

POSTOPERATIV LIVSKVALITET EFTER GENOMGÅNGEN OPERATION AV ABDOMINELLT AORTAANEURYSM

- En integrativ litteraturöversikt

Antonsson, Tobias

Pettersson, Patrik

Omvårdnad GR(C)

Huvudområde: Vetenskaplig Teori och Metod

Högskolepoäng: 15hp

Termin/år: Termin 6/VT 2018

Handledare: Birgitta Larsson

Examinator: Mats Jong

Kurskod/registreringsnummer: OM019G

Utbildningsprogram: Sjuksköterskeprogrammet, 180hp

Abstrakt

Bakgrund: Abdominellt aortaaneurysm (AAA) är en sjukdom där aortan blir utvidgad och riskerar att rupturera. Två operationsmetoder finns mot AAA, dessa är endovaskulär aneurysmbehandling (EVAR) och öppen operation OR.

Syfte: Studiens syfte var att undersöka samt belysa hur livskvaliteten blev påverkad bland patienter som genomgått en öppen operation gentemot endovaskulär behandling för AAA.

Metod: Designen av studien var integrativ litteraturöversikt och databaserna PubMed och Cinahl användes för datainsamling. Sökord som använts var av relevans för studiens syfte och 15 artiklar kvalitetsgranskades och var sedan tillämpade i studiens resultat.

Resultat: Genomgången operation med EVAR eller OR har en negativ påverkan på livskvalitet. Symtom postoperativt påverkade patienter på ett sätt som de inte var förberedda på. Återhämningsperioden postoperativt var längre än förväntat och ledde till oro och ångest hos patienterna. Kommunikation mellan vårdpersonal och patienter visade sig vara bristfällig.

Diskussion: God smärtlindring, ett gott näringstillstånd, tillräckligt med vila och sömn samt delaktighet i sin vård ansågs vara förutsättningar för optimalt läkande.

Slutsats: Postoperativ livskvalitet efter genomgången AAA operation visade sig bli negativt påverkad av olika faktorer, exempelvis undernäring, postoperativ smärta och sömnpåverkan. Det var bristande informationsutbyte mellan patienter och vårdpersonal postoperativt. Vården bör bli mer patientcentrerad för att vården och livskvaliteten skall kunna förbättras för AAA patienter postoperativt.

Nyckelord: Abdominellt aortaaneurysm (AAA), Endovaskulär aneurysmbehandling (EVAR), Livskvalitet, Postoperativt, Sjuksköterska, Öppen operation (OR)

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Introduktion	3
Sjukdomsbeskrivning	3
Symtom och riskfaktorer	4
Behandlingsmetoder	4
Hendersons omvårdnadsteori	5
Hälsa och livskvalitet	7
Problemformulering	9
Syfte	10
Metod	10
Forskningsdesign.....	10
Databaser, sökord och avgränsningar	10
Inklusions- och exklusionskriterier.....	10
Urval.....	10
Granskning.....	11
Analys	11
Etiska överväganden.....	12
Studiens betydelse.....	12
Resultat	12
Faktorer som påverkar livskvaliteteten postoperativt	13
<i>Sömn</i>	13
<i>Fysisk och psykisk hälsa</i>	13
<i>Smärta</i>	15
<i>Näringsintag/aptit</i>	16
Förändring i livskvalitet över tid	16
<i>Kortsiktig påverkan</i>	16
<i>Långsiktig påverkan</i>	17
Påverkan av livskvalitet relaterat till ålder	18
Kommunikationens betydelse	18
Diskussion	19
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion	25
Klinisk betydelse.....	27
Slutsats	27
Referenslista	28

Bakgrund

Introduktion

Majoriteten av alla dödsfall i Sverige (61%) var under 2015 orsakade av hjärt-kärlsjukdomar eller av tumörer (Socialstyrelsen, 2016). Aortaaneurysm faller under kategorin hjärt-kärlsjukdom och enligt Socialstyrelsens statistikdatabas för diagnoser i slutenvård fick sammanlagt 2548 personer diagnosen aortaaneurysm i Sverige 2016, varav 1902 av dem var män och 646 var kvinnor (Socialstyrelsen, 2017).

Sjukdomsbeskrivning

Aortaaneurysm är ett potentiellt livshotande tillstånd som uppstår i kroppens största blodkärl, aortan, även kallad kroppspulsådern. Att det uppstått ett aneurysm innebär att kärlväggen försvagats och att det blivit en vidgning av aorta, denna vidgning kan ske längs hela aorta och vid utebliven åtgärd kommer den brista och risken för dödsfall är stor (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2015a; Pettersson, 2010).

Aorta utgår från vänster kammare i hjärtat (aorta ascendes), fortsätter till aortabågen (arcus aortae) där arm- och halskärlen avgår och sedan fortsätter den ned till diafragman (aorta descendes); dessa delar ingår i benämningen thorakal aorta. Aorta fortsätter efter diafragman genom buken tills den delar sig till bäcken och ben, denna del går under benämningen bukaorta och det är den vanligaste lokaliseringen av aortaaneurysm (Vigué-Martín, 2012, s. 76–77; SBU, 2008). Det är om abdominellt aortaaneurysm (AAA) som denna litteraturstudie kommer att fokusera på.

Bukaorta är normalt cirka 25 millimeter i diameter, storleken påverkas dock av kroppsstorlek, ålder och kön. Om en person är äldre, man eller storväxt har dessa en större aortadiameter kontra motsatsen (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006, s. 302–303).

Enligt SBU (2015b) är en förebyggande operation nödvändig när risken att det skall bli en livshotande blödning är större än riskerna som är förknippade med ingreppet. Det mått som brukar användas som riktlinje innan förebyggande åtgärd sätts in är när aneurysmet

överstiger 55 mm, gällande yngre män och kvinnor kan det ibland vara 50 mm som är gränsen.

Symtom och riskfaktorer

Symtom

Definitionen av aortaaneurysm är att aortan har dilaterat och ökat diametern med 3 cm eller mer. Oftast upptäcks sjukdomen vid andra undersökningar som exempelvis abdominella ultraljud. Symtom som kan uppkomma vid AAA kan vara exempelvis abdominell- eller ryggsmärta, trombosbildning, aortaruptur eller att det bildas en fistel (Ullery, Hallet & Fleischmann, 2018).

Riskfaktorer

Det finns riskfaktorer för att utveckla AAA. För en användare av tobak ökar risken att utveckla AAA. Det har även visat sig att vid en ålder överstigande 60 år, att vara av manligt kön och om familjen haft AAA tidigare ökar risken att utveckla sjukdomen. KOL och ett fortsatt tobaksbrukande ökar risken för att aneurysmet växer eller till och med rupturera (Ullery et al. 2018). Enligt Cronenwett et al. (2007) så är cirka 90% av alla som genomgått operation av AAA rökare eller så har de varit rökare tidigare.

Behandlingsmetoder

Öppen kirurgi/Open Repair (OR)

Öppen kirurgi är ett av två sätt att operera AAA. Operationsmetoden innebär att kirurgen gör ett snitt genom buken på patienten så att de kommer åt aneurysmet. OR används oftast vid rupturerade aneurysm. Patienter som undergått OR behöver oftast mer smärtlindring och patienterna får en längre vårdtid om man jämför med endovaskulär operationsmetod som är det andra sättet att operera AAA. Postoperativa kontroller och uppföljning görs av läkare, de görs efter en och 12 månader postoperativt och därefter görs uppföljning via telefon (Pettersson, 2010).

Endovaskulär aneurysmbehandling/Endovascular Aortic Repair (EVAR)

EVAR är det andra sättet att operera AAA och det används när det passar för aneurysmet eller om patienten som skall opereras är svårt sjuk och inte anses överleva en OR.

Behandling med EVAR utförs på en operationsavdelning eller på röntgen där kärlkirurger och röntgenläkare arbetar tillsammans. Operationen görs via ljumskarna där man tar en stentgraft som leds upp till aorta via kärl. Tidigare har man använt OR vid rupturerade aneurysm men nu kan sjukvården även använda EVAR vid dessa akutsituationer. När en patient skall behandlas med EVAR krävs vissa förutsättningar, exempelvis att aortan nedanför njurartärerna inte får vara för kort (minst 15 mm), detta för att stenten som sätts in kan få svårt att fästa i kärlväggen. Efter att ha opererats med EVAR väntar en lång tid med kontroller som görs med ultraljud/CT för att kontrollera att inga komplikationer har uppstått hos graften, exempelvis läckage. Kontroller med ultraljud och buköversikt görs vid en, sex, 12, 18, 24 månader postoperativt och därefter görs årskontroller (Pettersson, 2010).

Konservativ behandling

När ett aneurysm inte är tillräckligt stort för att behöva operation eller att det inte är lämpligt väljs den konservativa behandlingsmetoden. Patienten blir då tilldelad information om tillståndet och får sedan komma till regelbundna kontroller där man mäter storleken på aneurysmet via ett ultraljud. Patienter kan också bli behandlade med blodtryckssänkande medicin ifall behovet finns (Pettersson, 2010).

Hendersons omvårdnadsteori

Henderson definierar omvårdnadens grundprinciper genom tre huvudteman. Det första huvudtemat är att det finns åtgärder som är essentiella för tillfrisknande, hälsa och en fridfull död, det andra temat är att människor aktivt och självständigt utför sådana åtgärder under normala förhållanden. Det tredje och sista temat i Hendersons teori är att individen skall återfå sin självständighet, vilket är omvårdnadens syfte. I vissa fall handlar det dock om att uppnå en fridfull död. Den grundläggande tesen i teorin är att de fundamentala behov en människa har är det som omvårdnaden skall baseras på. Henderson menar att det är sjuksköterskan som är bäst lämpad samt ansvarig för att stödja patienten att tillgodose dessa

behov när patienten inte är i skick att göra det själv (Henderson, 1991, s. 8–11). I denna litteraturoversikt kommer sjuksköterska att gå under begreppet vårdpersonal.

Den grundläggande sjukvården grundas enligt Henderson (1991, s. 24) i 14 olika delfaktorer.

Delfaktorerna är:

1. Att hjälpa patienten att andas
2. Att hjälpa patienten äta och dricka
3. Att hjälpa patienten med uttömning
4. Att hjälpa patienten inta lämplig kroppsställning när han går, sitter eller ligger samt att växla ställning,
5. Att hjälpa patienten till vila och sömn
6. Att hjälpa patienten välja lämpliga kläder samt med av- och påklädning
7. Att hjälpa patienten hålla kroppstemperaturen inom normala gränser
8. Att hjälpa patienten hålla sig ren och välvårdad samt skydda huden
9. Att hjälpa patienten undvika faror i omgivningen samt skydda andra mot skador som patienten eventuellt kan vålla såsom infektion eller våldshandlingar
10. Att hjälpa patienten meddela sig med andra och ge uttryck för sina önskemål och känslor
11. Att hjälpa patienten utöva sin religion och leva i enlighet med sin uppfattning om rätt och orätt
12. Att hjälpa patienten utföra arbete eller skapande verksamhet
13. Att ge patienten möjlighet till förströelse och avkoppling
14. Att hjälpa patienten att lära

Fyra av dessa har valts att fokusera på då de ansetts vara för störst relevans för syftet, varav den första delfaktorn är att hjälpa patienten att äta och dricka. Det är en viktig arbetsuppgift hos vårdpersonal att se till att patienten får i sig näring, och eftersom vårdpersonalen spenderar mycket tid med patienterna har de lättast att uppmuntra patienten till att äta och dricka. Vårdpersonal får veta under vårdtillfället vad patienten gillar att äta samt har ett ansvar att rapportera om patienten får i sig för lite näring (Henderson, 1991, s. 26–27).

Vila och sömn är nästa delfaktor och innebär att patienten skall få möjlighet att vila sina muskler. Att inte kunna sova eller vila anses vara en orsak och följd av sjukdomstillstånd, att exempelvis plågor eller depression gör att man inte kan sova (Henderson, 1991, s. 34–35).

Den tredje delfaktor handlar om att hjälpa patienten kommunicera med andra och ge uttryck för sina önskemål och känslor. Vårdpersonal skall hjälpa patienten att få sin röst hörd även om patienten inte självständigt kan få fram det i ord. Vårdpersonal kan använda sig av patientens kroppsspråk, somatiska reaktioner och fysiska förändringar för att översätta vad patienten behöver (Henderson, 1991, s. 44–45).

Den sista delfaktorn som tas upp är att hjälpa patienten att lära. Sjukdom kan bero på olika saker, som exempelvis att sjukdomen är medfödd eller att de beror på ett ohälsosamt levnadssätt hos patienten. Vårdpersonalens roll i detta är att undervisa patienten i att sträva efter ett hälsosammare liv och att jobba med att förebygga eller att bota sjukdomen (Henderson, 1991, s. 52–53).

Hälsa och livskvalitet

Hälsa

WHO:s grundregler om hälsa förklarar att hälsa är ett komplett fysiskt, psykiskt och socialt välmående och inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet. Att uppnå den högsta möjliga hälsostandarden är en av det grundläggande rättigheterna hos varje människa oberoende av ras, religion, politisk tro, ekonomiskt eller socialt tillstånd (WHO, 2014).

Enligt Willman (2014, s. 38) är hälsa ett begrepp med många innebörder. Begreppet hälsa kan användas till att beskriva tillstånd (status), en process, ett resultat, ett mål eller som en summa av ett mått på välbefinnande. Hälsa kan beskrivas som livskvalitet, lycka och välbefinnande och dessa beskrivningar utgår från ett filosofiskt synsätt, vilket då också innebär att det finns olika sätt att förstå och uppfatta dessa begrepp eller hur de skall användas i hälsofrämjande syfte.

I en studie av Gessert et al. (2015) framkommer det att människor som bor lantligt anser att god hälsa är när man fortfarande kan arbeta. Bekvämligheter, förskönande och livsförlängande aspekter anses inte som viktiga gällande frågor kring hälsa. De är rädda att förlora sin autonomi och självförtroende för att då också minska nivån av hälsa hos sig själv för det kan då leda till att man blir en börda hos andra människor. Detta innebär enligt Gessert et al. (2015) att definitionen av hälsa är något människor individuellt skapar och det har betydelse att veta vad varje enskild patient anser är hälsa för just den vid vårdtillfället.

Livskvalitet

Livskvalitet är ett ord som används för att beskriva människors liv, det kan ses som ett mätinstrument på hur bra människan mår. Livskvalitet kan definieras genom tre begrepp:

livstillfredsställelse, behovstillfredsställelse och självförverkligande. Livstillfredsställelse innebär att individen är tillfredsställd med hur livet ser ut och hur det artat sig och på så sätt uppnår en form av livskvalitet. Behovstillfredsställelse innebär att tillfredsställa sina behov, vilket exempelvis kan vara att individen behöver sömn. Om då dess behov av sömn uppnås blir individen tillfredsställd och uppnår då livskvalitet. Självförverkligande innebär att individen själv förverkligar det som kommer få individen tillfredsställd. När individen själv uppnår ett mål och får en känsla av framgång finner också individen livskvalitet (Birkler, 2015 s. 92–100).

Forskare använder sig utav olika mätinstrument för att mäta livskvalitet och ofta uppkommer begrepp som QoL (Quality of Life) eller HRQoL (Health-Related Quality of life). QoL och HRQoL är svåra att särskilja, men HRQoL definieras utifrån definitioner av hälsa samt QoL vilket då är anledningen till den svåra särskiljningen. Konceptet av HRQoL överlappar med både QoL och hälsa vilket kan leda till sammanblandning. Kortfattat innebär HRQoL självupplevelse av sin egen hälsostatus och QoL är mer inriktat på människans liv och hur tillfredsställd hen är med det. Detta görs ofta med olika sorters enkäter för att få fram poäng och därefter få ett svar på hur hög livskvaliteten är hos människan (Karimi & Brazier, 2016). HRQoL och QoL kommer i denna studie att benämnas som livskvalitet.

Livskvaliteten försämras hos människor på olika vis efter att de genomgått en operation. I Pinto, Faiz, Davis, Almoudaris & Vincent (2016) förklarar man att kirurgiska komplikationer påverkar patienternas mentala livskvalitet på ett negativt sätt där det fysiska, känslomässiga och sociala är med och påverkar. Ångest och depression påverkar också patienterna efter att de haft kirurgiska komplikationer. Komplikationerna kunde också visa på försämrad mental livskvalitet upp till, eller längre än ett år efter ingreppet.

Operation av AAA kan liknas med en kranskärlsoperation eftersom de använder sig utav liknande tekniker som "Coronary artery bypass graft" (CABG) som är en öppen operation och percutan koronar intervention (PCI) som utförs via artärer (Takousi et al. 2016). Gällande livskvalitet visade studier att PCI gav bättre livskvalitet efter sex månader än vid CABG,

men två år efter vid uppföljningen visades ingen signifikant skillnad (Yazdani-Bakhsh et al. 2016). I Stenwall et al. (2017) ses ingen skillnad i den långsiktiga livskvaliteten gällande de olika operationssätten åtta år efter operationen hos de patienter som fortfarande var vid liv. I denna litteraturöversikt kommer långsiktig livskvalitet innebära livskvalitet 2 år eller längre postoperativt.

Patienter som lever med AAA upplever att de preoperativt inte får tillräckligt med information gällande sin sjukdom och risker gällande operationen. Patienterna får förlita sig till internet, vänner eller andra människor med erfarenhet av att ha AAA för att få information och kunskap om sjukdomen. Patienterna känner att vårdpersonalen inte har tid att sätta sig ner och ge all information om sjukdomen och då vågar de inte fråga efter den. (Nilsson, Hultgren & Letterstål, 2017).

Problemformulering

Kirurgiska sjukdomar och operationer har traditionellt mätts med morbiditet och mortalitet. Då operationsmetoderna förfinas leder det till att komplikationer i samband med operationen sjunker och att det uppstår andra frågor om vilken operation som är mest lämpad med avseende på den påverkan de har på välbefinnandet och livskvaliteten hos patienterna. Gällande AAA operationer har morbiditeten och mortaliteten sjunkit (Swedvasc, 2017) senaste åren och därmed blir frågan om hur patienternas välbefinnande och livskvalitet påverkas än viktigare, samt hur det går att förbättra dessa. Dessutom behövs en översyn av de omvårdnadsåtgärder som idag används för att förbättra dessa patienters situation. I en studie av Peach, Holt, Loftus, Thompson och Hinchliffe (2012) kommer det fram att det inte går att dra säkra slutsatser utifrån vilken av OR eller EVAR som har störst påverkan på livskvaliteten hos patienterna. Att fokusera på livskvaliteten hos patienterna ökar möjligheten till förbättrade och mer fokuserade omvårdnadsåtgärder, vilket skulle kunna leda till att patienterna bibehåller eller får en högre livskvalitet och att vårdpersonal får tydligare riktlinjer gällande postoperativ omvårdnad.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka samt belysa hur livskvaliteten blir påverkad bland patienter som har genomgått en öppen operation jämfört med endovaskulär behandling för AAA.

Metod

Forskningsdesign

Denna studie är en integrativ litteraturoversikt vilket innebär att det sker en datareduktion av artiklarna, att det skapas en översikt och görs jämförelser samt att det dras slutsatser som skall verifieras (Friberg, 2017, s. 150).

Databaser, sökord och avgränsningar

De databaser som använts vid artikelsökningar under denna litteraturstudie är PubMed och Cinahl. För att hitta relevanta artiklar som motsvarar studiens syfte användes dessa sökord: Abdominal Aortic Aneurysm, Quality of Life, QOL, Well-being, wellbeing, Wellness, Postoperative. Avgränsningar som användes var 10 år och att det fanns abstrakt samt en sökning med "SmartText Searching".

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterierna som utformades är att artiklarna skall ha varit publicerade senast 2008, att artiklarnas språk var på engelska eller svenska, att artiklarnas abstrakt skulle vara till relevans för syftet, att patienterna genomgått antingen EVAR eller OR. Exklusionskriterier var om det kostade pengar att få tillgång till artiklarna.

Urval

Samtliga titlar på artiklar lästes och motsvarade de syftet lästes abstract, var abstract relevant för studien lästes hela artikeln igenom. Bedömdes artikeln vara relevant för denna studie efter genomläsning och granskning, valdes den ut och ingick i den slutliga granskningen. Alla artiklar kontrollerades att de var peer-reviewed.

Granskning

För att bedöma artiklarnas kvalitet användes det tre olika granskningsmallar då det i denna studie ingår både kvalitativa och kvantitativa artiklar. De mallar som använts är: Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier, Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier och Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser och dessa kommer från SBU.

Tabell 1. Översikt av artikelsökning

Databas & datum	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Valda
PubMed 18/1-2018	(((((Quality of life[MeSH Terms]) OR QOL) AND Abdominal Aortic Aneurysm)	10 years Has abstract	62	*50 **27 ***12 ****12
Cinahl 1/2-2018	Abdominal aortic aneurysm AND Quality of life OR QOL	2008-2018	19	*10 **2 ***1 ****1
PubMed 1/2-2018	((Well-being[MeSH Terms]) OR wellbeing[MeSH Terms]) AND Abdominal aortic aneurysm	10 years Has abstract	54	*24 **6 ***0 ****0
Cinahl 2/2-2018	Abdominal aortic aneurysm AND Well-being OR Wellbeing	2008-2018 Abstract SmartText Searching	18	*1 **1 ***0 ****0
PubMed 6/2-2018	(wellness[MeSH Terms]) AND abdominal aortic aneurysm	10 years Has abstract	55	*4 **2 ***0 ****0
Cinahl 6/2-2018	Abdominal aortic aneurysm AND Wellness	2008-2018 Abstract	100	*12 **2 ***0 ****0
PubMed 6/2-2018	(Abdominal aortic aneurysm) AND postoperative[MeSH Terms]	10 Years Has abstract	42	*10 **3 ***1 ****1
Cinahl 6/2-2018	Abdominal aortic aneurysm AND Postoperative	2008-2018 Abstract	34	*16 **5 ***1 ****1

*efter att ha läst titeln, **efter att ha läst abstrakt, ***efter att ha läst hela artikeln, ****antal valda artiklar till resultatet

Analys

Urvalet bestod av 15 vetenskapliga originalartiklar och analyserades. Urvalet har bearbetats utifrån Fribergs (2017, s. 147–150) föreslagna analysmetod. Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger, där huvudfokuset låg på resultatdelarna, för att förstå innehåll och sammanhang,

samt vad av innehållet som motsvarar syftet. Sedan användes färgkodning, som enligt Polit och Beck (2017, s. 98–99) är användbart i analysyfte, för att sortera likheter och skillnader i artiklarnas resultat. Det formulerades sedan områdesrubriker utifrån likheter och skillnader som uppdagats, dessa områdesrubriker blev slutligen indelade i kategorier och underkategorier (se Figur 1.).

Etiska överväganden

Artiklarna som ingår i denna studie är etiskt granskade. I denna studies resultat kommer samtliga artiklars resultat presenteras oberoende av vilket resultat som kommer fram.

Studiens betydelse

Målet med denna integrativa litteraturöversiktsstudie är att sammanställa befintlig kunskap samt undersöka vilka förbättringar som existerar kring omvårdnadsprocessen där en patient genomgått en AAA operation. Detta torde gagna patienternas livskvalitet samt ge ökad förståelse och kunskap till vårdpersonal samt anhöriga.

Resultat

Denna integrativa litteraturöversikt baseras på tre artiklar med kvalitativ ansats, 11 artiklar med kvantitativ och en artikel som använt sig av mix-metodik. Samtliga artiklar innehåller postoperativ livskvalitet relaterat till AAA. Analysen resulterade i fyra huvudkategorier och fyra underkategorier (se Figur 1.).

Figur 1. Resultatkategorier

Faktorer som påverkar livskvaliteten postoperativt	Förändring i livskvalitet över tid	Påverkan av livskvalitet relaterat till ålder	Kommunikationens betydelse
<ul style="list-style-type: none">•Sömn•Fysisk och psykisk hälsa•Smärta•Näringsintag/aptit	<ul style="list-style-type: none">•Kortsiktig påverkan•Långsiktig påverkan		

Faktorer som påverkar livskvaliteteten postoperativt

Sömn

När patienter kommer till en avdelning från intensivvårdsavdelningen har en del patienter en fas där upplevelsen var att de var mellan dröm och verklighet och att de inte hade ett klart sinne. Sömnpåverkan är delvis skapade på grund av de medicinskt framkallade mardrömmarna, men tankarna om risken och storleken på operationen är också bidragande (Letterstål, Eldh, Olofsson och Forsberg, 2010). Utmattningen som uppkommer postoperativt upplevs som ett stort problem och skrämmande och ses som ett hot mot patienternas hälsa. Denna trötthet, som påverkar deras välmående och som förhindrar patienterna att göra det de vill, är de inte förberedda på. Patienterna har svårt att sova på sjukhuset då deras normala sömncykel har blivit störd och dessa sömnproblem fortsätter efter utskrivning. Patienterna upplever det som ansträngande att vara uppe mer än små stunder, vilket gör att de tvingar sig själva att vara uppe vilket i sin tur leder till humörsvängningar (Pettersson & Bergbom, 2010; Letterstål et al., 2010). Hemgång innebär att patienterna börjar förstå vidden av operationen och de risker som existerar kring AAA. Dessa tankar kommer utan förvarning ofta på kvällen eller nätter, vilket har en negativ påverkan på sömn (Letterstål et al., 2010).

Fysisk och psykisk hälsa

Efter att patienter genomgått OR av sitt AAA påverkas den fysiska och mentala livskvaliteten negativt. Den fysiskt negativa påverkan har visat sig vara större första månaderna efter operationen för att sedan successivt förbättras. Vid månad 12 jämnas det ut och stannar kring samma nivå. Den mentala hälsan visar samma trend som den fysiska efter genomgången OR, förutom att den mentala hälsan återhämtar sig till den preoperativa nivån snabbare än den fysiska (de Bruin et al., 2016; Kato et al., 2017).

Den oförväntade långa och svåra återhämtningsperioden leder till att patienterna har svårt att acceptera sin situation, men att de får en större förståelse för vidden av en OR. Det är jobbigt och patienterna kämpar för att komma tillbaka till den normala vardagen, de längtar efter det liv de förlorat. Situationen är tålamodsprövande eftersom de måste lära sig hantera denna väntan på att bli bättre och få återgå till sitt normala liv. Patienter upplever svårkontrollerade känslouttryck. En del patienter upplever postoperativ depression där andra ser operationen och återhämtningen som en oundviklig, men temporär, störning av det dagliga livet. Patienterna upplever känslor av ilska, irritation, ledsamhet, nedstämdhet

men även ångest när de har problem att utföra vardagliga sysslor. Anhöriga blir ofta målet för många av dessa känslor. Ärren på deras kroppar är en konstant påminnelse av vad de varit med om och en del av patienterna vill inte visa sina ärr för att ärren påminner dem om hotet från deras sjukdom (Pettersson och Bergbom, 2010; Letterstål et al., 2010).

Patienter rapporterade ångest och oro efter att de genomgått EVAR eller OR. Bland patienterna som genomgått OR var en av orsakerna att det inte är så många uppföljningar efter operationen, detta gjorde att de kände att de tidigt blivit lämnade ensamma att hantera sin situation efter genomgången operation (Peach et al., 2016a).

Livskvaliteten efter genomgången EVAR har påverkats negativt. Besvären av symtom förvärras progressivt med tiden upp mot ett år postoperativt. För EVAR så sänks den fysiska hälsan första månaderna och därefter jämnar patienternas funktion ut sig vid månad 12. Den mentala hälsan ökar under de tre första månaderna för att sedan gradvis sjunka och stanna vid samma nivå som patienterna låg vid innan de genomgått EVAR. Den fysiska livskvaliteten efter genomgången EVAR har en positiv korrelation med hur hög utbildning patienten har samt hur kunnig patienten är om sin sjukdom, dock har denna korrelation inte någon påverkan på den mentala livskvaliteten (de Bruin et al., 2016; Peach et al., 2016b; Tung, Cheng, Shih, Chen & Wang, 2014; De Rango, 2011; Kato et al., 2017).

Anledningar till att livskvaliteten uppfattas som negativ är att operationen påverkar patienternas sociala liv, hushållssysslor, den generella hälsan, känslan för framtiden, förmågan att tänka klart, feber, nedsatt känslighet och andra fysiska obehag. Denna påverkan är som störst upp mot ett år efter genomgången EVAR (Peach et al., 2016b; Pettersson & Bergbom, 2010).

Patienter känner sig oförberedda och ovetande för vissa postoperativa komplikationer som uppstår, detta gör att de känner sig beroende av vårdpersonalen och upplever skam. En av dessa oförväntade komplikationer är diarré och leder till att dessa patienter är tvungna att bära blöja då de inte är tillräckligt mobiliseringsbara att ta sig till toaletten och detta utlöser känslor som hjälplöshet och skam (Letterstål et al., 2010).

Fysiska symtom påminner patienter om deras förlorade normala liv och den hälsa de haft, detta gör att det är svårt att glädjas över att ha överlevt och att de är på väg mot återhämtning. Människor i patientens närhet förväntar sig att de skall känna glädje över att ha överlevt och att de skall vara återställda relativt omgående efter operationen eller vid utskrivning. Patienter lyfter fram att det är enklare att läka fysiskt än mentalt, då den fysiska läkningen är synbar vilket läkningen av hela personen inte är (Pettersson & Bergbom, 2010).

Symtom som uppkommer efter operationerna kan vara smärta, att yttre extremiteter sväller upp, domnar, blir svaga och känns tunga. Dessa typer av symtom har visat att patienter får ett sämre humör och tappar aptiten, vilket då leder till viktnedgång, mindre aktivitet, generell svaghet och svettningar (Peach et al., 2016a; Pettersson & Bergbom, 2010; Tocher, 2013).

Oavsett operationsmetod känner patienter en tacksamhet över att AAA hade blivit upptäckt och de uppskattar kirurgens jobb och den personal som varit inblandad i operationen. Glädjen att få leva överväger lidandet och återhämtningen postoperativt då patienterna känner en tacksamhet för att operationen var lyckad (Pettersson & Bergbom, 2010).

Smärta

I den direkt närmsta tiden postoperativt upplever patienter att de är väldigt beroende av vårdpersonalen på grund av de inte har någon styrka att ta hand om sig själva. Efter genomgången reparation av AAA med EVAR eller OR uppkommer symtom hos patienterna som påverkar livskvaliteten. Det vanligaste symtomet efter OR är smärta och upplevs som en obehaglig överraskning, då patienter inte är förberedda på att den är så kraftig; denna smärta brukar uppkomma i ben, rygg, stjärt samt abdominellt. Patienterna upplever smärtans intensitet i motsvarighet till hur de upplever hur svårt sjuka de är. Patienternas upplevelse av smärtan efter operation stämde inte överens med deras förväntningar då deras stillaliggande smärta var betydligt mycket lägre och deras rörelsesmärta var värre än förväntat. En månad efter att patienter genomgått operation av EVAR är det lite eller ingen smärta alls, i de fall patienter upplevt smärta så handlar det om smärta lokaliserat till ryggen. Konstant smärta och letargi uppkommer lika ofta hos EVAR som OR (Peach et al., 2016a; Pettersson & Bergbom, 2010; Tocher, 2013).

Näringsintag/aptit

Under den närmsta tiden postoperativt påverkas även patienternas aptit i olika grader.

Upplevelse av illamående och förändrade smaksensationer innebär att patienter kan uppleva nedsatt aptit, vissa tappar den helt och en del rapporterar att de har god aptit men enbart kan äta lite åt gången, detta leder till att patienterna förlorar vikt postoperativt. Förändringar av smak beskrevs som att den är helt borta eller att det gör så maten smakar illa. Att smakupplevelsen förändras kvarstår som ett problem tre månader efter operationen. Maten var smaklös eller smakade illa, detta gör att patienter tvingar sig själva att äta (Letterstål et al., 2010; Pettersson och Bergbom, 2010).

Förändring i livskvalitet över tid

Kortsiktig påverkan

Symtom postoperativt förvärras progressivt efter EVAR, vilket innebär att första månaderna efter operationen upplever inte patienterna besvärande symtom i lika hög grad som de gör vid 12 månader. Trenden i OR är omvänd och symtomen var som mest besvärande första månaderna för att sedan förbättras ju mer tid som gick från operationen. Första sex veckorna har båda operationssätten en negativ påverkan på livskvaliteten, denna negativa påverkan är dock mindre bland patienter som genomgått EVAR och under denna tidsperiod är den fysiska funktionen bättre hos EVAR patienterna. Efter dessa sex veckor och längre fram förändras mönstret, då den fysiska funktionen, den mentala hälsan samt den sociala funktionen är bättre hos patienter som genomgått OR gentemot de patienter som genomgått EVAR. Ett år efter operation med EVAR visas ingen försämring i den mentala hälsan jämfört med OR (Peach et al., 2016b; de Bruin et al., 2016; De Rango, 2011; Kato et al., 2017).

I studien Beffa, Petroski, Kruse, & Vogel (2015) där de undersöker hur aktiviteten i det dagliga livet (ADL) ser ut hos patienter över 67 år efter genomgången operation av AAA, visas det att ADL blir försämrade. Det indikerar att det inte existerar någon skillnad i påverkan gällande ADL beroende på vilken av operationerna patienten genomgår. Det finns en korrelation mellan patientens tid inneliggande på sjukhuset eller length of stay (LOS) och försämrade ADL funktion. Patienter med sämre ADL funktion preoperativt fick signifikant sämre ADL funktion postoperativt oavsett operationsmetod.

I den kvalitativa studien av Pettersson och Bergbom (2010) som är gjord en månad postoperativt framkommer det att patienter känner sig privilegierade över att ha kunnat genomgå den mindre invasiva operationen EVAR än genomgå OR, främst på grund av att de sluppit den långa och tröttsamma återhämtningen postoperativt som de förknippar med en öppen operation. En del av patienterna finner det svårt att tro att de genomgått en större operation då det enda som fanns kvar var ett litet ärr vid ljumsken.

Långsiktig påverkan

Livskvalitet efter ett år och senare efter genomgången operation av AAA visar inga statistiska skillnader beroende på om patienten genomgått EVAR eller OR (de Bruin et al., 2016; Dick et al., 2008).

Dick et al. (2008) har i en singelcenterstudie med 284 patienter som genomgått AAA operation mellan 1998–2002 i Schweiz visat att livskvaliteten återgår till normala värden jämfört med den generella schweiziska populationen hos patienter som genomgått EVAR och OR. Det tar enligt Dick et al. (2008) fyra till fem år innan en patient som genomgått AAA reparation återgår till den livskvalitet som en person med motsvarande ålder och kön har.

Ehlers, Laursen och Jensen (2011) har i en tvärsnittsstudie med 328 deltagare gjord i Danmark, jämfört alla danska män med asymtomatisk AAA som genomgått OR mellan 1989–2007. Den genomsnittliga tiden postoperativt var 5 år och denna studie visar att patienter som genomgått elektiv OR har en sämre livskvalitet jämfört med en person med relaterat kön och ålder i den generella populationen.

I den nederländska singelcenterstudien av Timmers, Van Herwaarden, De Borst, Moll och Leenen (2013) studeras 146 patienter som genomgått OR under åren 2000–2009. Det visas ingen statistisk skillnad på långsiktig livskvalitet mellan akut eller elektiv OR. 10 år postoperativt visar denna studie att livskvaliteten hos en person som genomgått OR i någon form har en sämre livskvalitet, jämfört relaterat med ålder och kön, än den generella nederländska populationen.

Påverkan av livskvalitet relaterat till ålder

Det finns inga större statistiska skillnader på hur livskvaliteten blir påverkad mellan dessa grupper, den skillnad som finns är att den äldre gruppen rapporterar en lägre fysisk funktion än den yngre. Det syns ingen skillnad mellan operationsmetoderna samt att det finns ingen skillnad i antal dagar som spenderades på sjukhuset. Dessa grupper har ingen skillnad i hur de värderar sin livskvalitet samt hälsostatus (Kurz, Meier, Pfammatter & Amann-Vesti, 2010; Pol, Zeebregts, van Sterkenburg & Reijnen, 2012).

Kommunikationens betydelse

Att inte få vara delaktig i beslut gällande den vård de fick upplevs som negativt. Patienterna upplever att de inte får information och förklaringar om varför vissa vårdinsatser görs av vårdpersonal, de upplever att de inte får information om tester och resultat, vilket leder till att patienter upplever att det var deras ansvar att ta reda på relevant information.

Patienterna upplever att deras egen förståelse och kunskap kring behandlingen inte är tillräcklig (Letterstål et al., 2010; Peach et al., 2016b).

Det finns en oro bland patienterna inför att de skall återvända till hemmet och hur de skall klara av att återgå till sina normala liv. Patienterna anser att vårdpersonal inte tar sig tid att besvara och tala om dessa känslor och tankar vilket gör att tiden före utskrivning anses vara för kort (Letterstål et al., 2010). När patienterna kommer hem finns det ett behov att få tala om upplevelsen och orosmoment patienterna har med vårdpersonal, uppföljningen ses som en sådan möjlighet.

Uppföljningarna uppfattas både som ett positivt inslag, då patienterna känner en trygghet av att vårdpersonal har dem under uppsikt, och ett negativt inslag, då en del patienter upplever en oro att aneurysmet återkommit eller att reparationen inte fungerat, eftersom de ofta varit på uppföljning postoperativt. När uppföljningen sker så upplevs tiden som knapp och det upplevs som att det inte finns tid för både en fysisk uppföljning och att tala med vårdpersonalen om frågor, tankar, känslor samt att de inte får information de skulle vilja få vid ett sådant tillfälle. Istället för att kräva mer tid med vårdpersonalen anpassar patienterna sig till den organisationsstruktur som är. Patienterna lägger inte skulden på att inte få tala ut under dessa uppföljningar på vårdpersonalen utan istället på den struktur som existerar (Letterstål et al., 2010; Peach et al., 2016b; Pettersson & Bergbom, 2010; Peach et al., 2016a).

I Peach et al. (2016a) påvisas att patienter inte var tillfredsställda gällande informationen given av läkaren över hur allvarlig sjukdomen AAA faktiskt är både pre- och postoperativt. Detta ledde till att livskvaliteten sänktes hos patienterna genom att de inte vågar röra på sig fysiskt eller att de inte vågar resa då de oroar sig över att exempelvis flygning kan ruptera aneurysmet eller reparationen.

Patienterna uttrycker besvikelse över hur lite tid de får att tala om upplevelsen av operationen och frågar de har om framtiden vid uppföljningar. Då de efter ett månader gått fortfarande har tankar om operationen, minnesförlust från delar av sjukhusvistelsen och nära döden-upplevelser, skapar detta känslor som ångest och oro (Letterstål et al., 2010).

Diskussion

Resultatdiskussion

Sammanfattning

Syftet med denna studie är att undersöka samt belysa hur livskvaliteten blir påverkad bland patienter som har genomgått en öppen operation gentemot endovaskulär behandling för AAA. Resultatet visar att genomgången EVAR samt OR har en negativ påverkan på livskvaliteten under det första året (de Bruin et al., 2016; Peach et al., 2016a; Pettersson & Bergbom, 2010; Letterstål et al., 2010; Tocher, 2013; Peach et al., 2016b; Kato et al., 2017; Beffa et al., 2015; Pol et al., 2012; De Rango et al., 2011; Tung et al., 2014). Att smärta postoperativt skulle vara så kraftig efter OR visas i Pettersson och Bergbom (2010) att det är en obehaglig överraskning som patienterna inte är förberedda på. Symtom postoperativt har konsekvenser som patienterna inte varit förberedda på, exempelvis problem i uttömningssituationer, påverkan på sömn och utmattning. Aptiten blir påverkad negativt och viktnedgång är vanligt förekommande (Letterstål et al., 2010; Peach et al., 2016a; Pettersson & Bergbom, 2010). Återhämningsperioden postoperativt är längre och mer påfrestande för patienten än vad den trodde att det skulle vara, vilket kan leda till att en del patienter upplever oro och ångest (Pettersson och Bergbom, 2010; Letterstål et al., 2010). Kommunikation mellan vårdpersonal och patienter samt uppföljningarna visas i studier vara bristande (Letterstål et al., 2010; Peach et al., 2016b; Pettersson & Bergbom, 2010; Peach et al., 2016a).

Näringsens påverkan på livskvalitet postoperativt

Patientgruppen som utvecklar ett AAA består av en äldre population (Ullery et al., 2018) och mat och näring har en stor betydelse för livskvalitet och hälsa vid en hög ålder (Socialstyrelsen, 2011; Livsmedelsverket, 2011). Aptiten och näringsintaget påverkas negativt direkt och minst upp till några månader postoperativt efter EVAR och OR. Detta kan bero på att patienter upplever illamående, förändrade smaksensationer och symtom som exempelvis smärta, vilket leder till viktnedgång hos patienterna. (Letterstål et al., 2010; Peach et al., 2016a; Pettersson och Bergbom, 2010; Peach et al., 2016b). Att patienter upplever sjukdomsrelaterad påverkan på aptit och näringsintag som leder till undernäring är inte ovanligt (Socialstyrelsen, 2011). Patienter beskriver i studien av Letterstål et al. (2010) att de är oroliga inför att de skall åka hem gällande hur de skall klara av vardagliga sysslor och detta upplevdes som att det inte uppmärksammades. Detta överensstämmer med Socialstyrelsen (2011) som skriver att Hälso- och sjukvården sällan uppmärksammar sjukdomsrelaterad undernäring och att detta leder till att det sällan behandlas på ett rationellt sätt. Detta ses i Letterstål et al. (2010) där patienter som kommit hem tre månader postoperativt fortfarande har problematik med näringsintag och tvingar sig själva att äta.

Att patienter tvingar sig att äta kan påverka hur patienter ser på matsituationen och Henderson (1991, s. 26–29) menar i sin omvårdnadsteori att om måltiden inte är ett nöje så kommer patienten med all säkerhet att försöka få det hela undanstökat så fort som möjligt, vilket leder till att patienten äter mindre än vad patienten behöver och egentligen vill. Enligt Henderson (1991, s. 26–29) är det vårdpersonalen som är den som skall uppmuntra patienten till goda matvanor och motverka skadliga, samt att vårdpersonalen är den som skall observera och rapportera undernäring hos patienter. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30), kap. 5, 1 § skall vård bedrivas på ett sätt att den uppfyller kraven på god vård. Sjuka patienters nutritionsvård måste enligt Socialstyrelsen (2011) betraktas likvärdigt med övrig vård, därför behöver nutritionsvård ses som övrig hälso- och sjukvård gällande exempelvis behandlingsplanering och uppföljning. För att undvika sjukdom och återvinna hälsa är ett gott näringsstillstånd en förutsättning (Socialstyrelsen, 2000).

Skillnader i livskvalitet postoperativt efter EVAR jämför med OR

Det finns skillnader i hur livskvaliteten påverkas mellan de två olika operationssätten. Gällande OR är påverkan som störst under de första månaderna postoperativt (de Bruin et al., 2016; Kato et al., 2017; Peach et al., 2016a) jämfört med EVAR där påverkan förvärras progressivt (de Bruin et al., 2016; Peach et al., 2016b; Kato et al., 2017). Studier i denna litteraturoversikt visar att långsiktigt så skiljer sig inte livskvaliteten postoperativt efter EVAR och OR (Peach et al., 2016a; Tocher, 2013; de Bruin et al., 2016; Peach et al., 2016b; Dick et al., 2008; Kato et al., 2017), att denna skillnad inte existerar långsiktigt får stöd utav Propper & Abularrage (2013) samt Kayssi, DeBord Smith, Roche-Nagle & Nguyen (2015). Att skillnaden mellan operationstyperna syns under första året men inte långsiktigt kan jämföras med CABG, som liknar OR, och PCI, som är minimalinvasivt och kan liknas vid EVAR, där livskvaliteten postoperativt har en liknande utveckling (Yazdani-Bakhsh et al., 2016; Stenwall et al., 2017).

Upplevelsen av postoperativ smärta

Smärtupplevelsen i den närmsta tiden postoperativt skiljer sig mellan de olika operationssätten. Där patienter som genomgått EVAR upplever liten smärta så upplevdes smärtan som en stor problematik bland patienter som genomgått OR (Peach et al., 2016a; Pettersson & Bergbom, 2010; Tocher, 2013). Att patienter som genomgått OR upplever kraftigare smärta närmsta tiden postoperativt jämfört med den minimalinvasiva operationen EVAR är förväntat. Det är viktigt att vårdpersonal uppmärksammar smärtan då smärta har en stark påverkan på livskvaliteten (Katz, 2002; Niv & Kreitler, 2001). Konstant smärta blir rapporterad lika ofta efter EVAR som efter OR (Peach et al., 2016a). Enligt Gureje, Von Korff, Simon och Gater (1998), som gör en studie med World Health Organisation (WHO), är det fyra gånger troligare att patienter som lever med smärta lider av depression eller ångest och mer än två gånger troligare att de har problem med att arbeta än patienter utan smärta. Detta är viktigt för vårdpersonal att vara medveten om så att de är uppmärksamma vid uppföljningstillfällen att fråga om patienten upplever smärta och i sådana fall hur stor smärta patienten har. I Katz (2002) framkommer det att smärta som är okontrollerad har en negativ påverkan på nästan alla delar av patienters liv, den skapar stress, oro, försvagar

välståndet, påverkar patienternas funktionella status samt att smärtan påverkar patientens sociala liv.

Smärta som är kontrollerad med hjälp av vårdpersonal och smärtstillande har visats ha en positiv påverkan på patienters livskvalitet (Katz, 2002; Niv & Kreitler, 2001). Henderson (1991, s. 10) menar att det är vårdpersonalens uppgift att hjälpa patienter att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende. Att patienter upplever smärta, som har en negativ påverkan på deras livskvalitet (Katz, 2002; Niv & Kreitler, 2001), tyder på att de är beroende av sjukvården till dess att de har fått en tillräckligt god smärtbehandling.

Smärta är en viktig faktor av hur patienter tolkar sin livskvalitet, den är dock inte den enda faktorn och inte heller alltid den faktor som påverkar mest (Niv & Kreitler, 2001).

Fortsättningsvis ses det i Niv och Kreitlers studie att för en fullgod smärtbehandling är det inte tillräckligt att enbart ta bort smärtan som vårdpersonal utan det är nödvändigt att se hela patientens livskvalitet och att se patienten som en helhet. Detta stämmer överens med vad Henderson (1991, s. 10–15) menar att det inte är tillräckligt att bara se sjukdomen utan att hela patienten måste ses och förstås för att kunna bistå patienten i de avsedda åtgärderna som leder fram till hälsa och tillfrisknande.

Störd sömn relaterat till genomgången AAA operation

Sömnpåverkan är vanligt postoperativt efter genomgången AAA operation, detta kan bero på oro, ångest och tankar på den operation de genomgått och den situation de nu befinner sig i samt medicinskt framkallade mardrömmar (Pettersson & Bergbom, 2010; Letterstål et al., 2010; Peach et al., 2016a). Sömnens signifikanta påverkan på livskvaliteten är tydlig, då sömnrubbingar och sömnbrist har en tydlig korrelation med försämrade livskvalitet (Reimer & Flemons, 2003; Zeitlhofer et al., 2000; Schubert et al., 2002). Socialstyrelsen (2009) skriver att sömn är en avgörande faktor för att kroppens läkande skall fungera samt att god sömn är en förutsättning för välbefinnande och en god hälsa. I Letterstål et al. (2010) framkommer det att sömnproblem är något som följer med patienterna hem från sjukhuset när de börjar förstå storleken på den operation de genomgått och de risker som finns gällande AAA. Dessa tankar kommer ofta på kvällar och nätter och har en negativ påverkan på sömnen,

Henderson (1991, s. 34–35) menar att utebliven sömn och vila är en orsak till samt en följd av sjukdomstillstånd.

Långsiktig påverkan på livskvalitet jämfört med ländernas generella befolkning

Enligt Dick et al. (2008) så finns det ingen skillnad gällande den långsiktiga livskvaliteten, jämfört med generella populationen i Schweiz, relaterat till ålder och kön, efter genomgången OR eller EVAR. Detta är motstridigt mot vad studierna av Ehlers et al. (2011) och Timmers et al. (2013) kommer fram till, där de i dessa studier ser att patienter som genomgått OR har en statistiskt bevisad försämrad långsiktig livskvalitet jämfört med övriga befolkningen i länderna Danmark och i Nederländerna.

Vad denna skillnad beror på är svårt att säga. En skillnad mellan dessa studier är att i Dick et al. (2008) handlar det om båda operationstyperna och att det i de andra två studierna fokuseras på OR. En annan skillnad som möjligtvis är av större betydelse är att de använt sig av olika enkäter gällande mätning av livskvaliteten. Studien Dick et al. (2008) har använts sig av SF-36, i Ehlers et al. (2011) användes det EQ-5D och SF-12 och i Timmers et al. (2013) har de använt sig av EQ-6D som är en modifierad version av EQ-5D med skillnaden att det finns en fråga till som berör kognitiv funktion.

Bristande kommunikation mellan vårdpersonal och patient

Det framkommer i denna studie att patienter upplever avsaknad att få vara delaktig i sin egen vård och att de inte har tillräcklig kunskap om behandlingen. Det finns en avsaknad att få tala om sina tankar och känslor med vårdpersonal och detta fortsätter efter utskrivningen (Letterstål et al., 2010; Peach et al., 2016b). Att patienter inom vården upplever att de inte får tillräcklig information styrks av McCabe (2003) där det även framkommer att patienter upplever att vårdpersonalen var mer fokuserade på sitt "jobb" än att prata med dem. Få patienter får enligt Henderson (1991, s. 52–55) den undervisning de behöver för att klara sig själva hemma. Enligt ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod har patienter rätt att få den information som krävs för att ha möjlighet att ge ett informerat samtycke till omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Att se människan bakom sjukdom eller diagnosen och ha ett patientcentrerat synsätt ökar patientens delaktighet vilket har en positiv inverkan på vårdens resultat (Socialstyrelsen 2015a; Socialstyrelsen 2015b). Vårdpersonal är

duktiga att kommunicera med patienter när de använder sig av ett patientcentrerat arbetssätt (McCabe, 2003). Att få patienten delaktig i sin vård ger vårdpersonal viktig kunskap om patienten och kan därmed lättare möta dennes individuella behov, vilket skapar förutsättningar för läkande (Socialstyrelsen 2015a; Socialstyrelsen 2015b).

Henderson (1991, s. 52–55) menar att undervisning ingår i den primära vården av alla patienter. Att ha ett patientcentrerat synsätt minskar risken för att patienten inte är delaktig, vilket kan, om så är fallet, enligt Socialstyrelsen (2015a) leda till att patienten underordnar sig vårdpersonalens bedömningar och inte lyssnar till sin kropp vilket i sin tur kan leda till att patienten förlorar förtroendet för kroppens signaler. För en effektiv vård så är en informerad patient en förutsättning (prop. 1998/99:4).

Uppföljningstillfällen präglas av tidsbrist, informationsbrist samt att patienter inte får tid att prata om sin för handen varande situation (Letterstål et al., 2010; Peach et al., 2016b; Pettersson & Bergbom, 2010; Peach et al., 2016a). Enligt myndigheten för vårdanalys (2012) kan tidsnöd vara en förklarande faktor till varför kommunikationen mellan vårdpersonal och patient är bristfällig och begränsad. Patienterna lägger inte skuld på vårdpersonal för att det upplevs så här utan skulden läggs på organisationsstrukturen. Detta leder till att patienter anpassar sig till den organisationsstruktur som existerar och accepterar hur det ser ut (Letterstål et al., 2010; Peach et al., 2016b; Pettersson & Bergbom, 2010; Peach et al., 2016a; McCabe, 2003).

Enligt Patientlagen (PL, SFS 2014:821), kap. 3, 1 § så skall patienter få information om metoder att förebygga sjukdom eller skada. För att detta skall kunna ske så behöver det ske ett informationsutbyte mellan vårdpersonal och patient. Henderson (1991, s. 52–55) menar att vårdpersonal inte kan förstå patientens behov om det inte tas reda på vilka missförstånd som uppstått och vilka misstag som begås av patienten gällande efterföljandet av vårdprogrammet. För att patienter skall kunna tillämpa den kunskap som förmedlas av vårdpersonal är förståelse och insikt förutsättningar för att patienterna skall ha inflytande över sin egen behandling, hälsa och vård (Socialstyrelsen, 2015b).

Att patienter månader postoperativt fortfarande har tankar om operationen och upplever oro och ångest (Letterstål et al., 2010) behöver vårdpersonal vara medvetna om. Myndigheten för vårdanalys (2012) ger i sin rapport sex rekommendationer för förbättring, varav en punkt är att vårdverksamheten istället för ett sjukdomscentrerat förhållningssätt skall ha en helhetssyn på patientens behov. Att vårdpersonal skall vara medvetna om att patientens möte med vården är en personlig upplevelse som kan skapa ångest och andra emotionella besvär och att det är viktigt att vården inte fokuserar uteslutande på medicinska aspekter utan även möter dessa behov.

Metoddiskussion

Olika livskvalitetsenkäter

Något som kan ha påverkat resultatet i denna studie är att trots att enkäterna SF-36 och EQ-5D, som många av studierna i denna litteraturöversikt använt sig av, är vida använda och validerade, så är dessa formulär inte specifika för patienter som genomgått en AAA operation. Att de inte är specifika kan innebära att om det använts för AAA specifika enkäter skulle det möjligtvis kunnat påverka resultatet i studier gällande livskvalitet postoperativt AAA. Det faktum att det används olika typer kan leda till annat resultat beroende på vald enkät.

HRQoL, QoL eller livskvalitet

Då patienters bedömning av sin livskvalitet är högst subjektiv är det viktigt att ha benämningar som inte skall gå att tolka på väldigt olika sätt. Det som framkommer i Karimi och Brazier (2016) är att det inte är tydligt vad som skiljer mellan begreppen HRQoL och QoL. Att det är otydliga definitioner kan leda till att studier som berör livskvalitet kan få annorlunda resultat beroende på hur dessa begrepp definieras av forskarna och av hur patienterna uppfattar och tolkar begreppen. Att det i denna studie använts begreppet livskvalitet istället för att begreppen HRQoL och QoL kan innebära att patienters olika tolkningar av dessa begrepp klumpats ihop och får samma betydelse. Det finns ett behov av tydligare definitioner av begrepp gällande livskvalitet för ökad tydlighet och förståelse och genom det minska risken för feltolkningar.

Vårdpersonal eller sjuksköterska

I denna litteraturöversikt så har det valts att begreppet vårdpersonal är mer lämpligt än sjuksköterska för att språkbruk och meningsuppbyggnader skall bli mer lättläsligt och mer förståeligt. Anledningen till varför det ej valts att skriva ut sjuksköterskor är för att i viss litteratur och artiklar används exempelvis begreppen "Health-care providers", "Caregiver" och "Health professional" vilket inte kan översättas till sjuksköterska utan till begreppet vårdpersonal.

Styrkor i studien

Styrkor i denna litteraturöversikt är att det använts två databaser, PubMed och Cinahl i sökningen, dessa databaser har bedömts vara tillfredställande för att få artiklar inom omvårdnadsämnet som berör litteraturöversiktens syfte. Samt att det använts ett antal olika sökord som kunnat tänkas beröra artiklar relevanta för studien. Att dessa sökord kan anses ha samlat relevanta artiklar för studien är att i sökningarna återfanns många artiklar som redan gått igenom. Till en av sökningarna användes "Smart text Searching" vilket innebär att texten som skrivs in i sökningen identifieras och paras ihop med ord, fraser och meningar till innehållet som finns i databasen. Det har funnits en tydlig plan och struktur på hur arbetet skall fortgå som följts och fungerat. Bakgrunden är grundlig och heltäckande vilket borde underlätta för läsare nya inom området. Majoriteten av artiklar som varit med har varit av högre kvalitet och i diskussionen så har det använts många olika källor för att ge tyngd och svar på påståenden och slutsatser.

Svagheter

Om fler databaser använts hade det möjligtvis kunnat hittats fler artiklar relevanta för studiens syfte samt att alternativa sökmetoder och sökord skulle ha kunnat få en större bredd på sökningar. I litteraturöversikten har det valts att ha en avgränsning på tio år alltså artiklar från 2008 och senare, dock så är majoriteten av artiklarna mer än fem år gamla vilket gör att aktualiteten i dessa kan ifrågasättas. Artiklarnas kvalitet grundas i granskningsmallar som använts från SBU, i granskningsmallarna så kan det dock vara subjektiv bedömning och detta kan ha påverkat hur artiklarnas kvalitet har ansetts vara.

Klinisk betydelse

Undernäring är inget ovanligt och att det är något som patienter upplever månader postoperativt är något vårdpersonal behöver vara medvetna om. Det finns forskning om åtgärder och riktlinjer som skall motverka undernäring exempelvis nutritionsvårdsprocessen (Socialstyrelsen, 2011), det är viktigt att sådana riktlinjer följs för att förebygga detta som skapar lidande för patientens och dennes livskvalitet. Vårdpersonal behöver vara uppmärksamma på patienternas smärtsituation postoperativt på sjukhuset och på uppföljningssamtal för att minimera smärtans negativa påverkan på livskvaliteten. Kommunikationen och informationsutbytet behöver förbättras i hela vårdkedjan. Att ha ett patientcentrerat fokus har visat sig vara positivt och är något som bör tillämpas av all vårdpersonal, det krävs att uppföljningen blir mer patientcentrerad för en förbättrad patientsäker vård.

Slutsats

Postoperativ livskvalitet efter genomgången AAA operation visar sig bli negativt påverkad av olika faktorer, exempelvis undernäring, postoperativ smärta och sömnpåverkan. Att säga att en faktor har en signifikant större påverkan på livskvaliteten är svårt, då faktorerna relaterar till varandra och även var för sig har en stor negativ påverkan på livskvaliteten. Det bristande informationsutbytet mellan vårdpersonal och patient är ett genomgående tema postoperativt. Att patienter i hemmet upplever symtom som går att förebygga kan inte anses vara acceptabelt där det finns behandlingsalternativ att tillgå. Efter denna studie är det tydligt att vården behöver bli mer patientcentrerad för att vården och livskvaliteten skall kunna förbättras för AAA patienter postoperativt. Förhoppningsvis är denna studie ett steg på vägen för att förbättra vården genom att dessa problem belysts och förslag för förbättring presenterats.

Framtida forskning bör fokuseras på att definiera begreppen HRQoL och QoL för att tydligare och mer tillförlitligt få information gällande patienters livskvalitet. Det finns även ett behov av en specifik livskvalitetsenkät för att få en lika hög validitet oberoende av vilken vårdpersonal som genomför studien samt oberoende av bakomvarande förutsättningar.

Referenslista

* = Resultatartiklar

*Beffa, L. R., Petroski, G. F., Kruse, R. L., & Vogel, T. R. (2015). Functional Status of Nursing Home Residents Before and After Abdominal Aortic Aneurysm Repair. *Journal of Vascular Nursing*, 33(3), 106–111. doi: 10.1016/j.jvn.2015.02.003

Birkler, J. (2015). *Filosofi – Omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber

*De Bruin, J. L., Groenwold, R. H. H., Baas, A. F., Brownrigg, J. R., Prinssen, M., Grobbee, D. E., & Blankensteijn, J. D. (2016). Quality of Life from a Randomized Trial of Open and Endovascular Repair for Abdominal Aortic Aneurysm. *The British Journal of Surgery*, 103(8), 995–1002. doi:10.1002/bjs.10130

Cronenwett, J. L., Likosky, D. S., Russel, M. T., Eldrup-Jorgensen, J., Stanley, A. C., & Nolan, B. W. (2007). A Regional Registry for Quality Assurance and Improvement: The Vascular Study Group of Northern New England (VSGNNE). *Journal of Vascular Surgery*, 46(6), 1093–1101. doi: 10.1016/j.jvs.2007.08.012

*Dick, F., Grobety, V., Immer, F. F., Do, D. D., Savolainen, H., Carrel, T. P., & Schmidli, J. (2008). Outcome and Quality of Life in Patients Treated for Abdominal Aortic Aneurysm: A Single Center Experience. *World Journal of Surgery*, 32(6), 987–994. doi: 10.1007/s00268-008-9565-1

*Ehlers, L., Laursen, K. B., & Jensen, M. B. (2011). Health-Related Quality-of-Life After Elective Surgery for Abdominal Aortic Aneurysm. *Journal of Medical Economics*, 14(6), 787–791. doi: 10.3111/13696998.2011.626822

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB

Gessert, C., Waring, S., Bailey-Davis, L., Conway, P., Roberts, M., & VanWormer. (2015). Rural Definition of Health: A Systematic Literature Review. *Biomedicine Central Public Health*, 15(1), 1–14. doi: 10.1186/s12889-015-1658-9

Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G., & Gater, R. (1998). Persistent Pain and Well-Being: A World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*, 280(2), 147–151. doi: 10.1001/jama.280.2.147

Henderson, V. (1991). *Grundprinciper för Patientvårdande Verksamhet*. Borås: Centraltryckeriet AB

Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference. *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. doi: 10.1007/s40273-016-0389-9

- *Kato, T., Tamaki, M., Tsunekawa, T., Motoji, Y., Hirakawa, A., Okawa, Y., & Tomita, S. (2017). Health-Related Quality of Life Prospectively Evaluated by the 8-Item Short Form After Endovascular Repair Versus Open Surgery for Abdominal Aortic Aneurysm. *Heart Vessels*, 32(8), 960–968. doi: 10.1007/s00380-017-0956-9
- Katz, N. (2002). The Impact of Pain Management on Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(1), 38-47. doi: 10.1016/s0885-3924(02)00411-6
- Kayssi, A., DeBord Smith, A., Roche-Nagle, G., & Nguyen. (2015). Health-Related Quality-of-Life Outcomes After Open Versus Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair. *Journal of Vascular Surgery*, 62(2), 491-498. doi: 10.1016/j.jvs.2015.05.032
- *Kurz, M., Meier, T., Pfammatter, T., & Amann-Vesti, B. R. (2010). Quality of Life Survey After Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair in Octogenarians. *International Angiology: A Journal of the International Union of Angiology*, 29(3), 249-254.
- *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(21-22), 3112-3122. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03428.x
- Livsmedelsverket. (2011). *Bra Mat I Äldreomsorgen: Omsorgspersonal*. Uppsala: Livsmedelsverket. Från https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsamiljo/maltider-var-d-skola-omsorg/aldreomsorg/rad-och-material/aldremat_omsorgspersonal.pdf
- McCabe, C. (2003). Nurse-Patient Communication: An Exploration of Patients' Experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x
- Myndigheten för Vårdanalys. (2012). *Patientcentrering i Svensk Hälso- och Sjukvård: En Extern Utvärdering och Sex Rekommendationer för Förbättring* (Rapport 2012:5). Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys.
- Nilsson, O., Hultgren, R., & Letterstål, A. (2017). Perceived Learning Needs of Patients with Abdominal Aortic Aneurysm. *Journal of Vascular Nursing* 35(1), 4-11. doi: 10.1016/j.jvn.2016.08.003.
- Niv, D., & Kreitler, S. (2001). Pain and Quality of Life. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 1(2), 150-161. doi: 10.1046/j.1533-2500.2001.01016.x
- Peach, G., Holt, P., Loftus, I., Thompson, M. & Hinchliffe, R. (2012). Questions Remain About Quality of Life after Abdominal Aortic Aneurysm Repair. *Journal of Vascular Surgery*, 56(2), 520-527. doi: 10.1016/j.jvs.2012.02.062.

*Peach, G., Romaine, J., Wilson, A., Holt, P. J. E., Thompson, M. M., Hinchliffe, R. J., & Bradley, C. (2016a). Design of New Patient-Reported Outcome Measures to Assess Quality of Life, Symptoms and Treatment Satisfaction in Patients with Abdominal Aortic Aneurysm. *The British Journal of Surgery*, 103(8), 1003-1011. doi:10.1002/bjs.10181.

*Peach, G., Romaine, J., Wilson, A., Holt, P. J. E., Thompson, M. M., Bradley, C., & Hinchliffe, R. J. (2016b). Quality of Life, Symptoms and Treatment Satisfaction in Patients with Aortic Aneurysm Using New Abdominal Aortic Aneurysm-Specific Patient-Reported Outcome. *The British Journal of Surgery*, 103(8), 1012-1019. doi:10.1002/bjs.10182

Pettersson, M. (2010). *Quality of Life and Health Patients' experiences of Abdominal Aortic Aneurysm* (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa). Från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21531/3/gupea_2077_21531_3.pdf

*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(1), 2-10. doi: 10.1016/j.jvn.2009.10.001

Pinto, A., Faiz, O., Davis, R., Almoudaris, A., & Vincent, C. (2016). Surgical Complications and Their Impact on Patients' Psychosocial Well-Being: a Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ Open*, 6(2). doi: 10.1136/bmjopen-2014-007224.

*Pol, R. A., Zeebregts, C. J., van Sterkenburg, S. M. M., & Reijnen, M. M. P. J. (2012). Thirty-day Outcome and Quality of Life after Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair Octogenarians Based on the Endurant Stent Graft Natural Selection Global Postmarket Registry (ENGAGE). *Journal of Vascular Surgery*, 56(1), 27-35. doi: 10.1016/j.jvs.2011.12.080

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.

Proposition 1998/99:4. *Stärkt patientinflytande*. Stockholm: Socialdepartementet.

Propper, B. W., & Abularrage, C. J. (2013). Long-Term Safety and Efficacy of Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair. *Vascular Health and Risk Management*, 9(1), 135-141. doi: 10.2147/vhrm.s32250

*De Rango, P., Verzini, F., Parlani, G., Cieri, E., Romano, L., Loschi, D., & Cao, P. (2011). Quality of Life in Patients with Small Abdominal Aortic Aneurysm: The Effect of Early Endovascular Repair Versus Surveillance in the CAESAR Trial. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 41(3), 324-331. doi: 10.1016/j.ejvs.2010.11.005

Reimer, M. A., & Flemons, W. W. (2003). Quality of Life in Sleep Disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 7(4), 335-349. doi: 10.1053/smr.2001.0220

Sand, O., Sjaastad, O. V., Haug, E., & Bjälle, J. G. (2006). *Människokroppen: Fysiologi och Anatomi*. Stockholm: Liber

Schubert, C. R., Cruickshanks, K. J., Dalton, D. S., Klein, B. E. K., Klein, R., & Nondahl, D. M. (2002). Prevalence of Sleep Problems and Quality of Life in an Older Population. *Sleep*, 25(8), 48-52. doi: 10.1093/sleep/25.8.48

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2000). *Näringsproblem i Vård och Omsorg: Prevention och Behandling*. Hämtad 13 mars, från Socialstyrelsen, https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11653/2000-3-11_0003012.pdf

Socialstyrelsen. (2009). *Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär*. Hämtad 13 mars, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/6_Psykosociala.pdf

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för God Vård och Omsorg: En Vägledning för att Förebygga och Behandla Undernäring*. Hämtad 13 mars, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2015a). *Att Mötas i Hälso- och Sjukvård: Ett Utbildningsmaterial för Reflektion om Bemötande och Jämlika Villkor*. Hämtad 13 mars, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2015b). *Din Skyldighet att Informera och Göra Patienten Delaktig: Handbok för Vårdgivare, Chefer och Personal*. Hämtad 13 mars, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Statistik om dödsorsaker 2015*. Hämtad 18 december, 2017, Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20289/2016-8-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Statistikdatabas för diagnoser i slutenvård*. Hämtad 18 december, 2017, Från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2008). *Screening för bukaortaaneurysm*. Hämtad 28 mars, 2018, från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/screening-for-bukaortaaneurysm/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2015a). *Endovaskulär behandling av bukaortaaneurysm: Kateterburen inläggning av stentgraft vid reparation av bräck på stora kroppspulsådern*. Hämtad 18 december, 2017, från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/Endovaskular-behandling-av-bukaortaaneurysm/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2015b). *Olika ingrepp vid aortabräck är likvärdiga på sikt*. Hämtad 20 december, 2017, från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, <http://www.sbu.se/vop201504>

Stenwall, H., Tierala, I., Räsänen, P., Laine, M., Sintonen, H., & Roine, R. P. (2017). Long-Term Clinical Outcomes, Health-Related Quality of Life, and Costs in Different Treatment Modalities of Stable Coronary Artery Disease. *European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes*, 3(1), 74-82. doi: 10.1093/ehjqcco/qcw024

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening. Från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas-etiska-kod-2017.pdf>

Swedvasc. (2017). *Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi: Årsrapport för 2016 Tema: Regionala skillnader*. Stockholm: Swedvasc. Från <http://www.ucr.uu.se/swedvasc/arsrapporter>

Takousi, M. G., Schmeer, S., Manaras, I., Olympios, C. D., Makos, G., & Troop, N. A. (2016). Health-Related Quality of Life after Coronary Revascularization: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Hellenic Journal of Cardiology*, 57(4), 223-237. doi: 10.1016/j.hjc.2016.05.003

*Timmers, T. K., Van Herwaarden, J. A., De Borst, G. -J., Moll, F. L., & Leenen, L. P. H. (2013). Long-Term Survival and Quality of Life After Open Abdominal Aortic Aneurysm Repair. *World Journal of Surgery*, 37(12), 2957-2964. doi: 10.1007/s00268-013-2206-3

*Tocher, J. M. (2013). Expectations and Experiences of Open Abdominal Aortic Aneurysm Repair Patients: A Mixed Methods Study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 421-428. doi:10.1111/jocn.12268

*Tung, H. -H., Cheng, Y., Shih, C. -C., Chen, L. -K., Lee, J. -Y., & Wang, T. -J. (2014). Quality of life among patients with abdominal aortic aneurysm undergoing endografting in Taiwan. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(4), 369-377. doi:10.1177/1474515113504865

Ullery, B.W., Hallet, R. L., Fleischmann, D. (2018). Epidemiology and contemporary management of abdominal aortic aneurysms. *Abdominal Radiology*, (261), 1-12. doi: <https://doi.org/10.1007/s00261-017-1450-7>

Vigué-Martín, J. (2012). *Atlas Över Människokroppen*. Stockholm: Liber

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. 2014. Basic Documents (Forty-eight edition). Hämtad 18 december, 2017 från <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>

Yazdani-Bakhsh, R., Javanbakht, M., Sadeghi, M., Mashayekhi, A., Ghaderi, H., & Rabiei, K. (2016). Comparison of Health-Related Quality of Life After Percutaneous Coronary Intervention and Coronary Artery Bypass Surgery. *ARYA Atherosclerosis*, 12(3), 124-131.

Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G., Rosenberger, A., Bolitschek, J., Kapfhammer, G., ... Kunze, M. (2000). Sleep and Quality of Life in the Austrian Population. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102(4), 249-257. doi: 10.1034/j.1600-0404.2000.102004249.x

Bilaga 1. Översikt av inkluderade artiklar

Författaren, titel, årtal, land	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod/analys	Huvudresultatet	Kvalitet
Beffa, L. R., Petroski, G. F., Kruse, R. L., & Vogel, T. R. Functional status of nursing home residents before and after abdominal aortic aneurysm. (2015) USA	Att bestämma om typen av procedur var associerad med förbättring eller försämring av ADL efter att patienten lämnat sjukhuset.	Kvantitativ	213 deltagare (-)	Datan samlades från MDS bedömningar i "Centers for medicare and medicaid services". Analys: SAS för windows. Chi-Square analys. Logistic regression användes för att utveckla benägenhetspoäng.	I resultatet framkom att EVAR har liknande ADL funktion som OR postoperativt. Patientens funktion innan sjukhusvistelsen spelade också roll på hur väl ADL hanterades postoperativt.	Medel
De Bruin, J., Groenwold, R., Baas, A., Brownrigg, J., Prinssen, M., Grobbee, D. & Blankensteijn, J. Quality of life from a randomized trail of open and endovascular repair for abdominal aortic aneurysm. (2016). Nederländerna.	Att utvärdera livskvaliteten och hälsostatusen på lång sikt efter genomgången EVAR eller öppen AAA operation.	Kvantitativ	332 deltagare (19 bortfall)	Datinsamling: Randomiserad klinisk studie. Enkäter. Analys: SPSS	På kort tid så upplevde EVAR patienter mindre negativ påverkan på livskvalitet än OR patienter. På längre sikt så var den fysiska funktionen och den generella hälsan bättre hos OR patienterna än EVAR.	Medel

Författaren, titel, årtal, land	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod/analys	Huvudresultat	Kvalitet
Dick, F., Grobéty, V., Immer, F. F., Do, D. D., Savolainen, H., Carrel, T. P., & Schmidli, J. Outcome and Quality of Life in Patients Treated for Abdominal Aortic Aneurysm: A Single Center Experience. (2008) Schweiz	Att analysera överlevnad och långsiktig livskvalitet hos patienter som genomgått EVAR eller OR för att jämföra dem med ålder och kön hos den generella populationen.	Kvantitativ	284 deltagare (117 bortfall)	Datainsamling: Cross-sectional med SF-36 Enkät Analys: T-test, Mann-whitney U-test. X ² . Alla analyser gjordes i SPSS för Windows.	Långsiktig livskvalitet är inte permanent försämrad hos patienter som genomgått AAA reparation. Patienterna går sakta tillbaka till de normala QOL-värden som resten av standardpopulationen har. Ingen skillnad på EVAR och OR kunde påvisas.	Hög
Ehlers, L., Laursen, K. B., & Jensen, M. B. Health-related quality-of-life in patients after elective surgery for abdominal aortic aneurysm. (2011). Danmark	Att beskriva hälsorelaterad QOL hos patienter med asymtomatisk AAA >1 år efter operationen.	Kvantitativ	328 deltagare (47 bortfall)	Cross-sectional studie. Datainsamling: Enkäter: EQ-VAS, EQ-5D, SF-12 Analys: T-test, Mann-whitney, Chi-squared.	Patienter som genomgått elektiv AAA operation har sämre livskvalitet jämfört med den generella befolkningen.	Medel

Författaren, titel, årtal, land	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod/analys	Huvudresultatet	Kvalitet
Kato, T., Tamaki, M., Tsunekawa, T., Motoji, Y., Hirkawa, A., Okawa, Y., & Tomita, S. Health-related quality of life prospectively evaluated by the 8-item short form after endovascular repair versus open surgery for abdominal aortic aneurysm. (2017). Japan	Att jämföra förändringar från preoperativ QOL samt 1, 3, 6, 12 månader efter EVAR eller OR, genom att använda sig av SF-8.	Kvantitativ	55 deltagare (19 bortfall)	Delade upp patienterna i EVAR och en OR grupp. Datainsamling: SF-8 enkät. Analys: Wilcoxon rank sum test, Chi-square, fisher's exact test och MMRM. SAS program utförde analyserna.	Resultatet visar att EVAR inte har någon signifikant skillnad på mental störning efter ett år jämfört med OR.	Medel
Kurz, M., Meier, T., Pfammatter, T. & Amann-Vesti, B. Quality of life survey after endovascular abdominal aortic aneurysm repair in octogenarians. (2010). Tjeckien.	Att bedöma livskvaliteten efter EVAR hos patienter över 80 år jämfört med yngre patienter.	Kvantitativ	267 deltagare (3 bortfall)	Design: Retrospektiv design Datainsamling: Enkät NHP Analys: Statview software	Det fanns inga större skillnader mellan de två grupperna gällande livskvaliteten efter EVAR. Sjukhusvistelsen längd skiljde sig inte mellan grupperna.	Medel

Författaren, titel, årtal, land	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod/analys	Huvudresultatet	Kvalitet
Letterstål, A., Eldh, Ann Catrine., Olofsson, P. & Forsberg, C. Patients' experience of open repair of abdominal aortic aneurysm – preoperative information, hospital care and recovery. (2010). Sverige	Att klargöra patienters upplevda erfarenhet av vårdkedjan vid genomgång av OR vid AAA.	Kvalitativ	10 deltagare (-)	Design: Exploratory descriptive design Datainsamling: Ljudinspelade intervjuer tre månader postop. Analys: Qualitative content analysis	Under sjukhusvistelsen så upplevde patienten skam på grund av oväntade komplikationer och brist på kontroll och hur beroende de blev av sjukvårdspersonalen. Patienterna upplevde även brist på kommunikation från vårdpersonalens sida och kände en oro inför hemgång. Vid hemkomst upplevde de fortfarande fysiska komplikationer och de var oförberedda på att komma tillbaka till deras normala vardag. De kände även brist på kommunikation från vårdpersonal efter hemgång och kände sig ensamma med denna upplevelse.	Hög
Peach, G., Romaine, J., Wilson, A., Holt, P.J.E., Thompson, M.M., Hinchliffe, R. J., & Bradley, C. Design of new patient-reported outcome measures to assess quality of life, symptoms and treatment satisfaction in patients with abdominal aortic aneurysm. (2016) UK	Att skapa tre nya tillståndsspecifika frågeformulär baserad på patient-upplevelser av AAA för att få fram separata bedömningar av QOL, symptom och vårdtillfredsställelse	Kvalitativ	13 deltagare (-)	Semistrukturerad format användes för att utforska patienternas erfarenheter. Frågeformulär och intervjuer Analys: Datan identifierades till teman Urval: Purposive sampling	Patienterna upplevde oro efter operationen på grund utav för lite information, rädsla för att återfå sjukdomen och begränsad fysisk aktivitet. Symtom var smärta, letargi, viktnedgång, generell svaghet och dålig aptit. Patienterna var positiva till kontrollerna efter operationen, men vissa var också oroliga att sjukdomstillståndet inte var över.	Hög

Författaren, titel, årtal, land	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod/analys	Huvudresultatet	Kvalitet
Peach, G., Romaine, J., Holt, P. J. E., Thompson, M. M., Bradley, C. & Hinchliffe, R. J. Quality of life, symptoms and treatment satisfaction in patients with aortic aneurysm using new abdominal aortic aneurysm-specific patient-reported outcome measures. (2016). England.	Att presentera preliminära data angående livskvalitet, symtom och tillfredställande behandling vid användande av tre nya AAA specifika enkäter	Kvantitativ	191 deltagare Bortfall: 6	Datainsamling: Enkäterna AneurysmDQoL, AneurysmSRQ och AneurysmTSQ Analys:SPSS	Livskvaliteten sjönk gradvis med tiden efter OR och ökade efter EVAR. Dock så blev symtomen gradvis förvärrade efter EVAR och gradvis förbättrade efter OR. Brist på information och förståelse från vårdpersonal sågs som ett problem.	Hög
Pettersson, M. & Bergbom, I. The drama of being diagnosed with an aortic aneurysm and undergoing surgery for two different procedures: Open repair and endovascular techniques. (2010). Sverige.	Att beskriva och tolka vad det innebär för patienter att bli diagnostiserade med AAA och hur de upplever behandlingen.	Kvalitativ	20 deltagare (-)	Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer Analys: Hermeneutisk filosofi och systematisk process av data.	OR patienter upplevde att det var svårt att uthärda efter operationen på grund av komplikationer och att de var oförberedda på detta.	Hög
Pol, R., Zeebregts, C. J., Van Sterkenburg, S. M. M., & Reijnen, M. M. P. J. Thirty-day outcome and quality of life after endovascular abdominal aortic aneurysm repair in octogenarians based on the Endurant Stent Graft Natural Seleccion Global Postmarket Registry (ENGAGE). (2012). Nederländerna.	Att undersöka livskvaliteten samt utfallet 30 dagar efter genomgången EVAR hos patienter över 80 år.	Kvantitativ	1200 deltagare (-)	Datainsamling: ENGAGE registret Analys: SAS	Den äldre patientgruppen hade större aneurysm, opererades oftare under generell anestesi samt hade längre operationstid. Den äldre patientgruppen hade likvärdig hälsostatus jämfört med den yngre gruppen vid utskrivning	Medel

Författaren, titel, årtal, land	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod/analys	Huvudresultatet	Kvalitet
De Rango, P., Verzini, F., Parlani, G., Cieri, E., Romano, L., Loschi, D. & Cao, P. Quality of Life in Patients with Small Abdominal Aortic Aneurysm: The Effect of Early Endovascular Repair Versus Surveillance in the CEASAR TRIAL. (2011). Italien.	Att utvärdera samt jämföra förändringar i livskvaliteten över tid hos patienter med små (4,1–5,5 cm) AAA som antingen genomgår EVAR eller övervakas.	Kvantitativ	339 deltagare (21 bortfall)	Datinsamling: Enkät SF-36 Analys: BMDP	Både EVAR och övervakning har negativ påverkan på livskvaliteten, dock har tidig EVAR inom 6 månader en liten positiv påverkan på livskvaliteten jämfört med övervakningen.	Hög
Timmers, T. K., Van Herwaarden, J. A., De Borst, G-J., Moll, F. L., & Leenen, L. P. H. Long-Term Survival and Quality of Life After Open Abdominal Aortic Aneurysm Repair. (2013). Nederländerna	Att undersöka långsiktig överlevnad och bedöma hälsorelaterad livskvalitet hos patienter som blivit utskrivna efter OR av AAA.	Kvantitativ	242 deltagare (21 bortfall)	Datainsamling: Enkät EuroQol-6D Analys: T-test χ^2	10 år efter utskrivning så är överlevnaden 58% och den hälsorelaterade livskvaliteten är lägre än den generella nederländska populationen. Det var ingen större skillnad i livskvalitet hos den elektiva populationen jämfört med populationen med rupterad AAA.	Medel

Författaren, titel, årtal, land	Studiens syfte	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod/analys	Huvudresultatet	Kvalitet
Tocher, J. M. Expectations and experiences of open abdominal aortic aneurysm repair patients: a mixed methods study. (2013) UK	Att studera förväntningar på postoperativ smärta och jämföra det med liknande andra operationer. Jämförelse i förväntningar av smärta och den faktiska smärtan. Hur resultatet kan påverka framtida yrket för sjuksköterskor.	Mixed-Method	22 deltagare (-)	Den kvantitativa datan samlades med en likert skala av smärtintensitet. Den kvalitativa datan samlades med semi-strukturerade intervjuer. Analys: Den kvantitativa datan analyserades med descriptive statistics Urval: Patienter som opererades med öppen teknik när deras AAA var 5 cm eller större.	Resultatet påvisar att patienterna förväntar sig att ha smärta efter operationen. Patienterna förväntade sig högre smärta än vad de faktiskt upplevde.	Kvantitativ: Hög Kvalitativ: Medel
Tung, H-H., Cheng, Y., Shih, C-C., Chen, L-K., Lee, J-Y. & Wang, T-J. Quality of life among patients with abdominal aortic aneurysm undergoing endografting in Taiwan. (2014). Taiwan.	Att undersöka sambandet mellan egenvård, hälsokunskap och livskvalitet hos AAA patienter som genomgått en EVAR operation.	Kvantitativ	105 deltagare (-)	Design: Cross-sectional design. Datainsamling: Enkäter. Analys: SPSS	AAA ökar signifikant med ålder samt om man är man. Högre utbildning hade korrelation med bättre egenvård. Hälsokompetens påverkade den fysiska livskvaliteten men inte den psykiska.	Hög