av resultat har citationstecken använts tillsammans med sidhänvisning.

Resultat

Sammanställningen av detta resultat presenteras utifrån frågeställningarna och med hjälp av följande rubriker/teman och underrubriker/underteman: Diagnosen AAA och dess påverkan på livssituation och livskvalitet; *HRQoL - behandlingsmetoders påverkan, Livssyn, oro och rädsla, Screeningens inverkan på patienten, Smärta, Komplikationer i samband med operation, Sexualitet.* Omvårdnadsbehov; *Information, Delaktighet, Aktivitet i dagligt liv.* Omvårdnadsåtgärder; *Information, Professionalism.*

Diagnosen AAA och dess påverkan på livskvalitet och livssituation

HRQoL - behandlingsmetoders påverkan

Jones, Hoffman, Makaroun, Zullo och Chelluri, (2002) jämförde HRQoL samt fysisk och psykisk hälsa hos patienter som genomgått EVAR- och OR operationer. Mätningarna utfördes postoperativt vid fyra tillfällen, på utskrivningsdagen, efter en vecka, fyra veckor samt efter åtta veckor. Studien visade att HRQoL försämrades signifikant efter en vecka i alla undersökta parametrar oavsett typ av operationsmetod. Studien visade dessutom på signifikant skillnad av HRQoL mellan grupperna första veckan, där OR patienterna visade kraftigast försämring. HRQoL återgick till att vara likvärdigt eller högre i båda grupperna efter åtta veckor jämfört med utskrivningsdagens mätning. Författarna uppgav även att patienter från båda grupperna upplevde problem orsakad av tidig utskrivning efter AAA operation (Jones et al., 2002). Lederle, Freischlag, Kyriakides, Padberg, Matsumura et al. (2009) fann heller ingen större skillnad vad gäller HRQoL hos patienterna med AAA i efterförloppet av OR eller EVAR. Däremot framkom att dödligheten efter OR var påvisbart högre vid mätning 30 dagar postoperativt. Vidare noterades i studien att EVAR som operationsmetod medförde ett reducerat antal vård dygn i samband med ingreppet. EVAR medförde dessutom märkbart kortare operations tid, minskad tid i respirator postoperativt och minskad blodförlust. Dock sågs ingen betydande skillnad i dödlighet efter två år hos patienterna som genomgått OR eller EVAR (Lederle et al., 2009).

En jämförelse mellan akuta och elektiva operationer som studerades av författarna Tochii, Ogino, Matsuda, Minatoy, Sasaki och Kitmura (2008) visade på att de som genomgått akut operation hade signifikant sämre resultat än elektiva enligt en överlevnadsanalys (Tochii, 2008). Vad gällde skillnader inom HRQoL efter elektiv respektive akut operation framkom att efter elektiv operation skattades HRQoL generellt något lägre än efter akut operation (Hill, Palerme, Brandys, Lewis & Steinmetz, 2007). Dock visade denna studie på marginella skillnader i HRQoL mellan de båda grupperna. Den största skillnaden mellan grupperna uppmättes i variabeln social funktion, där de som opererats elektivt skattade HRQoL lägst. Vid en jämförelse med en population i

samma åldersgrupp framkom inte heller någon vägledande skillnad i uppskattad HRQoL (Hill et al., 2007).

Livssyn, oro och rädsla

Oro och rädsla preoperativt var vanligt bland patienter med diagnosen AAA (Berman, Curry, Gusberg, Dardik & Fraenkel, 2008; Pettersson & Bergbom, 2010; Pettersson, Mattsson & Bergbom, 2009; van der Schaaf, Wermer, Velthuis, Buskens, Bossuyt et al., 2006) Författarna Pettersson och Bergbom (2010) fann därutöver att känslor av överklighet, nära döden upplevelse och existentiella frågor var vanligt när de genom postoperativa patientintervjuer undersökte upplevelser perioperativt en månad efter operation. Att vänta på operation liknades vid att invänta en dödsdom, där tankarna kretsade kring att aneurysmet kunde rupturera. På grund av det asymptomatiska sjukdomsförloppet hade somliga upplevt sjukdomen som förrädisk, andra hade känt stor oro i det dagliga livet före operationen. Kännedom om att AAA kunde brista hade påverkat deras vardag genom oro och rädsla (Berman et al., 2008; Pettersson & Bergbom, 2010). Patienter liknade detta vid att ”gå på äggskal” (Berman et al., 2008, s.297). Vissa patienter uttryckte att sjukdomen överraskat dem i samband med annan undersökning. Vetskapen om diagnosen gjorde somliga deltagare uppmärksamma på varje tecken eller symtom som skulle kunna kopplas till AAA (Pettersson & Bergbom, 2010).

Brännström et al. (2009) redovisar patientupplevelser utförd fem år efter AAA-diagnos. Studien bygger på intervjuer av deltagare som redan före AAA-diagnosen hade flera sjukdomar. Brännström et al. (2009) påvisar att framför allt smärtor från annan sjukdom besvärade patienterna mera och gav mer oro än just vad diagnosen i sig gav upphov till samt att symtomfriheten i denna sjukdom var i jämförelse med de andra sjukdomarnas symtom att likna vid ”en droppe i havet” (Brännström et al., 2009, s. 72). Samtliga tre deltagare i denna studie uppgav att de igenom egna livserfarenheter kände till faran med sjukdomen. De berättade att de inte kände av aneurysmet alls i det dagliga livet (Brännström et al., 2009). Patienter uppgav att de kände sig skräckslagna inför vad som kunde hända om inte operation utfördes. De beskrev att antingen var det operation eller så kunde de räkna med att dö med brustet aneurysm, något annat stod inte till buds (Berman et al., 2008).

Pettersson och Bergbom (2010) konstaterade att anhöriga till opererade patienter med AAA uttryckt förvåning över att patienterna inte uttryckt glädje trots att de överlevt operationen. Vidare visar studien att en förändrad livssyn och förändrade värderingar postoperativt var vanligt där tacksamhet och kärlek till livet uttrycktes (Pettersson & Bergbom, 2010).

Screeningens inverkan på patienten

Författarna Spencer, Norman, Jamrozik, Tuohy & Lawrence-Brown (2004) ställde sig frågan om screeningundersökning kring AAA kunde innebära skada för hälsa och välbefinnande. I deras studie, där män och deras partner deltog undersöktes HRQoL före och efter screening. Skillnader mellan grupperna som visade sig ha ett AAA och de som hade normal aorta mättes 12 månader efter screeningundersökning. Ingen signifikant skillnad kunde då urskiljas. Däremot kunde konstateras att den undersökta gruppen som fick diagnos AAA till större del var rökare eller före detta rökare och/eller hade hjärt- och kärlsjukdom sedan tidigare (Spencer et al., 2004).

Ett klart samband mellan självskattad hälsa innan screeningundersökning och påvisande av AAA har konstaterats. Ju lägre den uppskattade hälsan var före screening desto större var risken att AAA upptäcktes (Marteau, Kim, Upton, Thompson & Scott, 2004). Merparten av de som genomgått screening blev efter undersökningen mer uppmärksam på sin hälsa generellt sett. De som påfunnits ha aortaproblem blev dock mer försiktiga med fysisk aktivitet och mer uppmärksamma på egna smärtor (Spencer et al., 2004).

Marteau et al. (2004) undersökte självuppskattad hälsa hos patienter som genomgått screeningundersökning för AAA. Självskattningen visade på sämre hälsa sammantaget hos de patienter där AAA diagnostiserades jämfört med de som hade normal aorta. Liknande fynd gjorde van der Schaaf et al. (2006) som undersökte psykosociala följder och QoL hos patienter som tidigare opererats efter rupturerat aneurysm i huvudet och sedan screenats för nya aneurysm. Resultatet visade att 31 procent av patienterna som diagnostiserats för nya aneurysm (undersökningsgrupp) rapporterade ökad rädsla i dagligt liv jämfört mot 18 procent hos de som inte hade några nya aneurysm (kontrollgrupp). I undersökningsgruppen ångrade 14 procent deltagande i screeningprogrammet jämfört mot tre procent i kontrollgruppen. I övrigt konstaterades inga kliniskt relevanta skillnader i QoL eller sinnestämning mellan grupperna (van der Schaaf et al., 2006).

Smärta

Postoperativ smärta har beskrivits som en otrevlig överraskning av patienter i en studie av Pettersson och Bergbom (2010). Flera uttalade att de inte känt till att de skulle ha så kraftig smärta efter operationen. Vissa hade så pass ont att de upplevde sig själva som helt i händerna på sjuksköterskor för att klara sig. Att vara oförberedd på kraftig smärta och att inte känna sig frisk direkt efter operationen var vanligt. (Pettersson & Bergbom, 2010).

En studie (Hill et al., 2007) jämförde HRQoL hos män i åldersgruppen 65-74 år efter akut operation vid ruptur och vid elektiv kirurgi av AAA. Avseende fysisk smärta skattade sig de

elektivt opererade något bättre än de akut opererade patienterna, de upplevde mindre smärta. Båda grupperna skattade sig bättre jämfört med en genomsnittspopulation (Hill et al., 2007).

Komplikationer i samband med operation

Minden, Carbone, Barsky, Borus, Fife et al. (2004) undersökte sambandsfaktorer hos patienter med AAA och utvecklandet av postoperativt delirium. Av studien fann författarna att 22,9procent av patienterna utvecklade diagnosen delirium postoperativt. Ett mätbart samband kunde påvisas mellan diagnosen delirium och preoperativa faktorer. Bland faktorerna ingick graden av depressiva symtom, kognitiv förmåga, alkoholkonsumtion, vårdtid, fysisk funktion samt social funktion uppmätt efter en och sex månader postoperativt.

Benoit, Campbell, Tanner, Staley, Wallbridge et al. (2005) studie visade att 33 procent fick diagnosen delirium vid åtminstone ett tillfälle under de första sex postoperativa dagarna, de flesta på dag två, tre och fyra. Signifikant skillnad noterades bland dem som intagit fler psykofarmaka och färre vasoeffektiva läkemedel, antidepressiva mediciner, benzodiazepiner- och neuroleptiska mediciner. Av de deltagare som var ≥ 80 år drabbades 75 procent av delirium, jämfört med 27.8 procent av de som var under 80 år. Överrepresentation noterades bland rökare eller före detta rökare där 93 procent drabbades av delirium. Studiens resultat visar ett samband att ju fler cigaretter som rökts desto högre var risken att drabbas. Vidare framkom att vårdtiden på IVA eller den totala vårdtiden ökade risken att utveckla delirium perioperativt. Hög ålder, låg utbildning och ett svagt resultat på kognitiva testet ökade risken att drabbas. Inga samband kunde dock ses mellan alkoholintag och utvecklande av delirium i denna studie (Benoit et al., 2005).

Preoperativa depressioner som enskild företeelse var däremot inte signifikant associerade med postoperativ funktionell status, preoperativ alkoholkonsumtion eller kognitiv funktion inte heller med postoperativ död eller medelvårdtid (Minden et al., 2004). Lederle et al. (2009) påvisade att komplikationer med att blod läcker ut i aneurysmet noterades hos 25 procent av patienterna som genomgått EVAR, varav en del av dessa därmed behövde reopereras.

Sexualitet

Sexuella problem postoperativt ökade överlag hos patienterna med diagnosen AAA visar Koo, Lau, McKinley, Blair och Hood (2006) i en studie. Därtill ska läggas att en lägre grad av samma problematik förelåg preoperativt hos deltagarna. Detta förklarades med att patienterna hade andra sjukdomar före operationen av AAA som har medverkat till dessa problem. Trots detta fanns en klart mätbar skillnad av graden av sexuella problem före och efter operationerna, dock inte så svåra att några av deltagarna upplevde att de tänkte söka professionell hjälp för problemen (Koo et al., 2006).

I en studie av Pettersson et al. (2009) där patienter som genomgått OR och EVAR jämfördes angående deras sexuella förmåga och dess inverkan på QoL redovisades att 42 procent av alla deltagare kände oro preoperativt för att utföra sexuell aktivitet, där yngre patienter kände större oro än äldre. Ett år efter AAA operation kände endast sju procent samma oro. Vad gällde upplevt intresse för sexuella aktiviteter uppgav 23 procent att de inte hade något sådant preoperativt och fler kvinnor än män saknade sexuellt intresse. Ett år efter operation hade patienternas intresse för sexuella aktiviteter avtagit ytterligare (Pettersson et al., 2009).

Falkensammer, Hakaim, Falkensammer, Broderick, Crook et al. (2007) undersökte prevalensen av sexuell dysfunktion hos män efter vaskulär operation. Försämrad erektil funktion hittades hos 90 procent av deltagarna. Bland deltagarna med diagnosen AAA rapporterades 82 procent ha allvarlig eller svår erektil dysfunktion. Ingen signifikant skillnad sågs oavsett om patienterna hade genomgått OR eller EVAR. Studien visade dessutom ett klart samband mellan graden av erektil funktion och hög ålder, insulinbehandlade diabetiker, urologisk sjukdom samt AAA (Falkensammer et al., 2007).

Lederle et al. (2009) fann ingen anmärkningsvärd skillnad mellan patienter som genomgått EVAR och OR vad gäller erektil funktion två år postoperativt.

Omvårdnadsbehov

Information

Patienter har uttryckt att de inte hade fått tillräcklig information kring följder och risker i samband med deras operation. Informationen de fått har till största del varit teknisk inriktad med upplysningar om hur operationen ska gå till men inte tillräckligt om vilka följder eller risker som kan förknippas med den. Vissa patienter ville dock inte veta så mycket utan upplevde det skrämmande medan andra ville veta så mycket som möjligt (Berman et al., 2008).

Patienter uttalade att de först efter operationen kunde och ville ta till sig information om sjukdomen eftersom de helst inte ville veta allt innan operation då detta kunde öka deras oro (Pettersson & Bergbom, 2010). Somliga patienter upplevde det skönt och tryggt att ha någon anhörig med för att fyra öron hör och förstår mera än två (Berman et al., 2008).

I studien av Pettersson et al (2009) framgår att endast ett fåtal patienter fått eller förstått information som handlat om sexualitet. Av alla deltagare uppgav 91 procent av att de inte fått någon preoperativ information angående eventuella sexuella risker och komplikationer. Av de patienter som genomgått EVAR hade ingen fått någon sådan information och äldre patienter erhöll information i lägre utsträckning än yngre. Dock var 37 procent av alla deltagare nöjda med den preoperativa information de fått (Pettersson et al., 2009). En patient uttryckte missnöje med

att vid intervjutillfället fortfarande inte kunna genomföra samlag postoperativt och efterlyste information om denna komplikation tidigare (Pettersson & Bergbom, 2010).

Delaktighet

Patienter har i en studie av Pettersson och Bergbom (2010) uttryckt maktlöshet i situationen då AAA har vuxit sig till den storleken att kirurgisk åtgärd blivit relevant. De upplevde sig vara i händerna på kirurgen och inte längre ha något eget val ”de var tvungna att följa strömmen och genomgå operationen”(Pettersson & Bergbom, 2010, s. 4).

Stiggelbout, Molewijk, Otten, Van Bockel, Bruijninx et al. (2008) redovisade att individanpassad information ökade uppfattningen hos patienter att kirurgen avgjorde vilken behandling som var bäst lämpad. Patienterna uttryckte att de föredragit en mer aktiv roll i beslutsfattandet. Även i en studie av Berman et al. (2008) upplevde patienter att de inte hade något val att göra, operation var den enda möjligheten för dem att överleva. Operatören upplyste preoperativt mer om riskerna för ruptur än om generella operationsrisker. De val patienterna gjorde grundades sig i och med det ofta på missuppfattning om risker för ruptur kontra operationsrisker. Somliga patienter kände att de inte hade någon möjlighet till egna beslut utan kunde bara göra som doktorn föreslog. Informerat samtycke ansågs i dessa fall därför meningslöst (Berman et al., 2008).

Nieuwenhuijsen (2008) har beskrivit att vården borde vara individuell och varje omvårdnadsproblem borde lösas i samförstånd med patienten och dennes närstående.

Aktivitet i dagligt liv (ADL)

I en jämförande studie (Jones et al., 2002) mellan patienter som genomgått OR respektive EVAR upplevde patienter som genomgått OR generellt större svårigheter att utföra ADL postoperativt på grund av nedsatt fysisk hälsa. Vårdare till patienterna som genomgått OR assisterade vid fler aktiviteter och spelade större roll i utförande av ADL än i gruppen med de som genomgått EVAR (Jones et al., 2002).

Författarna Tochii et al. (2009) gjorde en åldersjämförande studie där patienter ≥ 80 år jämfördes postoperativt efter AAA kirurgi med en grupp patienter < 80 år. De angav att 86,1 procent av patienterna ≥ 80 år och 91,6 av de yngre än 80 år var kapabla att återgå till sin tidigare livsstil med självständiga aktiviteter i ADL. Mer än 80 procent av patienterna ≥ 80 hade återgått till sin tidigare hemmiljö och livsstil även om vissa fått utökad hjälp och vård efter operationen.

Omvårdnadsåtgärder

Information

Att ge information som en omvårdnadsåtgärd och dess påverkan på patienter med AAA, det vill säga genom vilket sätt patienterna fick information och vad information skulle innehålla undersöktes av Brännström et al. (2009). Studien visade att det är av vikt att informationen som ges kan begripas och ska med fördel ges tillsammans med patientens partner. Dessutom framkom att, utöver själva faktabeskrivningen, var god information kring historik och kirurgens erfarenheter inom de olika metoderna viktiga och bidrog till att lindra patienternas oro. Brister i informationen nämndes i studien av Berman et al. (2008) där patientgruppen uttryckte brist på möjligheten till egna val.

I Brännström et al. (2009) studie framkom att patienterna ansåg det viktigt att möta en kirurg som var ärlig, rättfram och lätt att tala med. Information om att täta kontroller skulle utföras uppskattades av patienterna och minskade oron (Brännström et al., 2009).

Stiggelbout et al., (2008) studerade två olika varianter av skriftlig information till AAA patienter som stod inför operation. En broschyr gav generell information. Den andra broschyren var mer individuellt utformad med information grafiskt beskrivet i kurvor och ikoner som visade på riskerna i samband med diagnosen. Resultatet visade att alla patienter var mer aktiva och hade fler frågor förberedda vid en andra läkarkonsultation efter att ha tagit del av respektive broschyr. Jämförelsevis mellan grupperna var skillnaden mellan konsultationerna större hos den grupp som fick individuellt utformad informationsbroschyr. Stor del av samtliga patienter (65 procent) upplevde att de inte hade några behandlingsalternativ vid någon av läkarkonsultationerna. Stiggelbout et al. (2008) undersökte även huruvida avgränsade parametrar kring hälsa och livskvalitet påverkades genom de olika sätten att ge information. Författarna konstaterade att inga effekter observerades i de upprepade mätningarna för oro och depression eller för QOL. Utifrån informationens innehåll kom Stiggelbout et al. (2008) fram till att 69 procent i gruppen med individuellt anpassad information och 76 procent i gruppen med generell information upplevde informationen som hotfull. Gruppen som fått individuellt utformad information upplevde en bättre förståelse för viktiga problem inför sitt beslutsfattande. Studien visade också att dessa deltagare hade fler invändningar mot läkarens råd än den grupp som erhållit generellt utformad information. Vidare framkom att de patienter som fått individuellt anpassad information önskade längre besökstider för läkarkonsultation än de som tagit del av generell information. Den grupp som erhållit individuellt anpassad information uttryckte ett något sänkt förtroende för läkaren medan den grupp som fått del av generellt utformad information behöll samma höga förtroende för läkaren över tid (Stiggelbout et al., 2008).

Att utformningen på den information som gavs var av betydelse visade Letterstål et al., (2004) där en hypotes testades, att skriftlig strukturerad information preoperativt tillsammans med muntlig information skulle förbättra det fysiska och psykiska välmåendet hos patienter med diagnosen AAA postoperativt. En experimentgrupp (EG) fick ta del av såväl skriftligt utformad information innehållande operationsproceduren och postoperativt förlopp samt muntlig information. Kontrollgruppen (CG) fick sedvanlig muntlig information. EG var signifikant yngre än CG. Letterstål et al. (2004) kom fram till att mellan grupperna eller i de enskilda mätningarna avseende generell hälsa kunde ingen signifikant skillnad ses. Inte heller någon skillnad kunde ses hur AAA påverkat deras livssituation. EG kände sig signifikant mera nedstämd än CG preoperativt och postoperativt på dag ett och dag tre. I CG kunde ett signifikant samband utläsas mellan psykologiskt mående och storleken på AAA, där exempelvis mindre hoppfullhet kunde associeras med större AAA. I båda grupperna fanns ett klart samband mellan psykiskt välmående och antalet intensivvårdsdagar. Båda grupperna uttryckte sömnproblem postoperativt (Letterstål et al., 2004).

Timmermans, Molewijk, Stiggelbout och Kievit (2003) visade också på utformningens betydelse av information. Studien undersökte hur siffror, staplar eller ikoner påverkade patientens tolkning av risker och annan information som sedan låg till grund för patientens val av behandling. Två fiktiva fall, ett "hög-risk"- och ett "låg-risk"-fall presenterades för deltagarna som tidigare opererats för AAA, där de genom hypotetiska frågor ombads bedöma vilken behandlingstyp, operation eller konservativ behandling, de skulle föredragit utifrån de olika informationssätten. Information om risker som presenterades som staplar värderades som mera komplexa och hotande än ikoner och siffror. Generellt tyckte deltagarna att informationen var till ganska bra hjälp för beslutsfattandet avseende behandling, mera hjälpsam för de fiktiva fallen med "låg-risk" jämfört med "hög-risk". Ikoner ansågs vara mer till hjälp än staplar och siffror ansåg de vid "låg-risk". Grafisk information, dvs. staplar och ikoner, ansågs vara mera till hjälp för beslutsfattandet än information angiven i siffror vid de fiktiva "hög-risk"-fallen. Vid presentation av risker med siffror angivna i informationen valde 100 procent operation vid "låg-risk". När informationen presenterades som staplar valde marginellt färre operationer vid ettårs risker angivna. När informationen angavs som ikoner uppgav 67 procent operation vid ettårs risker och 87 procent vid femårs risker. Vid "hög risk" valdes mindre ofta operation vid information som ikoner, 29 procent vid ettårs risker och 21 procent vid femårs risker. Angiven i siffror valdes operation i 46 procent både vid ettårs- och femårsrisker. Som staplar valde 69 procent operation efter ettårsriskerna angivna och 62 procent efter femårs risker. Studien redovisar signifikant skillnad mellan ikoner och staplar för såväl ett- som femårsrisker beskrivna (Timmermans et al., 2003).

Professionalism

Betydelsen av professionalism hos vårdgivare poängterades av Berman et al. (2008). I studien framkom att patienter upplevde det som mycket viktigt att känna förtroende för kirurgen. När kirurgen berättade om lång erfarenhet inom området och forskningen kring AAA samt att den mellanmänskliga relationen fungerade kändes det tryggare enligt patienter. Att känna tillit och kunna lämna över sitt liv i kirurgens händer var viktigt (Berman et al., 2008).

Nieuwenhuijsen (2008) poängterade vikten av kunskap och empatisk förmåga hos den vårdande personalen samt betydelsen av förmåga att motivera patienten till rehabilitering. I studien framkom även att deltagarna imponerades av professionaliteten hos läkarna och övrig medicinsk personal vad avser kunskapsöverföring till patienten (Nieuwenhuijsen, 2008).

I en gruppjämförande Australiensk studie mellan fyra erfarna och fyra oerfarna sjuksköterskor (Hoffman, Aitken & Duffield, 2009) undersöktes deras förmågor till insamling av patientdata som sedan utgjorde grund för kliniskt beslutsfattande. Studien utfördes på en intensivvårdsavdelning med AAA postoperativa patienter under de första 24 timmarna. De erfarna sjuksköterskorna hade arbetat mer än tre år, de oerfarna mindre än tre månader på aktuell klinik och ej arbetat mer än två år i yrket. De rutinerade sjuksköterskorna samlade in 89 olika patientdata, den ovana samlade in 49. De rutinerade använde ett bredare spektra av patientdata än nybörjarsjuksköterskorna såsom oro, gestikulerande, smärta och mimik. I spektret ingick också iakttagelser såsom sömn, sömnlöshet, spända muskler, kroppsspråk, rädsla och oro. De erfarna sjuksköterskorna använde fler insamlade patientdata för att värdera patientens mentala status och även faktorer som förmåga att följa instruktioner, öppna ögonen, svara på röststimuli och att värdera hemodynamiskt status. De vana sjuksköterskorna drog slutsatser genom att lägga ihop fler insamlade patientdata jämfört med de ovana. Rutinerade sjuksköterskor samlade fler data för en mer komplex klinisk bild än de oerfarna. Vana sjuksköterskor uppfattade lättare möjliga följder och risker, planerade i förväg och uppfattade signaler inför möjliga problem (Hoffman et al., 2009).

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultat

Denna litteraturstudie baserades på fyra artiklar med kvalitativ ansats och 16 artiklar med kvantitativ ansats. Studier visade att HRQoL hos patienter som fick diagnosen AAA försämrades signifikant perioperativt vid vissa specifika tillfällen och framförallt en vecka efter utskrivning i den postoperativa fasen (Jones et al., 2002; Lederle et al., 2009; Hill et al., 2007). Vidare visade studierna att oro och rädsla preoperativt var vanligt bland patienter med diagnosen AAA (Berman et al., 2008; Pettersson & Bergbom 2010; van der Schaaf et al., 2006). Pettersson och

Bergbom (2010) konstaterade likaså att känslor av överklighet, nära döden upplevelser och existentiella frågor var vanligt preoperativt. Spencer et al. (2004) intresserade sig för konsekvenser utifrån screeningundersökningar av patienter med diagnosen AAA där studien visade på en icke anmärkningsvärd skillnad före och efter screening vad avser HRQoL eller upplevd hälsa i övrigt. Pettersson och Bergbom (2010) undersökte postoperativ smärta där patienter uttalade att de inte kände till att de skulle ha så kraftig smärta efter operationen utan överraskades av detta. Det var vanligt att patienterna utvecklade diagnosen delirium postoperativt (Minden et al., 2004; Benoit et al., 2005). Betydande sexuell problematik och brist på intresse för sexuella aktiviteter konstaterades preoperativt hos patienter och sexuella problem ökade postoperativt överlag hos patienterna med diagnosen AAA (Koo et al., 2006; Pettersson et al., 2009). Nieuwenhuijsen (2008) och Brännström et al. (2009) beskrev att vården borde vara individuell och varje omvårdnadsproblem borde lösas i samförstånd med patienten och dennes närstående. Patienter och vårdare ansåg att de som genomgått OR hade generellt större svårigheter att utföra ADL postoperativt och behövde mer hjälp efter behandlingen än de patienter som genomgått EVAR (Jones et al., 2002.)

Otillräcklig information i samband med operation generellt uttrycktes av patienter (Berman et al., 2008; Pettersson & Bergbom, 2010). Utformningen av information kan ha betydelse för hur patienterna upplever den och kan i vissa fall upplevas som hotfull (Stiggelbout et al., 2008; Timmermans et al., 2003). Patienterna som fått individuellt utformad information upplevde en bättre förståelse för viktiga problem inför sitt beslutsfattande (Letterstahl et al. (2004).

Betydelsen av professionalism påpekades av Berman et al. (2008) där det framkom att patienter upplevde det som mycket viktigt att känna förtroende för kirurgens duglighet. Nieuwenhuijsen (2008) poängterade vikten av kunskap och empatisk förmåga hos den vårdande personalen samt betydelsen av förmågan att motivera patienten till rehabilitering. Hoffman et al. (2009) penetrerar erfarna och oerfarna sjuksköterskors förmågor att infånga patientdata. Stora skillnader sågs där de erfarna sjuksköterskorna samlade in närapå dubbelt så många uppgifter om patienten.

Resultatdiskussion

Upplevelser – att drabbas av AAA, påverkan kring livskvalitet och livssituation samt vård och behandling

Denna litteraturstudies kanske väsentligaste fynd är svaret på när i tid som vårdinsatserna är otillräckliga för att täcka de behov som många patienter upplever. Sjukdomen AAA upptäcktes ofta i samband med utredningar av andra sjukdomar eller genom screeningundersökningar och uppträdde ofta med ett asymptomatiskt förlopp. Patientens väntan, från upptäckten av ett AAA

till åtgärd genom operation, kunde bli lång och mycket orosfylld (Pettersson, 2010). Dessa omständigheter påverkade patienterna på olika sätt vilket tydliggjordes genom de studier som redovisats i denna litteraturstudie. När väl operation var ett faktum framkom att HRQoL samt fysisk och psykisk hälsa signifikant försämrades generellt en vecka efter utskrivning oavsett metod av operation, dock där kraftigast försämring kunde ses hos de som genomgått OR. Patienterna upplevde tidig utskrivning som en orsak till problemen (Jones et al., 2002). Vårdtidens längd som framkommer är, såvitt kan bedömas, det som avgör patienters fortsatta upplevelser av att leva med denna sjukdom.

Oavsett vad som görs för närvarande för dessa patienter, vad avser tiden i samband med och tiden efter diagnos samt en vecka efter utskrivning postoperativt, återstår en del att önska vad avser omvårdnad. Vård som ges ska ligga inom lagens intentioner i allmänhet, och inom vad som kan tolkas ur Socialstyrelsen allmänna råd av 1993:17 och paragraf 2 i synnerhet – att omvårdnadens syfte är att återställa och bevara hälsa utifrån individens behov och möjligheter (SOSFS 1993:17). Erfarenheten utifrån ovanstående studier visar att ytterligare insatser som stärker och stödjer patienters copingförmåga och förhållningssätt till sjukdomen krävs i samband med diagnos och direkt efter diagnos. Ökat stöd krävs i samband med utskrivning till hemmet där inte samma intensitet av hjälp som på sjukhuset finns att tillgå. En noggrann och individuellt utformad vårdplanering bör göras inför utskrivningen som bedömer vilka insatser som behövs för att främja patientens hälsa och återhämtning första tiden efter sjukhusvistelsen. Där bör särskild vikt läggas på patienters olika individuella behov utifrån ett holistiskt perspektiv. Yttermera framkom att patienter upplever sig objektifierade, ofta som medicinska problem snarare än människor med ett problem. Väsentligen lämnas patienter, utifrån vad som kan skönjas ur materialet, åt sina egna tankar och handlingar trots livshotande sjukdom. Detta bekräftar angelägenhetsgraden av ovan nämnda omvårdnadsinsatser samt till de fakta vi nedan beskriver. Att leva med vetskapen om att ha diagnosen AAA, dess livshot, risker och komplikationer skrämde många patienter (Berman et al., 2008; Petterson & Bergbom, 2010; van der Shaaf et al., 2006) och påverkade deras dagliga liv. Beskedet om diagnosen utgjorde således ett lidande i sig där relevanta vårdinsatser för att lindra oro och rädsla vore motiverade. Många patienter uttalade att de upplevde ett stadigvarande hot, där tankarna kretsade kring att aneurysmet kunde rupturera. Att vänta på operation liknades vid att invänta en dödsdom skriver Pettersson och Bergbom (2010). Kunskap om att AAA kunde brista hade påverkat patienternas vardag genom oro och rädsla (Berman et al., 2008; Pettersson & Bergbom, 2010). Därutöver kunde konstateras att överklighetskänslor, nära döden upplevelser och existentiella frågor ofta förekom (Pettersson, 2010). Dessa uppgifter visade att det finns fog för vårdinsatser i form av stöd och hjälp preoperativt eftersom patienter uppenbarligen lider av

att bära diagnosen. Lidandet kan beskrivas som framförallt psykiskt och existentiellt betingat. Genom att hjälpa patienten med detta lidande – individuellt utformat för patienten - kan ökad känsla av KASAM uppnås, det vill säga, en upplevelse av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1991) trots sjukdom och därmed också föra utvecklingen närmare lagstiftningens syfte.

Spencer et al. (2004) undersökte om screeningundersökningar kring AAA kunde innebära skada för hälsa och välbefinnande. Där framkom att ingen signifikant skillnad i HRQoL kunde urskiljas 12 månader efter screeningundersökning. Vidare gjordes fyndet att de som påfunnits ha patologisk förändring av aorta blev mer försiktig med fysisk aktivitet och mer uppmärksam på egna smärtor (Spencer et al., 2004). Marteau et al. (2004) påpekade att merparten av de som genomgått screening blev efter undersökningen mer uppmärksam på sin hälsa generellt sett. Det står därigenom klart att screening har potential att utgöra en hälsofrämjande åtgärd. Det har fattats beslut i Sverige om könsuppdelning inom området screening vilket motiveras enligt följande ”att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt beträffande effekterna av screening för bukaortaaneurysm hos kvinnor” (Wanhainen, Svensjö, Tillberg, Mani, och Björck, 2010, s. 2236). SBU (2008) visar att 800 människor avlider i Sverige årligen av rupturerat AAA. Av dessa utgör 25 procent kvinnor. Uppsatsförfattarna vill rikta kritik till beslutet att undanta kvinnor som grupp ur denna potentiellt hälsofrämjande åtgärd. Screeningundersökningen innebär som ovan beskrivits ett fokus på en av Sveriges största folksjukdomar nämligen sjukdomar i hjärta och kärl samt med all säkerhet en ökad medvetenhet hos allmänheten. Detta kan därför tjäna som bidrag till att minska sjukdomar av denna art generellt. Att låta kvinnor stå utanför, eftersom de utgör ett lägre antal, kan tolkas som att det snarare handlar om beslutsfattarens strama budgetramar än respekt, omtanke och vördnad inför var och ens liv. Till detta ska räknas det lidande som patienter och närstående kan utsättas för där sjukdomen uppstår. Wanhainen et al. (2010) framhåller i en artikel att kritik mot beslutet att inte screeningundersöka kvinnor förekommer flitigt såväl i Sverige som i andra länder. En nyligen avslutad studie inom området kommer att ge vissa svar som kan leda till en förändrad syn och att en ändring trots allt kan vara motiverad att screening ska omfatta alla människor i Sverige som uppnått viss ålder (Wanhainen et al. 2010). Detta ligger dessutom mer i linje med vad lagen SOSFS 1993:17 säger om lika vård för alla.

Vikten av god anamnes har påpekats i detta arbete. Studier (Minden et al. 2004; Benoit et al. 2005) undersökte sambandsfaktorer hos patienter med AAA och utvecklandet av postoperativt delirium. I studierna framkom att upp till en tredjedel av patienterna utvecklade diagnosen delirium postoperativt. Forskarna fann vissa gemensamma faktorer som genom en utförlig och

noggrann anamnes skulle kunna förebyggas och en viss behandlingsberedskap skulle finnas för patienter som drabbades.

Sexuell problematik konstaterades preoperativt hos patienter men sexuella problem ökade postoperativt överlag hos patienterna med diagnosen AAA (Koo et al., 2006; Pettersson et al., 2009). Förklaringar till detta såsom hög ålder eller andra faktorer som tidigare tagits upp i denna studie kan vara skälen till dessa problem, dock är det tydligt att patienterna behöver bättre stöd för att leva med dessa tankar och bekymmer eftersom det samtidigt tydligt framkommer att ingen eller åtminstone ringa information kring sexualitet givits under det perioperativa förloppet (Pettersson et al. 2009).

Information som patientbehov och omvårdnadshandling

Kunskap är en viktig del hos såväl den som är drabbad av sjukdom som hos vårdpersonalen. Berman et al. (2008) visade att vissa patienter inte ville veta så mycket utan upplevde det skrämmande medan andra ville veta så mycket som möjligt. Andra uttalade att de först efter operationen kunde och ville ta till sig informationen (Pettersson & Bergbom, 2010). Somliga patienter upplevde det skönt och tryggt att ha någon anhörig med för att fyra öron hör och förstår mera än två (Berman et al., 2008). Dessa resultat ger en viktig kunskap till de som är satta att vårda patienter med svår sjukdom. Information och patientundervisning bör vila på en individuell bas där patienten till stor del får styra vilken typ av kunskap som önskas. Det handlar mycket om en balans som bör finnas i den goda vårdgemenskapen. I det material som redovisas i denna litteraturstudie framkom att informationsöverföring kan utföras på olika sätt med olika resultat hos mottagaren. Den kunskapen är viktig i sig och lämnas ingen ytterligare konkretisering här – dock, ger den sammantaget en förevisning att skriftlig information av vad slag den vara må, aldrig ersätter det personliga mötet mellan vårdgivare och patient. Caritasmotivet – en vilja och önskan att göra gott mot den andre (Wiklund, 2003) kan tjäna som viktig ledstjärna för personal som arbetar med att vårda andra människor. I den vårdande relationen finns en balans där vårdgivaren iakttar en caritativ hållning. Ett tillåtande sätt i vårdrelationen där själva målet med vården avser att patienten får växa och utvecklas utifrån de individuella förutsättningar som patienten har (Wiklund, 2003).

I studien av Pettersson et al. (2009) framgick att endast ett fåtal patienter fått eller förstått information som handlat om sexualitet. Wiklund (2003) lägger indirekt stort ansvar hos vårdgivaren för vad som ska tas upp i det vårdande samtalet genom den inbyggda asymmetrin i mötet. Asymmetrin avser att vårdgivaren genom sin roll och sina kunskaper har ett övertag i relationen. Därför kan konstateras att ansvaret ligger hos vårdgivaren att öppna och ange ”ramarna” för diskussionen där tankar, känslor, erfarenheter och kunskap får lyftas. Egna

erfarenheter utifrån patientsamtal har visat att det ligger i vårdgivarens hand att öppna upp för vad som kan anses lämpligt under ett samtal. Vårdgivaren kan därigenom bildligt talat skapa ett trångt eller ett rymligt ”samtalsrum”. En tillåtande attityd där vårdgivaren ”öppnar samtalsrummet” genom att beröra känsliga ämnen som exempelvis sexualitet, visar på detta sätt att det tillhör det tillåtna och ingår i det vårdande samtalet. Författarna till denna litteraturstudie slår därmed fast att ett undvikande av viktiga ämnen såsom patientens sexualitet är en brist i omvårdnad om patienten och bör inte förekomma. Existentiella frågeställningar hos patienter med livshotande sjukdom är naturligtvis vanligt och studierna som redovisas påtalar detta. Det uttrycktes att patienter med en livshotande sjukdom var i behov av avlastande samtal med personer de kunde känna förtroende för kring de frågor som uppstått. Framförallt få utlopp för de frågeställningar såsom hur och varför sjukdomen drabbat dem (Pettersson, 2010). Med tydlighet framkom även här hur relationen mellan patient och vårdgivare var avgörande. Erfarenhet visar att nyckeln till själva yrkesskickligheten ligger i vårdpersonalens förmåga till förtroendefulla relationer och därmed ett caritativt samtal.

Andra omvårdnadsbehov och omvårdnadsåtgärder som framkom

Informerat samtycke ansågs i vissa fall meningslöst (Berman et al., 2008) trots att just begreppet står för en delaktighet och en vårdgemenskap i beslutandet. Detta ger ett intryck av att omvårdnaden om patienten fått stått tillbaka av anledningen att behandlingen av sjukdomen varit viktigare. Det ter sig som patienterna mentalt ställer sig vid sidan av det som för stunden sker och är ett vanligt beteende visar egna erfarenheter. När omvärlden upplevs som för svår att hantera lämnar patienten över sig själv i vårdpersonalens händer, kanske i ett försök att fly undan det obehagliga. Nieuwenhuijsen (2008) beskrev att vården borde vara individuell och varje omvårdnadsproblem borde lösas i samförstånd med patienten och dennes närstående. I en god vårdrelation uppstår samförstånd och delaktighet i varje uppkommen omvårdnadshandling. Slutsatsen utifrån detta resonemang kan inte uttryckas på annat sätt än att i situationer där patienter upplever sig vara i händerna på någon annan inte är förenligt med god omvårdnad om patienten.

Professionalism hos vårdgivare poängterades av Berman et al. (2008) där patienter upplevde det som mycket viktigt att känna förtroende och att den mellanmänskliga relationen fungerade bra mellan patienten och vårdgivaren. Kunskap, empati och förmåga till motivation var egenskaper som sattes särskilt värde. Hoffman et al. (2009) visade betydelsen av den kliniska blick som är en del i läkares och sjuksköterskors yrkesutövning. Hoffman et al. (2009) visade genom studien att den vana sjuksköterskan samlade nära på dubbelt så många signaler från patienten. Detta visar att det finns fog för en grundlig utbildning och inskolning av nya sjuksköterskor innan dessa

självständigt ska behandla, bedöma och ge omvårdnad till svårt sjuka och vårdkrävande patienter. Detta kan också utgöra ett bidrag till pågående debatt kring om sjuksköterskskeutbildningen liksom läkarutbildningen borde innefatta en längre AT-period, det vill säga en allmänpraktisk tjänstgöring före legitimation. Detta med tanke på de högre kraven på kunskaper som ställs på sjuksköterskor i arbetslivet.

Metoddiskussion

Denna studie genomfördes som en litteraturstudie. Designen ansågs lämplig då intentionen var att beskriva kunskapsläget inom ett visst område (Forsberg & Wengström, 2008). Sökorden som användes valdes efter syfte och frågeställningar. Sökning av artiklarna som användes till resultatet i studien gjordes i databaserna PubMed, Cinahl och Psychinfo samt i Högskolan Dalarnas sökmotor Elin@dalarna. Databasen Cinahl är viktig att söka omvårdnadsrelaterade vetenskapliga studier i enligt Polit & Beck (2008) då den innehåller mycket forskning kring omvårdnad och hälsa. Enligt Willman et al. (2006) är den kvalitativa ansatsen lämplig när syftet är att få kunskap och djupare förståelse för människors upplevelser. Endast ett fåtal kvalitativa studier hittades dock där omvårdnad och patienters upplevelser utgjorde forskningssyfte. Huvuddelen av befintlig forskning inom valt område var kvantitativ och med medicinsk inriktning, vilket begränsade sökningarna till denna studie till övervägande kvantitativa artiklar. Artiklarna som litteraturstudien baserades på avgränsades till att vara tillgängliga i fulltext och ej vara belagda med avgift. Att exkludera de artiklar som var avgiftsbelagda kan ses som en svaghet då relevant litteratur kan ha exkluderats. Genom en avhandling (Pettersson, 2010) som använts i introduktionen togs kontakt med författaren till avhandlingen som då rekommenderade en artikel som författaren själv skrivit. För att kunna inkludera den rekommenderade artikeln, som ej fanns tillgänglig i fulltext, gjordes en avgiftsbelagd beställning av artikeln via Högskolan Dalarna, som sedan inkluderades i resultatet.

Då det avsågs att använda det senast publicerade vetenskapliga underlaget, grundades litteraturstudiens resultat på artiklar publicerade från år 2000 och framåt. Litteraturstudien innehåller i och med det de senaste årens forskningsresultat inom området, men det kan även ha gjort att artiklar av hög kvalitet exkluderats på grund av att de varit för gamla. Artiklarna som resultatet bygger på var alla skrivna på engelska. Då engelska inte är förstaspråk kan eventuellt feltolkningar vid översättning av artiklarnas resultat förekomma i denna litteraturstudie. Artiklarna lästes dock flera gånger samt diskuterades för att analysera innehållet på bästa vis. Vidare eftersträvades att tolka och analysera studiernas resultat objektivt, samt att återge resultaten på ett sanningsenligt sätt. Den externa validiteten i denna studie anses av författarna vara låg ur ett genusperspektiv, då de studier som ingått i resultatet till största del haft män som

deltagare. Generaliserbarheten av denna studies resultat till kvinnor är därmed osäker. Endast ett fåtal av de studier som inkluderats är gjorda i Sverige, de flesta är från andra europeiska länder och några från övriga världen. Generaliserbarheten till svenska förhållanden inom hälso- och sjukvård kan därför vara begränsad.

Aneurysm i huvudet behandlas i en av artiklarna (van der Schaaf et al., 2006) som inkluderats i resultatet. Artikeln handlar om oro för ruptur, vilket antas innebära samma slags oro för de patienter som har diagnosen AAA. Berman et al. (2008) poängterade betydelsen av professionalism där det framkom att förtroende för just kirurgen var viktigt. Relevansen i att ta med denna uppgift ligger i dennes betydelse som en av vårdgivarna, bland övriga vårdgivare, som har i uppgift att stärka patienternas upplevelse av trygghet och möjligheter att känna tillit. Förtroendet för var och en är därför av stor betydelse, kanske ibland avgörande, för andra som samlats kring patienten för att ge god vård. Denna litteraturstudies resultat har haft som bas de direktiv som lämnats av Högskolan Dalarna vad avser sökvägar för vetenskaplig litteratur. Det kan inte uteslutas att resultatet påverkats i det fall andra sökvägar hade använts.

Projektets kliniska betydelse

Hjärt- och kärlsjukdom är en folksjukdom och i samband med införandet av screening efter AAA upptäcks allt fler patienter med sjukdomen i olika stadier. Antalet kommande operationer ökar därav och patientgruppen antas växa. De resultat som framkommit i denna studie visar omvårdnadsbehov och omvårdnadsåtgärder som kan medföra förbättringar inom omvårdnadsprocessen kring patienter med diagnosen AAA och att därigenom gagna såväl patienter med denna diagnos, anhöriga som vårdpersonal.

Förslag till fortsatt forskning

Väsentliga fynd som påvisats genom denna litteraturstudie innebär att mer forskning krävs vad avser de omvårdnadsbehov som stärker patienters copingförmåga inom alla dimensioner. Av tidigare forskning framgår att det finns behov av mer kvalitativ forskning kring patienters upplevelser vid diagnosen AAA och omvårdnadsåtgärder som kan förbättra vården för denna patientgrupp. I sjuksköterskans yrkesroll ingår att arbeta utifrån ett humanistiskt perspektiv och uppmärksamma de problem som påverkar hälsan och finna relevanta åtgärder utöver de medicinska, därför behövs kontinuerlig utbildning och ett aktivt kunskapssökande. Författarna såg i resultatet ett ökat behov av postoperativt stöd hos patienter under den första veckan efter utskrivning och skulle gärna se att mer forskning kring denna period görs. Glädjande var att vid denna litteraturstudies sista och avslutande del hittades ytterligare en svensk studie med kvalitativ

ansats publicerad i november innevarande år, där författarna Letterstahl, Eldh, Olofsson och Forsberg (2010) visade att patienter med AAA hade psykiska och känslomässiga behov som krävde behandling, utöver den medicinska, som ligger i linje med vad som framkommit ur denna litteraturstudies resultat. Forskningen pågår och går således framåt.

Konklusion

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att belysa upplevelser och omvårdnadsbehov hos patienter med diagnosen AAA. Genom studiens resultat framkom att många patienter som fått diagnosen AAA önskat mer stöd i form av information och kunskap kring sjukdomen i samband med att diagnosen ställts. Mycket oro och existentiella tankar fanns hos dessa patienter, speciellt då de visste att de bar på en livshotande sjukdom fast de inte kände av några fysiska symtom. Tryggheten ökade när patienten kände förtroende för vårdpersonalen och erfarenhet inom området fanns. Även dagarna efter utskrivning postoperativt sågs ett ökat behov av omvårdnad, eftersom HRQoL försämrades kraftigt från utskrivningsdagen till en vecka senare. Denna studie indikerar tydligt att en uppföljning av dessa patienter efter utskrivning vore fördelsamt för patienterna där individuella behov beaktas och tillfredsställs.

Tack till...

Elisabeth Anger Ek, vår handledare, som med sitt positiva sätt, sin glöd och sitt stora engagemang har varit en förutsättning för detta arbetets genomförande.

Heidi Lindström och Hanna Alm, våra kämpande studiekamrater, som genom våra seminarier gett god vägledning genom den konstruktiva kritik som framkommit och på detta sätt bidragit till arbetets fullgörande.

Monica Pettersson, sjuksköterska och forskare vid GU, som genom sin ansträngning av att ha läst delar av detta arbete kommit med synpunkter och förslag som varit värdefulla. Därutöver visat intresse och engagemang som stöttat oss.

Roger vid lokalbokningen på Högskolan Dalarna som tålmodigt alltid ordnat med studieplats.

Familjer och vänner som stöttat och framförallt stått ut med och visat hänsyn och overseende de långa perioder då arbetet krävt total uppmärksamhet. Ovärderligt stöd och en helt avgörande förutsättning för detta arbetes existens.

Referenser

- Acosta, S.(2004). *Screening för abdominellt aortaanerysm ” Längre liv eller lägra livskvalitet”*. Hämtad 14 maj, 2010, från Svensk Kirurgi.se: http://www.svenskkirurgi.se/skf/svkir/04-4/scr_AAA.htm
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.
- Areklett, E., Knai, H.K., & Hansen, I. (2006). Omvårdnad vid cirkulationssvikt: Omvårdnad vid kirurgiska ingrepp i artärer. I H. Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad del 1*: (ss. 450-456). (3:e uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Benoit, A.B., Campbell, B.I., Tanner, J.R., Staley, D., Wallbridge, H.R., Biehl, D.R., Bradley, B.D., Louridas, G., Guzman, R.P., & Fromm, R.A. (2005). Risk factors and prevalence of perioperative cognitive dysfunction in abdominal aneurysm patients. *Journal of Vascular Surgery*, 42, 884-890.
- Berman, L., Curry, L., Gusberg, R., Dardik, A., & Fraenkel, L. (2008). Informed consent for abdominal aortic aneurysm repair: The patient's perspective. *Journal of Vascular Surgery*, 48, 296-302.
- Blankensteijn, J.D., Lindenburg, F.P., Van der Graaf, Y., & Eikelboom, B.V. (1998). Influence of study design on reported mortality and morbidity rates after abdominal aortic aneurysms. *British Journal of Surgery*, 85, 1624-1630.
- Brännström, M., Björck, M., Strandberg, G., & Wanhainen, A. (2009). Patients' experiences of being informed about having an abdominal aortic aneurysm – A follow-up case study five years after screening. *Journal of Vascular Nursing*, 27, 70-74.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Falkensammer, J., Hakaim, A.G., Falkensammer, C.E., Broderick, G.A., Crook, J.E., Heckman, M.G., Oldenburg, W.A., & Hugl, B. (2007). Prevalence of erectile dysfunction in vascular surgery patients. *Vascular Medicine*, 12, 17-22.
- Forsberg, C., & Wengström, Y.(2008). *Att göra systematiska studier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hill, A.B., Palerme, L-P., Brandys, T., Lewis, R., och Steinmetz, O. K. (2007). Health-related quality of life in survivors of open ruptured abdominal aortic aneurysm repair: A matched, controlled cohort study. *Journal of Vascular Nursing*, 46 (2), 223-229).

Hjärt-Lungfonden. (2009a). *Hjärt-Lungfonden presenterar Hjärtrapporten 2008*. Hämtad 14 maj, 2010, från Hjärt-Lungfonden: <http://www.hjart-lungfonden.se/sv/hlf/pressrum/pressmeddelanden/hjart-lungfonden-presenterar-hjartrapporten-2008-09-18>

Hjärt-Lungfonden. (2009b). *Livsstil och arv – HJÄRTRAPPORTEN 2009*. Hämtad 14 maj, 2010, från Hjärt-Lungfonden: http://www.hjart-lungfonden.se/global/skrifter-rapporter/hjartrapport/hjartrapportprocent20hlf_lo.pdf

Hoffman, K.A., Aitken, L.M., och Duffield, C. (2009). A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1335-1344.

Jahren Kristoffersen, N. (2005). Hälsa och sjukdom. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (Red.), *Grundläggande omvårdnad Del1* (s. 28-77). Stockholm: Liber AB

Jones, M.A., Hoffman, L.A., Makaroun, M.S., Zullo, T.G., & Chelluri, L. (2002). Early Discharge Following Abdominal Aortic Aneurysm Repair: Impact on Patient and Caregivers. *Research in Nursing & Health*, 25, 345-356.

Järhult, J., & Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken*. (4:e uppl.). Stockholm: Liber AB.

Klang Söderqvist, B. (2007). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Koo, V., Lau, L., McKinley, A., Blair, P., & Hood, J. (2006). Pilot Study of Sexual Dysfunction Following Abdominal Aortic Aneurysm Surgery. *J Sex Med*, 4, 1147-1152.

Lederle, F.A., Freischlag, J.A., Kyriakides, T.C., Padberg, F.T., Matsumara, J.S., Kohler, T.R., Lin, P.H., Jean-Claude, J.M., Cikrit, D.F., Swanson, K.M., & Peduzzi, P.M. (2009). Outcomes Following Endovascular vs Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm: A Randomized trial. *JAMA*, 302 (14), 1535-1542.

Lederle, F.A., Wilson, S.E., Johnson, G.R., Reinke, D.B., Littooy, F.N., Acher, C.W., et al. (2002). Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *The New England Journal of Medicine*, 9;346 (19), 1437-1444.

- Letterstål, A., Eldh, A.C., Olofsson, P., & Forsberg, C. (2010). Patients' experience of open repair of abdominal aortic aneurysm – preoperative information, hospital care and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3112-3122.
- Letterstål, A., Sandström, V., Olofsson, P., & Forsberg, C. (2004). Postoperative mobilization of patients with abdominal aortic aneurysm. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6), 560-568.
- Lindskog, B. (2008). *Medicinske Terminologi*. (5:e uppl). Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Marteau, T.M., Kim, L.G., Upton, J., Thompson, S.G., & Scott, A.P (2004). Poorer self assessed health in a prospective study of men with screen detected abdominal aortic aneurysm: a predictor or a consequence of screening outcome?. *J Epidemiol Community Health*, 58, 1042-1046.
- Minden, S.L., Carbone, L.A., Barsky, A., Borus, J.F., Fife, A., Fricchione, G.L., & Orav, E.J. (2004). Predictors and outcomes of delirium. *General Hospital Psychiatry*, 27, 209-214.
- Nieuwenhuijsen, E. R. (2008). An insider's view on person-centred rehabilitation: A case study. *Disability and Rehabilitation*, 31 (18), 1529-1539.
- Pettersson, M. (2010). *Livsqualität och hälsa Patienters upplevelser i samband med Abdominellt Aorta Aneurysm*. Avhandling, Göteborgs universitet, Institutet för hälsa och vårdvetenskap.
- Pettersson, M., & Bergbom, I. (2010). The drama of being diagnosed with an aortic aneurysm and undergoing surgery for two different procedures: Open repair and endovascular techniques. *Journal of Vascular Nursing*, 28, 2-10.
- Pettersson, M., Mattsson, E., & Bergbom, I. (2009). Prospective follow-up of sexual function after elective repair of abdominal aortic aneurysms using open and endovascular techniques. *Journal of Vascular Nursing*, 50, 492-499.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research – generating and assessing evidence for nursing practice*. (8:th uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet, P U N K. (2008). *kapitel 4*. Hämtad 10 oktober 2010: <http://www.distriktsskoterska.com/punk/kap4.htm>
- Sandström, V., Björvell, H., & Olofsson, P. (1996). Functional status and well being in a group of patients with abdominal aortic aneurysm. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10, 186-191.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 4 juni, 2010, från Socialstyrelsen:http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2010a). *Hjärt- kärlsjukdomar*. Hämtad 28 maj, 2010, från Socialstyrelsen:<http://www.socialstyrelsen.se/halso-ochsjukvard/sjukdomar/hjarta-karl>

Socialstyrelsen (2010b). *Folkhälsorapporten 2009*. Hämtad 3 juni, 2010, från Socialstyrelsen:http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Spencer, C.A., Norman, P.E., Jamrozik, K., Tuohy, R. & Lawrence-Brown, M. (2004). Is screening for abdominal aortic aneurysm bad for your health and well-being?. *ANZJ. Surg.*, 74, 1069-1075.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2008). *SBU alert-rapport nr 2008-04: Screening för bukaortaaneurysm*. Hämtad 4 juni, 2010, från SBU:
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Screening-for-bukaortaaneurysm/>

Stiggelbout, A.M., Molewijk, A.C., Otten, W., Van Bockel, J.H., Bruijninx, C.M.A., Van der Salm, I., & Kievit, J. (2008). The Impact of Individualized Evidence-Based Decision Support on Aneurysm Patients' Decision Making, Ideals of Autonomy, and Quality of Life. *Medical Decision Making*, 28, 751-762.

Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor, 2007: Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor. (2007). *AAA=Abdominellt aortaaneurysm*. Hämtad 14 maj 2010, från Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor: http://www.swedrad.se/index.php?option=com_content&task=view&id=127&Itemid=145&limit=1&limitstart=5

Timmermans, D., Molewijk, B., Stiggelbout, A., & Kievit, J. (2003). Different formats for communicating surgical risks to patients and the effect on choice of treatment. *Patient Education and Counseling*, 54, 255-263.

Tochii, M., Ogino, H., Matsuda, H., Minatoya, K., Sasaki, H., & Kitamura, S. (2008). Is Prompt Surgical Treatment of an Abdominal Aortic Aneurysm Justified for Someone in Their Eighties?. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 15 (1), 23-30.

van der Schaaf, I.C., Wermer, M.J.H., Velthuis, B.K., Bossuyt, P.M.M., & Rinkel, G.J.E. (2006). Psychological impact of finding small aneurysms that are left untreated in patients previously operated on for ruptured aneurysms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77, 748-752.

Vardulaki, K.A., Wolker, M.M., Day, N.E., Duffy, S.W., Ashton, H.A., & Scott, R.A.P. (2000). Quantifying the risks of hypertension, age, sex and smoking in patients with abdominal aortic aneurysm. *British Journal of Surgery*, 87, 195-200.

Vascular Registry in Sweden, SWEDVASC. (2010). *Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi Årsrapport 2010* Hämtad 9 oktober, 2010, från Swedvasc:
<http://www.karlkirurgi.com/files/Swedvasc2009.pdf>

Wanhainen, A., Svensjö, S., Tillberg, M., Mani, K., & Björck, M. (2010). Screening för bukaortaaneurysm i Uppsala: Goda erfarenheter av de första fyra åren – resten av Sverige är på väg. *Läkartidningen* 107 (38), 2232-2236.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur .

Willman, A., Stoltz, B., & Bathsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: Granskningsmall för kvantitativa studier

Högskolan Dalarnas modifierade version av Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008)

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		

23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Bilaga 2: Granskningsmall för kvalitativa studier

Högskolan Dalarnas modifierade version av Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008)

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionkriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		

23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög