

Upplevelsen av att komma hem

Utveckling mot oberoende i en hälsobefrämjande transitionprocess

Författare	Ewa Gadd
Fristående kurs	Omvårdnad – Självständigt arbete II OM 1650 VT2008
Omfattning	15 hp
Handledare	Lars-Eric Olsson
Examinator	Barbro Robertsson

Titel :	Upplevelsen av att komma hem Utveckling mot oberoende i en hälsobefrämjande transition process.
Titel (engelska):	<i>Patient's experience of coming home Development to Independenc in a healthy transition process.</i>
Arbetets art:	Självständigt arbetet I Fördjupningsnivå II
Fristående kurs/ kurskod	Omvårdnad Examensarbete II OM 1650
Arbetets omfattning	15hp
Sidantal	22 sidor
Författare	Ewa Gadd
Handledare	Lars-Eric Olsson
Examinator	Barbro Robertsson

ABSTRACT

Introduktion: Höftfrakturen drabbar den äldre människan som en plötslig förändring i livet, en övergång från ett oberoende till ett plötsligt beroende. Transition kan betyda att förlora något och hamna i en ny och främmande situation. De individuella reaktionerna blir olika trots samma sjukdom. Den vårdvetenskapliga kunskapen används för att identifiera vårdprocessen, se helheten runt patienten och främja en hälsobefrämjande process. En stark drivkraft hos människor drabbade av höftfraktur är längtan tillbaka till oberoende.

Syfte: Att undersöka patienters transition och upplevelse av att komma tillbaka till sitt hem och sin vardag efter att ha opererats för en höftfraktur.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys. En pilotstudie med två informanter.

Resultat: Det övergripande temat var att komma tillbaka. Vardagen präglades av att hantera nuet och det var en pendling mellan den hälsobefrämjande och icke hälsobefrämjande transitionprocessen. Reorienteringen innehöll tal om funktionsnedsättningar och känsla av sjukdom men också stryka, strategier och humor. Det fanns ett hopp om ett oberoende i framtiden.

Diskussion: Transitionprocessen går inte spikrakt framåt det är en dynamisk tänjning emellan hälsobefrämjande och icke hälsobefrämjandeprocesser. Kvinnornas strävan att klara så mycket som möjligt själva visar också på deras strävan mot att komma tillbaka.

Slutsats: Genom att titta på hur äldre människor upplever att komma hem kan det generera kunskap till dem som arbetar med rehabiliteringen både på sjukhuset och i hemmet.

Nyckelord: hip fracture, transition, experience, independence

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
FÖREKOMST OCH BEHANDLING.....	1
BAKGRUND.....	1
SYFTE.....	2
VÅRDVETENSKAPLIGA UTGÅNGSPUNKTER	2
HELHETSSYN.....	2
KUNSKAPSSYN.....	3
BEGREPP OCH TEORI.....	4
TRANSITION	4
TIDIGARE FORSKNING	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÅGANDEN	9
METOD	11
URVAL	11
DATAINSAMLING	11
ANALYS	11
RESULTAT	13
KONSEKVENSER.....	13
REORIENTERING.....	14
TÄNKTA MÅL	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION.....	15
RESULTATDISKUSSION	16
REFERENSER.....	19
Bilaga 1 Transitionmodell	
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation	

INLEDNING

Det anses som ett realistiskt mål för vården att patienter med höftfraktur skall återfå den fysiska status de hade före traumat (1). Samhällets förväntningar på de äldres oberoende är stort. Höftfrakturen drabbar den äldre människan som en plötslig förändring i livet, en övergång från ett oberoende till ett plötsligt beroende. Det innebär att för en kortare eller längre period förlora sin rörelseförmåga och hamna i en ny och främmande situation. Tillståndet skapar därmed en ”Transition” (övergångsperiod) där patienten måste utveckla nya strategier för att klara det dagliga livet (2). Konsensus om operationsmetoder och aktivare rehabilitering efter en höftfraktur har lett till att vårdtiden på sjukhus nästan halverats sedan 1990-talet (3). Flertalet av dem som kommer från eget boende skrivs ut till detsamma efter tiden på sjukhuset. Väldigt få studier har utförts där man undersöker hur dessa patienter upplever sin situation i anslutning till utskrivning och hemgång.

Förekomst och behandling

I Sverige drabbas varje år ca 18000 personer av höftfraktur. Medelåldern är ca 83 år och $\frac{3}{4}$ av de drabbade, är kvinnor (1). För en definitiv diagnos krävs röntgenundersökning. Den viktigaste skiljelinjen är om frakturen går genom lårbenshalsen eller trochanterområdet. Operationsmetoderna för de olika frakturerna är olika. Bägge frakturerna går dock under samlingsnamnet höftfraktur. Alla patienter med höftfraktur erfordrar operation och därefter sjukhusvård med kortare eller längre rehabiliteringstid. År 1988 var den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus 19 dagar och 2003 hade de minskat till 10 dagar. Sjukhusvårdtid under 10 dagar gäller för många kliniker i Sverige men varierar mellan 4 och 17 dagar (1). Siffrorna anses mycket pålitliga då alla opererade frakturer registreras i RIKSHÖFT (4). I detta register registreras data om patienters behandlingar, funktionsutfall och rehabiliteringsresultat för alla patienter med höftfraktur. De följs upp fram till fyra månader efter operationen.

BAKGRUND

En patient som bor i sitt eget hem är oftast mer frisk och aktiv än patienter som bor på olika typer av äldreboende. Den mest utmärkande faktorn för att förutsäga rehabiliteringens resultat är patientens funktionella status innan frakturen. Därför menar Thorngren et al (1) att det ur rehabiliteringssynpunkt är viktigt att bedöma patienterna för att skapa ett individuellt vårdprogram. Varje patients egna resurser skall ligga till grund för att kunna ge den mest effektiva rehabiliteringen. Processer för att förändra och utveckla vården för patienter med höftfraktur har också startats på flera ställen i Sverige (5,6,7). Med tanke på den åldrande befolkningen och den därmed ökande mängden frakturer som blivit dess konsekvens är det angeläget att på alla sätt förbättra vården och rehabiliteringen (1). Det är numera vanligt att patienten direkt efter operationen får komma upp ur sängen och börja gångträna. Vården har förändrats mot en accelererad mobilisering och allt tidigare hemgång.

Vårdvetenskapliga utgångspunkter

Omvårdnadsforskningens uppgifter är att söka kunskap om människors behov av hjälp i samband med sjukdom, lidande och död. Hur kan hälsa och välbefinnande bevaras (8). Vårdvetenskapen är humanvetenskaplig, de ontologiska frågorna är VAD, om vårdandets innersta väsen (9). De grundläggande begreppen människa, hälsa, miljö och omvårdnad är vad omvårdnadsvetenskapen teoretiserar om. De är omvårdnadens ontologiska grundläggande basobjekt och beskriver omvårdnadsverkligheten genom att de identifieras och olika samband listas (10).

Eriksson (9) menar att vårdvetenskapen utgår ifrån att människan är en enhet kropp, själ och ande. Ytterst handlar vårdandet om hur vi ser på människan och patienten i en djupare mening (9). Människan betraktas som en fri individ med förmåga att göra val och ta ansvar. Den centrala frågan för att bedriva god vård blir människan och hennes möjligheter (11). Alla människor ses som likvärdiga med ett oändligt och okränkbart värde (12). Att få sitt värde bekräftat, att få känna sig uppskattad som människa och få uppleva helhet och hälsa tycks vara värden som människan kämpar med hela livet (13). Obekanta sammanhang kan utgöra ett hot mot den egna värdigheten. En inskränkt rörelseförmåga skapar en isolering som kan göra att det sociala livet begränsas. Okända människor träder in i ens liv, i vårdrummet och slutligen i det egna hemmet. Det kan uppenbara en sårbarhet som man oftast saknar beredskap att möta. Människan måste då ändra sin inställning till den uppkomna situationen även om hon inte kan påverka de yttre omständigheterna, påpekar Edlund (12).

Helhetssyn

Vårdens övergripande mål är att hjälpa patienten tillbaka till ett så gott liv som möjligt. Ett gott liv kan innebära en upplevelse av värde trots sjukdom och funktionsnedsättning (14). Helhetssynen innebär att människan ses i ett komplicerat samspel där det inte finns några enkla förklaringar till hennes agerande, menar Thorsén (15). Människan har en repertoar av möjligheter att svara på det inträffade traumat, därför blir de individuella reaktionerna så olika trots samma sjukdom (16). En helhetssyn på patienten innebär att redan från första dagen upprätta en rehabiliteringsplan som sträcker sig över hela vårdtiden. Patientens personliga förutsättningar innan frakturen har inverkan på rehabiliteringsförloppet och på planering inför hemskrivning samt tiden därefter (6).

I hälso- och sjukvårdslagen betonas att helhetssynen på människan skall prägla arbetet med patienter (15). Trots att helhetssyn ofta används som nyckelbegrepp både i lagar och styrdokument för sjukvården är dess betydelse ej entydigt definierat. Vad kan en helhetssyn på människan innebära (17)? Dahlberg (17) redovisar att helhetssyn i vården ofta beskrivs som om dess företeelse vore självskriven. Hon menar att helhetssyn uppfattas på kvalitativt olika sätt. Målet måste vara att vårdvetenskap och medicinsk vetenskap kompletterar varandra i vården runt människan (17). Eriksson (9) menar att för att kunna förstå helheten hos en människa måste vi ha kunskaper från en rad olika områden. Hon betonar förutom den medicinska kunskapen även humaniora, filosofi och teologi. Den vård som ska ges måste arbeta för att ge människan den vård som tillåter henne att vara en unik person och som tillåter ett bemötande som främjar detta (9).

Dahlberg (17) beskriver bl.a. att ...”*Om det inte är möjligt att få grepp om hela helheten är det istället det optimala perspektivet som blir intressant*”...(17 sid.43). Sjuksköterskan behöver inte veta allt om patienten för att ha en helhetssyn. Medvetet väljs ett perspektiv som är adekvat i rådande situation. Relationen mellan den som vårdar och patienten är det grundläggande (17). Det måste finnas en vilja att beakta den enskildes upplevelser. En vilja och förmåga att ta reda på relevanta fakta av betydelse för att kunna ge en god omvårdnad och en förmåga hos sjuksköterskan att göra patienten delaktig (18,19). Den vårdvetenskapliga kunskapen hos sjuksköterskan skall integreras med den livserfarenhet som han/hon har. Då utvecklas, menar Ekebergh (11) ett mönster av förståelse som gör det möjligt både att hantera och förstå kunskap. Den egna livserfarenheten och den vårdvetenskapliga kunskapen smälter samman och blir till en integrerad kunskap (11). Kunskapsupplevelsen och den nya förståelsen ger en slags känsla av hängivenhet, menar Eriksson (9). När sjuksköterskan tillägnar sig en ny vårdvetenskaplig identitet blir det ett nytt sätt att förhålla sig till sitt arbete (11,18).

Hälsa och sjukdom får konsekvenser för hela patienten. Fokus skall vara på den unika människan. Grundrelationen är förhållandet mellan vårdaren och patienten (14). Sjuksköterskan måste både kunna se och kunna lyssna och förstå att det aldrig finns två identiska vårdprocesser. Vårdrelationens form kan inte bestämmas i förhand (17).

Då kroppen vidrörs av sjukdom eller som i föreliggande studie av en fraktur vidrörs hela människan (20). Hos en patient med höftfraktur räcker det inte med att titta på frakturtyp eller operationsmetod för att förutsäga rehabiliteringspotentialen. Lika viktigt för patientens möjligheter att komma hem är frågor om bostad, vilken funktionell kapacitet har han/hon haft förut, den kognitiva förmågan, sociala nätverk, tidigare sjukdomar etc. (6). Andersson (19) menar att i vårdssituationen måste patienten få gehör för de problem som väntar när han/hon skall tillbaka till sin hemmiljö och hjälp med att lösa de problem som kan uppkomma (19). De flesta fall sker i hemmiljö och nu skall patienten efter kort tid återvända till sin bostad. Socialstyrelsen (21) påpekar att samverkan i samband med utskrivning måste förbättras. De menar att detta handlar både om att vårdplaneringen runt patienten måste hålla hög kvalitet men även uppföljning efter sjukhusvistelsen (21). Patientens transitionprocess är inte avslutad i och med att sjukhusvistelsen är över, det är då den verkliga utmaningen börjar. Människan skapar sin egen livshistoria genom att tolka och värdera de handlingar hon utför, menar Gustafsson (22). Vi måste försök möta människan där hon är men samtidigt vara medvetna om att vi troligen aldrig kan förstå någon annan till fullo (23).

Kunskapssyn

För att i forskningen kunna undersöka människan och hennes hälsa som en helhet måste man vidga den traditionella positivistiska vetenskapssynen. Den vårdvetenskapliga forskningen koncentrerar sig även på människans upplevelser och erfarenheter. Ett annat perspektiv än det kvantitativa kan väljas, påpekar Willman, Stoltz (23). Det handlar om att förstå det uttalade och att beskriva det som tidigare inte är nedskrivet eller dokumenterat (17).

Hur får man kunskap om en viss företeelse? Vår insikt och kunskap måste öka. Vårdandet måste kunna beskrivas, analyseras och förstås. En del av fenomenen i vården kan inte ses och ännu mindre förstås eller beskrivas inom ramen för den positivistiska vetenskapen. Känslor och upplevelser kan inte fångas med utgångspunkt av generella förklaringar (17). Dahlberg (17) menar att det inte finns någon annan helhetssyn eller lidande än den eller det vi erfar som

enskilda personer (17). Genom en intervju kan företeelser belysas och beskrivas. Intervjupersonen delar sin erfarenhet och ger sin berättelse och det är dessa upplevelser och uppfattningar som är det intressanta för forskaren (24). Vid undersökningar av upplevelser, mänskliga händelser och relationer människor emellan används kvalitativa forskningsmetoder. Dess syfte är att förklara och fördjupa uppfattningar och förståelser (26). Det humanistiska synsättet har företräde. Forskaren strävar efter att upptäcka mönster och kännetecken. Helheten studeras och ej variabler. Forskning som bygger på kvalitativa metoder kan komplettera och fördjupa kunskap som redovisas av randomiserade studier. Det ena är dock inte en förutsättning för det andra, menar Willman & Stoltz (23).

Gustavsson (22) menar att tillträdet till en människas upplevelse av sig själv och sin livssituation är nödvändig för att kunna bedriva en god omvårdnad som utgår från den unika personen (22). Vårdverkligheten består av komplexa fenomen som är mätbara och observerbara samt fenomen som är omätbara och icke observerbara. Det behövs en mångfald av metoder och förklaringsmodeller. Det är även nödvändigt att utveckla kunskaper utifrån olika perspektiv men att dessa sedan bör integreras på något sätt, anser Fagerström (25).

Begrepp och teori

Vårdvetenskapen har egna begrepp, begreppsmodeller och teorier vilka därmed utgör en definitionsgrund för en disciplin. De är produkter av vetenskapen och de förfinas och modifieras och kan ändras över tid. Hela omvårdnadsområdet är svårfångat, anser Willman (26). De första omvårdnadsteoretikerna hade för avsikt, menar Rooke (27) att skapa en struktur och en förståelse för det egna verksamhets- och kunskapsområdet. För att kunna beskriva och hantera den komplexa verklighet som sjuksköterskeprofessionen är har vårdvetenskapen strävat efter att bygga upp teorier och strukturer för att skapa ordning och göra tillvaron mer begriplig (27). Teorin får inte bli en ram som patienten måste passa in i, den skall däremot öppna nya möjligheter att förstå honom/henne. De skall fördjupa förståelsen, ge nycklar och möjliggöra att se vårdverkligheten på ett nytt sätt (28). Eftersom teorierna är en produkt av vetenskapen måste teorin modifieras när vetenskapen utvecklas (8). Teorins uppgift blir att förklara, beskriva och att förutsäga specifika och konkreta fenomen, det kan synliggöra ett speciellt fokus. Realiserbarhet är inte alltid möjligt, de blir på något sätt förenklingar av tillvaron (22). Transition som är den teoretiska utgångspunkten i föreliggande studie räknas till "middle range theories" De omspanner ett snävare fält av omvårdnadsområdet (29).

Transition

Schumacher, Meleis (2) vill göra gällande att transition är ett centralt begrepp inom omvårdnad. Begreppet tangerar många av sjuksköterskans områden (2). Meleis gör ett tillägg till konsensusbegreppen människa, miljö, hälsa och omvårdnadshandlingar. Process, riktning och förändringar är fundamentala delar av livet (29). Transitionsbegreppet kan översättas med övergång eller övergångsperiod.

Det finns en mångfald i begreppet transition. Det är en process som sträcker sig över tid. Det är en djupgående process som påverkar hela människan, ingen ytlig förändring (29,30).

Det finns tre områden relevanta för sjuksköterskan att känna till

Exempel

Developmental

Bli förälder, menopausen, pensionering.

Situational

Ändrade familjesituationer, bli änka, flytta från hemmet till ett äldreboende

Health/ illnes

Hälsa och sjukdomar av olika slag (29). Att drabbas av en höftfraktur, opereras och sedan rehabiliteras kan räknas som en sådan transition.

Transitionperioderna kan vara enstaka, vara sammansatta eller gå in i varandra (29,30). Flera typer av transition kan pågå samtidigt. Varje transitionprocess karaktäriseras av sin egen unika och komplexa dimension (30). Schumacher et al (29) hänvisar till en definition av transition som en period av:

Avslutande då det finns en frigörelse eller adjötagande till vanor som man haft förut. Sedan kommer en mellanperiod. Det "gamla" avslutas och nya vanor och skickligheter övas upp. En period som är arbetsam men nödvändig. Denna period måste gås igenom för att det skall bli en ny öppning för nya möjligheter. Slutet är en ny början och den definieras som en ny mening och en viss kontroll över livet igen. Transitionperioden består av dessa tre delar men den sker inte alltid linjärt (29).

År 1999 gjorde Schumacher et al (29) en modell för just äldre människors transition som de kallar transition och hälsa. Senare del av livet är en tid av flera transitions eller övergångar.. Många utav perioderna innebär att förlora något och är oönskade medan en del kan vara positiva och välkomnande (29). Modellen beskrivs kortfattat nedan:

Hos den äldre människan kan transition betyda att förlora något och att hamna i en ny, främmande situation. Den äldre måste finna nya vägar, utveckla nya strategier för att klara det dagliga livet och relationer påverkas. Sjuksköterskans möte med patienten sker ofta vid olika transitionperioder av instabilitet och förändringar i hälsan (29). I transitionprocessen finns två riktningar. I den hälsobefrämjande riktningen förs människan framåt mot hälsa och tvärtom i den icke hälsobefrämjande. Det är hela tiden en dynamisk process mellan den hälsobefrämjande och ickehälsobefrämjande processen och det finns flera kännetecken på hur processen fortskrider (29).

Schumacher et al (29) beskriver sju hälsobefrämjande processer och dess motsats, sju icke hälsobefrämjande. Dessa beskrivs nedan och de hälsobefrämjande processerna används sedan i föreliggande studies diskussion. Se bilaga 1 för hela modellen.

Redifining meanings

Upplevelsen utgår från varje enskild patients upplevelse och den personens erfarenhet. Att skapa en slags omprövad och återdefinierad mening med livet igen. Ibland måste nya innebörder i livet upptäckas. Denna process är komplicerad. I en icke hälsobefrämjande transition finns det ett motstånd mot att återdefiniera livet igen. Den äldre tänker inte över och

omprövar inte ”meningen med transition” och är benägen att tillgripa gamla definitioner på den nya situationen (29).

Modifying expectations

Förväntningar är subjektiva fenomen som påverkar erfarenhet av transition. Tidigare förväntningar som patienten haft är modifierade och anpassade med de förväntningar som är realistiska i den nya situationen. Upplevelsen av sjukdom har att göra med vilken betydelse eller mening händelsen har för patienten och vilka möjligheter individen har att hantera det som inträffat. I den icke hälsobefrämjande transition finns orealistiska förväntningar vilket kan innebära att de räknar med en framtid som förmodligen inte kommer att inträffa (29).

Restructuring of life routines

Rutiner anpassas till den nya situationen som gör att livet blir hanterbart. Vid den icke hälsobefrämjande håller den äldre fast vid rutiner som inte fungerar i den nya situationen eller så leder den till inga rutiner över huvudtaget. Det dagliga livet blir oförutsägbart, oordnat eller tomt (29).

Developing new knowledge and skills

Ny kunskap och nya sätt att hantera vardagen behöver utvecklas vid varje transition som anpassas till den nya situationen. I den icke hälsobefrämjande är den äldre inte benägen att utveckla nya sätt att hantera tillvaron utan klänger sig fast vid gamla vanor och resultatet kan bli inga fungerande rutiner/vanor alls och ett gap mellan krav i situationen och möjliga sätt att hantera dem (29).

Maintaining continuity

Det är viktigt att patienten kan behålla goda relationer till sin omgivning för att behålla kontinuiteten. Han/hon skall kunna integrera transitionprocessen i sitt liv. I den icke hälsobefrämjande sker det hela tiden avbrott och störningar som inte behöver hända. Transitionprocessen blir mer genomträngande än den skulle behöva bli och den äldre får utstå förluster som skulle kunna förhindras (29).

Creating new choice

Transition är hos den äldre människan ofta sammankopplat med förluster. Trots det som hänt vid en ex höftfraktur kan det under rehabiliteringen uppstå nya möjligheter. Den äldre människan är med och skapar sin transitionprocess. I den icke hälsobefrämjande begränsas möjligheterna innan de ens är påtalade och val som kunde ha gjorts går passivt helt förbi den äldre (29).

Finding opportunities for growth

Patienten skall finna en ny nivå av självmedvetenhet, nya dimensioner av identitet. I den icke hälsobefrämjande processen är utvecklande processer helt avstannade eller motarbetade (29).

I modellen finns även ”process indicators”. Schumacher et al menar att flera av dessa indikatorer kan mätas och här kan sjuksköterskan se hur transitionprocessen framskrider. De

kan även användas i utvärdering av processen. Även dessa kan vara hälsobefrämjande eller icke hälsobefrämjande.

För att hjälpa patienten framåt får sjuksköterskan genom modellen stöd genom att visa på flera omvårdnadsåtgärder och bedömningar som han/ hon kan använda. I transitionbegreppet ingår att sjuksköterskans arbete måste utgå från en helhetssyn och bygga på kontinuitet, påpekar Schumacher et al (29). Sjuksköterskan kan ha stor nytta av denna modell både i den direkta vården men den kan också användas inom forskningen (29).

Andra tolkningar på hälsa och hälsobegreppet är gjort. Bl.a. Willman (31) som beskriver hälsa är att leva trots sjukdom, att leva sina värderingar. Hälsa är något annat än frihet från sjukdom. Eriksson (32) beskriver också hälsan både teoretiskt och praktiskt.

Tidigare forskning

Sökning av artiklar inom kunskapsområdet utgick från sökorden hip fracture, experience, discharge, transition: följande urval av artiklar gjordes. Sökningen gjordes upprepade gånger både enskilt och med hjälp från bibliotekspersonal.

Tabell1 Sökord och antalet vetenskapliga artiklar som framkommit vid litteratursökning.

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar
CINHAL	Hip fracture, transition	13	Robinson (16)
CINAHL	Hip fracture, rehabilitation, experience	17	Archibald (35) Hair (43)
CINAHL	Transition hip fracture, discharge	8	Slauenwhite (33)
PuBMed	Robinson releated artikel	155	Salkeld (34)
CINAHL	Experience, discharge,(limit 65+)	143	Rittman M (37)

De artiklar som utesluts i de tre första sökningarna har handlat om anhörigas delaktighet, kliniska vårdvägar med tidig utskrivning och fysisk återhämtning, strategier i vårdplanering.. I flera artiklar hänvisas till artiklarna av Slauenwhite (33) och Robinson (16) där just transition och upplevelse berörs. Då Robinsons artikel är en artikel som passar till denna studies syfte användes den för att leta efter ”releated articles” där en artikel (34) utöver de övriga hittades. Så gjordes även med Archibald (35) utan att fler artiklar kunde finnas. Referens taget från (29) beskriver transitionprocessen i ett forskningssammanhang, Bull(36).

Då enbart sex artiklar hittades som passade syftet gjordes en utökning av sökandet för att hitta andra patientkategorier eller områden som tangerar upplevelsen av att komma hem. Artiklar om vårdplaneringar, fysisk rehabilitering exkluderades. Artikel skriven av Rittman (37) hittades.

Från Olsson (6) hittades Hagsten (38,39) samt Olsson (40). Från Olsson (40) referenslista hittades Larsson Lund, Tamm (41). Sökt på författarnamn Larsson Lund hittades Larsson Lund, Tamm, Bränholm (42).

Robinson (16) menar att för att bäst kunna förstå den som fått en fraktur måste man se det ur dennes perspektiv. Hon beskriver både hälsobefrämjande och icke hälsobefrämjande transitioner och vilka faktorer som ökade respektive minskade dessa. Fokus ligger på vad som kännetecknar de kvinnor som lyckas uppnå samma funktionella status som innan frakturen. De använde olika metoder för att kompensera sina begränsningar. Bland annat sågs åldern som en positiv aspekt och förklarades med att de äldre kvinnorna sedan tidigare var vana vid motgångar som mött dem under ett långt liv. De hade lärt sig av livet hur de skulle hantera svårigheter. Tillgångar för att klara av sin situation i hemmet tillskrevs även en tro på en högra makt samt att använda humor.

Archibald (35) ville fånga upplevelsen av att få en höftfraktur och erfarenheter från insjuknandet och återhämtandet. Informanterna var då inte i egen bostad utan på ett slags korttidsboende. Studien beskriver patienternas upplevelse utifrån olyckstillfället och smärtupplevelsen. Även hon kommer in på problemen att behöva kämpa för ett oberoende och att kroppen inte fungerar som förut. Det sistnämnda innebar att bli bunden till sitt hem och därmed beroende av andra. Hinder för en lyckad transition kunde vara trötthet och smärta. (35) Detta såg även Hair (43). Archibald (35) fortsätter med att de kände sig begränsade och upplevde att de var förhindrade att kunna delta i hushållsarbetet. Andra hinder för en lyckad transition kunde vara att behöva använda hjälpmedel och att förlora färdigheter av olika slag (35). Strokepatienters upplevelse av hemkomsten (37) präglades av att hitta nya rutiner för att kompensera de begränsningar de hade. Aktiviteter tog längre tid och det fanns även färre aktiviteter att fylla sin vardag med. Det kunde vara hobbies och förströelser av olika slag (37).

Slauenwhite (33) har intervjuat både patienter drabbade av höftfraktur och närstående efter tidig utskrivning. Patienterna anpassade sig förvånansvärt bra i sitt egna hem när de fick möjlighet att själva bestämma hur de skulle lösa problemen (33). Larsson Lund, Tamm (41) visar på patienter som rehabiliteras på sjukhuset för olika sjukdomar och sedan fortsätter sin rehabilitering i hemmet. De beskriver tre kedjor som patienten går igenom den medicinska, den psykologiska och den sociala. I den psykologiska kedjan försöker patienter finna vägar att ta del av det dagliga livets aktiviteter och det blir en tid av kämpande mot att vara beroende, och inte ha samma identitet som innan. De måste återerövra sin hälsa och acceptera ett förändrat liv (41).

Hair (43) drar slutsatsen att återfå sitt oberoende var drivkraften för en lyckad rehabilitering. Även Salkeld (34) bekräftar detta genom att visa att det största hotet mot kvinnor drabbade av höftfraktur var just att mista sitt oberoende. Höftfrakturen representerade ett höggradigt hot mot hälsan relaterat till deras livskvalitet (34). Hagsten (38) menar att många äldre personer har en uppfattning om att höftfrakturen är slutet på ett aktivt liv och det största hotet vid tanken på en fraktur var risken att förlora sin värdighet och självständighet (38). Visionen av att kunna återvända till sitt tidigare oberoende liv gjorde att patienterna tog ett ansvar för sitt tillfrisknande (43).

Hagsten (38) visade att när arbetsterapeuterna gjorde ett hembesök som ingick i forskningsprojektet hem till patienter drabbade av höftfraktur, visade det sig vara ett utmärkt tillfälle för patientundervisning och prevention för att undvika fall. En del av patienterna hade

även behov av medicinsk behandling exempelvis smärtbehandling. Utan denna ”uppföljning” hade patienterna trott att detta tillhörde det normala vid en höftfraktur (38).

När författaren 8 år senare följde upp patienterna kunde 28 av 100 följas upp (39). Majoriteten bedömdes vara helt självständiga i att utföra sina dagliga aktiviteter. De personer som behövde hjälp hade andra sjukdomar. Författaren förespråkar både ett rehabiliteringsteam knutet till avdelningen och hemskrivning samt att det bör finnas någon slags koordinator som patienten skulle kunna kontakta vid behov efter hemgång (39).

Både Olsson (40) och Larsson Lund et al (42) fann att när patienterna var på sjukhuset kunde de se tre olika grupper av patienter och hur de såg på sin rehabilitering där de var mer eller mindre aktiva och engagerade. Den grupp patienter som var mest delaktig och medveten kallades hos Larsson et al (42) för ”deltagarna”. De hade självförtroende och lyssnade på personalen men kunde ta egna beslut. De deltog i sin egen planering och kände sig välinformerade. Dessa motsvarar av de autonoma hos Olsson (40). Även de vara villiga att lyssna till personalen men tog sina egna beslut. De var medvetna om behovet av information, att få stöd av personalen och medvetna om sitt eget ansvar. Patienterna i alla tre grupperna såg dock ett hot om att bli beroende och få en försämrad gång förmåga. Trots det hade alla en mycket stark livslust (40).

Bull (36) ger ett exempel på hur transition kan användas i forskningssammanhang. Här beskrivs transition från sjukhuset till hemmet som bl.a. karaktäriserades av oro. Tiden var även en betydelsefull faktor. Patienterna hade inte drabbats av en höftfraktur utan studien genomfördes med patienter med olika diagnoser. I intervjuer framkom att patienterna oroades över att behöva lära sig nya sätt att hantera verkligheten. De skulle behöva öva upp nya färdigheter, de skulle inte på samma sätt kunna återuppta sina aktiviteter i det dagliga livet. Två månader efter den första intervjun återkom man till samma patienter och då visade de upp en etablering av nya rutiner och ett slags bemästrande av sin situation (36). Här ville forskaren träffa sina informanter vid två tillfällen för att kunna se hela transitionprocessen (29,36).

Det finns mycket få artiklar skrivna som har fokus på patientens upplevelse av att komma hem efter en höftfraktur och tiden efter hemgången. För att komplettera de studier som är gjorda där vi kan mäta patienters behandlingar och funktionsutfall behövs även studier i syfte att beskriva dessa patienters upplevelser.

SYFTE

Att undersöka patienters transition och upplevelse av att komma tillbaka till sitt hem och sin vardag efter att ha opererats för en höftfraktur.

Forskningsetiska överväganden

Första offentliga forskningsetiska koden i modern tid kom 1947 efter Nürnbergrättegången. Då avslöjades forskares övergrepp mot koncentrationslägrens fångar. Delar av rättegången tog upp just dessa experiment gjort av tyska forskare. I slutet av denna rättegång sattes det upp ett antal forskningsetiska principer som kallades Nürnbergkoden (44). Redan där stod det skrivet att riskerna för försökspersoner skall minimeras och att varje deltagare när som helst har rätt att avbryta sin medverkan. Helsingforsdeklarationerna (1994, 2004) utgör fortfarande ett grundläggande dokument för hur medicinsk forskning skall bedrivas (45). Forskning

definieras som en ... ” *kreativ och systematisk process som har till syfte att skapa ny kunskap om bl.a. människor... forskning innebär ett brett spektrum av forskningsmetoder*”... (46 sid.10)) Respekten för människovärdet är fastlagt i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. De etiska problem som uppstår för sjuksköterskor skiljer sig inte mot forskning i andra discipliner som berör människor (46). Samhället skall kunna lita på att forskaren verkligen försökt göra sitt bästa när han/hon framför sina forskningsresultat. Forskaren skall vara fri från yttre påverkan och måste klargöra om han/hon har några bindningar till eventuella intressenter. Utgångspunkterna för studien måste klargöras tydligt och eventuellt motiveras. Resultatet skall spridas så att det kommer samhället till godo (47).

Principen för autonomi: Människans självbestämmanderätt eller autonomi innebär bl.a. att inget tvång får riktas eller användas mot individen. Forskningen bygger på individens informerade och fulla samtycke. Frivillighet, information och samtycke samt rätten att kunna dra sig ur ett forskningsprojekt gör att principen om självbestämmanderätt säkerställs. Drar sig individen ur skall detta inte ge några negativa konsekvenser för densamme eller hans/hennes fortsatta kontakt med hälso-och sjukvård. Tystnadsplikt skall råda och deltagarnas identitet skall inte kunna röjas när resultatet redovisas (48).

Principen om att göra gott: Den forskning som bedrivs skall vara till nytta för den omvårdnad som skall bedrivas. Deltagaren skall kunna få ta del av resultatet. Forskningen skall innebära ny kunskap för att exempelvis kunna återställa hälsa eller lindra lidande (48).

Principen om att inte skada: Forskaren har en plikt att informera deltagarna om möjliga skadeverkningar och ge råd och stöd om hur dessa kan motverkas. Ett forskningsprojekt måste också kunna avbrytas om det på något sätt visar sig nödvändigt (48). Skada kan vara fysisk eller ickefysisk skada. Känslig information kan komma i fel händer. Därför måste det finnas säkerhetsrutiner kring all informationshantering för att utesluta detta (44).

Principen om rättvisa: Alla individer skall behandlas lika och svaga grupper får inte utnyttjas (48). Informanter i föreliggande studie kan ses som en utsatt grupp. De är mycket noga att vara tillslags och därför en grupp som inte får utnyttjas.

Nytto/riskanalys för föreliggande studie

Nyttan av denna typ av studie av upplevelsen av att komma hem efter en höftfraktur motiveras med att inte mycket forskning är gjord med denna frågeställning trots den stora mängd patienter med dessa frakturer. Litteratursökning är gjord för att kunna motivera behovet av en studie som denna. I föreliggande studie får informanterna läsa igenom en forskningspersoninformation som är tydlig och lättläst och ge sitt samtycke både muntligt och skriftligt (Bil 2). I forskningspersoninformation ges även möjlighet att om intervjun eventuellt ger upphov till problematiska känslor kan de ansvariga för studien kontaktas. I denna information ges också löfte om att frånvaro av namn skall råda och att det som skrivs inte skall kunna kopplas till person. De kan även när de vill avbryta sitt deltagande. Informanterna skall vid framtida publicering kunna ta del av denna.

Etikprövning för fortsatta studier.

Arbetet är tänkt att publiceras i vetenskaplig tidskrift. Forskningsplanen måste därför godkännas av den regionala forskningsetiska kommittén. En ändring i lagen 2008 gör gällande att teoretiskt arbete för att inhämta kunskap definieras som forskning. Metoder som innebär risk att skada ska etikprövas vilket kan gälla exempelvis enkäter och intervjuer (45).

METOD

Den kvalitativa forskningen producerar kunskap som genom att förändra vårdarens tänkande därmed förändrar sättet att förhålla sig till verkligheten. På så sätt kan vården förändras och utvecklingsmöjligheter skapas (28). Hur man lättast kan ta del av äldre människors uppfattningar av sin rehabilitering och hur de klarat sin vardag görs lättast genom att ta del av deras uppfattningar utifrån det perspektiv som de själva har (16).

Innehållsanalys valts som metod för att analysera intervjuerna. Enligt Bryder (49)) lär man sig metoden bäst genom att själv tillämpa den, exempelvis genom att göra pilotundersökningar. Då kan man göra det i liten skala innan man ger sig i kast med större arbeten. Innehållsanalysen, menar han, är en metod som kompletterar resultat som man kan erhålla med hjälp av enkäter och intervjuer (49). Innehållsanalys är ett bearbetande av ett budskap, en intervju enligt fastställda metoder. Från början menade man att det var en metod enbart för kvantitativa studier (50). Grunden för analysen är att om utgångspunkten är en intervju så skall det ... *"bringa ordning i kaos"*... (49 sid.62). Uttryck och påståenden som uttrycker samma aspekt reduceras och får ett gemensamt namn och bildar därvid en kategori (50). En intervju anses stor nog att greppa (ta hänsyn till) helheten och tillräckligt liten för att kunna hålla ihop innehållet (51). Innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (51) har valts.

Urval

Inneliggande patienter 65+ som har vårdats för en höftfraktur på en geriatrisk vårdavdelning. De skall komma från eget boende och vara på väg ut till sitt hem, vara psykiskt klara och villiga att delta i studien Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor på vårdavdelningen ombeds att välja ut patienter enligt ovanstående kriterier. De tillfrågas på avdelningen, tid för intervju görs upp antingen på vårdavdelningen direkt eller efter telefonsamtal några dagar efter hemgång .

Pilotstudiens urval har gjorts på ovanstående sätt.

Datainsamling

Intervjun görs ca 2 veckor efter hemkomst ca 20 kan intervjuas med öppna frågor där fokus handlar om upplevelsen att komma hem samt hur de klarar av sin vardag Ursprungsmaterialet kommer att förvaras så att ingen obehörig kan ta del av det. Intervjuerna skall spelas in digitalt med MP3 spelare i de utskrivna patienternas hem. Tidsåtgång för varje intervju beräknas bli ca 45-60 minuter. Alla identifierbara uppgifter kommer att tas bort från den text som senare skrivs ut ordagrant. De sparade ljudfilerna kommer att förvaras i en personlig mapp i en server på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. I samtyckeskravet ingår att informanten frivilligt medverkat i studien. Informanterna skriver också under ett så kallat skriftligt samtycke att delta i studien

Analys

Graneheim & Lundman (51) beskriver att texten läses igenom flera gånger med ett öppet sinne för att få en känsla för helheten. Intentionerna är att fånga just helheten. Syftet är att få fram både det manifesta och latent i innehållet. Både manifest och latent innehåll innefattas av tolkningar även om latent tolkning är på en djupare och mer abstrakt nivå. Meningar och fraser som anses relevanta för frågeställningarna väljs därefter ur texten och blir till

meningsbärande enheter. Det kan vara ord, meningar eller mindre stycken. Dessa skall, menar författarna ha relation till varandra genom textens innehåll och dess sammanhang. Dessa enheter kondenseras, kortas ned, med bibehållet innehåll trots nedkortad text. Andra författare har andra begrepp, men Graneheim & Lundman (51) menar att kondensation innebär att förkorta utan att ta bort kärnan i ursprungstexten. Därefter skapas koder som grupperas i subkategorier/kategorier. Koderna måste också kunna förstås i relation till det sammanhang de avser. De kan bli tilldelade separata händelser. Koderna blir en slags redskap att kunna tänka runt och gruppera tillsammans med subkategorier (51).

Koderna framkommer ur texten. Kategorier är en grupp koder vars innehåll är gemensamt. En kategori är en beskrivande nivå av innehållet i texten och kan sålunda ses som ett uttryck av det framträdande innehållet, menar Graneheim & Lundman (51).

Kategorierna måste vara fullständigt och ömsesidigt exklusiva. Här ställs de i relation till syftet. Inga data som relaterar till syftet kan uteslutas samt att inga data ska kunna hamna eller passa in under samma kategori. Subkategorierna kan göras tydliga genom att de kodade kondenserade meningsbärande enheter väljs ut för att illustrera dem. De olika kategorierna kan delas upp i subkategorier eller så framträder subkategorierna först och kan därefter delas in i kategorier. En kategori svarar på frågan Vad? Detta räknas till det manifesta innehållet (Tabell 1) En högre abstraktionsnivå för hela processen kallas tema En tråd skall gå till innehållet i de kondenserade meningsbärande enheterna (51).

Temat står för det latent innehåll i en text (Tabell 2). Då försöker forskaren tolka det underliggande, dolda budskapet. Subtema blir då trådar som utgår från den kondenserade texten. Här behöver man, menar författarna vara fler i en process av både reflektion och diskussion för att komma överens. Reflektionen över subtema ger fenomen som kan tjäna som överskrifter för att ena, slå samman subtema till tema. Här är det viktigt att också ha en dialog (51)

Tabell 1

Tema
Kategori
Subkategori
Koder

Tabell 2

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Tolkning av underliggande betydelse	Subtema	Tema
----------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------	------

Författarna menar att analys av en text inte följer en linje utan man går fram och tillbaka i texten under hela arbetet (51). Carlsson (50), påpekar att datainsamlingen och analysen blir en dynamisk process där forskaren hela tiden reflekterar över både det material som är insamlat samt det som skall samlas in. Graneheim & Lundman (51) fortsätter att genom att ta med representativa citat från den kodade texten så kan författaren visa hur tankegångarna och analysen har sett ut. Författaren kan också söka dela sina uppfattningar och gå igenom sitt analysförfarande med andra forskare. Han/hon kan även gå tillbaka till deltagarna för att få godkännande (50). I pilotstudien har två patienter intervjuats.

RESULTAT

Informanterna beskrev olika aspekter av hur de upplevt att komma hem. Dessa aspekter är redovisade i form av tre kategorier och fem subkategorier i enlighet med tabell 3. Kvinnorna var mitt uppe i sin transitionprocess och pendlandet mellan den hälsobefrämjande och icke hälsobefrämjande processen

Tabell 3 Exempel på kod, subkategori, kategori och tema

Tema :					
Hopp om återerövrat oberoende					
Kategori	Konsekvenser		Reorientering		Tänkta mål
Subkategori	Nedsättning av funktion och hälsa.	Styrka	Strategier	Humor	Se framåt
kod	Sjukdomsupplevelse	Envishet			Hopp om framtiden
	Vara beroende av hjälp	Träna själv	Ändra i hemmet.	Skoja o skratta	Strävan mot oberoende.
	Tappat geisten	En mening med allt.	Skapa nya rutiner.		Återberättande av sjukhusvistelsen
	Tappat aptiten	Närståendestöd och uppmuntran			
	Allt tar tid.				

Konsekvenser

Nedsättning av funktion och hälsa

Upplevelsen av att komma hem upplevdes omskakande för bägge kvinnorna En av dem blev sjuk i omedelbar anslutning till hemgången i en pneumoni. En fick inte hjälp uppför trapporna av hemtjänsten som utlovat var utan blev tvungen att på egen hand ta sig upp till lägenheten.

Jag var så dålig förstår du när jag kom hem på måndagen ...skrev ut medicin, starkt verkande penicillin både för att jag kunde inte hålla urin på natten både för lungorna.

Det skulle stå en från hemtjänsten och vänta utanför (ytterdörren på hyreshuset) men där stod ingen ...så jag fick gå upp själv då

Den dåliga starten för gjorde att en av kvinnorna tappade både aptit och ork Hon blev lite apatisk och klädde inte på sig utan satt i sin stol vid TV: n där hon även åt sin mat Hon beskriver även att hon inte orkar läsa: ... *jag gör ju ingenting och så mycket som jag har läst..jag har nästan inte läst en rad, jag löser inte korsord och gör ingenting.*

Reorientering

Styrka

Trots att det både hade det mödosamt fysiskt och att allt tog tid, hade bägge kvinnorna en styrka att försöka komma igen. Bägge kunde gå självständigt med gånghjälpmedel och tränade efter egen förmåga utan hjälp utifrån. De hittade egna sätt att träna. En av dem hade olika strategier för att koka kaffe och t.o.m. städa hjälpligt.

En av kvinnorna levde tillsammans med en make som var närminnesglömsk. Det gjorde att hon tog på sig allt ansvar för planering och med hjälp av sin dotter lade hon upp strategier för att klara hushållsarbetet med så lite hjälp som möjligt. Maken kunde göra enklare saker med guidning av hustrun. Döttrar hjälpte till:

Men så sa hon (dottern) men på söndag slipper du inte undan för då skall vi ut, men jag tror jag slipper undan för då blir det ösregn, sa jag (skratt)

Strategier

Genom att skapa nya rutiner försökte de att få till stånd ett fungerande vardagsliv. De var påhittiga och hittade själva lösningar på olika problem

Då tar jag rullatorn och den har jag skaffat ett rejält lås till och så får jag väl binda fast kryckan då när jag tar rullator (för att gå ut) Samma kvinna har också strategi för hur hon nu skall klara av att handla... sen kan jag ju ta rullatorn och T. (maken) ta det i en kasse och bära upp.

Jag har ju två kryckor jag kan ställa en på olika ställen.

Man når långt med den... (griptången)

Humor

De visade prov på att ha både styrka och humor. De berättade dråpliga historier och båda skrattade mycket,.

Jag skojar alltid och sa (på sjukhuset) jag får bli frisk för nu kommer ju snart det här loppet här i Göteborg ..

Humöret ja, jag tycker det ... är rätt pigg ... skojar och skrattar det är bra, det är det fast det...

Tänkta mål

Se framåt

Det var två kvinnor med en förhoppning om att det skulle bli bra i framtiden. De såg det som en självklarhet att kunna lämna tillbaka en del av sina hjälpmedel i en framtid. De hade hopp om att återerövra ett oberoende.

Bägge återberättade utförligt om hur det hade gått till när de fick sin höftfraktur med åtföljande ambulansfärd. Förmodligen ligger detta så nära i tid och att det upptog en stor del av kvinnornas tankar. De var noga att betona att de inte ville vara med om detta igen.

*Det tar ju på en i alla fall så att det ja, ja det skall väl ordna sig.
Ja det gör jag (ser positivt på framtiden) det gör jag så jag tycker det skall gå bra ser du.*

För att nå fram till det latenta innehållet temat i intervjuerna gjordes en tolkning av underliggande meningar i en ny tabell

Tabell 4 Exempel på kondensering av meningsbärande enheter, tolkning, subtema och tema.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Tolkning av underliggande betydelse	Subtema	Tema
om T kunde gå med mig så kunde vi gå till Torget	Med makens stöd kan det gå	Strategisk planering Hantera de resurser som finns	Bemästra vardagen Frihet	Att komma tillbaka
Jag försöker klara det mesta själv	Vill inte vara beroende	Stark integritet	Hopp om återerövrat oberoende.	
Jag skulle inte vilja gå in i duschen utan att det är någon där	Osäker på sig själv	Rädsla för att drabbas igen	Visa försiktighet	
Min dotter grälade för att jag inte klädde på mig	Tar inte egna initiativ	Behöver stöd för att klara av det	Kunna ta emot hjälp	

Genom den latenta kodningen framträdde hopp om att komma tillbaka för bägge kvinnorna trots deras olika situationer. Ingen av dem gav under intervjuerna tvivel om att de skulle klara detta. Att komma tillbaka för dem betydde bl.a. att självständigt kunna sköta sina hushållsbestyr. För bägge betydde närståendes stöd mycket.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att fånga både det manifesta och det latenta innehållet kommer båda typer av analysen att användas om materialet så tillåter. Graneheim & Lundman (51) framhåller dock att en stor del av analysarbetet blir en tolkning men på olika djup. Temat utgör sedan rubriken för analyserna.

Trovärdighet menar Graneheim & Lundman (51) är beroende av studiens fokus, hur data har samlats in, vilka som varit deltagare i studien samt hur författaren har närmat sig och förhållit sig till den insamlade data. De menar att valet av deltagare med skilda erfarenheter ger ett rikare urval. Vid val av 20 höftfrakturpatienter blir det människor med olika bakgrund, boende i olika områden och de bildar därmed ingen homogen grupp. Graneheim & Lundman (51) menar även att trovärdighet beror på hur författaren lyckats hitta de mest passande eller

träffande meningsbärande enheterna. Hur väl täcker kategorier och tema de data som framkommit? Ett sätt att visa hur analysen går till är att visa exempel på kodning.

Beroende: Författarna menar att intervjuer är en process som innebär att ju fler som intervjuas, ju större erfarenhet och insikt får författaren. Detta kan påverka intervjun och de följdfrågor som ställs. Här måste författaren ha en dialog med sitt forskar team/handledare.

Överförbarhet: Kan studien göras om i ett annat sammanhang, med en annan patientgrupp? Författaren till studien måste nogt upplysa om hur deltagarna valts ut, i vilket sammanhang de finns, hur data har insamlats och hur analysprocessen har gått till. Graneheim & Lundman (51) förespråkar också ett rikt urval i presentationen av sin analys.

Testintervjuer

De meningsbärande enheterna i den manifesta kodningen utgick från syftet, hur de klarar av sin vardag. Risken fanns att i början vilja ha med allt som hade sagts i intervjun. Syftet måste hela tiden vara i fokus och det är en läroprocess. De meningsbärande enheterna kortas sedan ner (kondenseras) utan att innehållet går förlorat. Därefter följer en kodning. Detta var den svåraste delen och texten fick läsas igenom igen och koderna ändrades flera gånger. Graneheim & Lundman (51) påpekar ju också att man får gå fram och tillbaka i analysförfarandet.

Arbetet fortskred genom att diskutera med handledaren, läsa andra arbeten gjorda med samma metod. Det är svårt att lära sig hur en innehållsanalys skall genomföras enbart genom att läsa en text. Genom att koda samtidigt som man läser så ger det en helt annan insikt i analysarbetet. I den latent analysen följde hela tiden reflektion och diskussion med handledaren för att kunna tolka och till slut få enhet runt temat. Denna process var betydligt svårare då tolkning av underliggande betydelse är svår att få så precis så tolkningen känns trovärdig. I text måste varje ord vara överlagt och bedömt som det rätta. I det latent budskapets tolkning brukar inte författaren vara ensam med sin tolkning (51).

Är detta rätt metod för en studie som denna? Resultatet visar på detta. Därmed inte sagt att även andra kvalitativa metoder kan användas. Testintervjuerna är ett sätt att prova.

Resultatdiskussion

Syftet med detta arbete var att undersöka patienters transition och upplevelsen av att komma tillbaka till hemmet efter en höftfraktur. Höftfrakturer uppfattas som ett högggradigt hot mot hälsan (38) och den korta vårdtiden gör att dessa patienter kommer hem efter ca 10 dagars rehabilitering (1). En fraktur gör att det sociala livet begränsas (12). Det får konsekvenser för hela livet (14). Genom intervjuerna och analysen delade dessa kvinnor berättelserna om hur det var att komma hem och hur deras liv för tillfället var begränsat. Hinder för en lyckad transition kunde vara trötthet och smärta och att förlora färdigheter av olika slag (35). Detta kunde ses hos kvinnorna som hade mycket att kämpa emot. De upplevde att allt gick långsamt, en av dem orkade inte läsa längre och göra sådant som hon gjort förut. Då kroppen vidrörs av sjukdom vidrörs hela människan menar Sivonen, Kasén (20) och det stämde väl på den ena kvinnan. Det sociala livet begränsas (12) och det syntes också då i ingen av dem hade varit ute än. Den ena kvinnan skulle ut för första gången samma dag som intervjun inföll. De kunde inte på samma sätt handla och utföra vardagssysslor.

Edlund (12) skriver att människan måste ändra sin inställning till den uppkomna situationen även om hon inte kan påverka yttre omständigheter (12). Larsson Lund Tamm (41) visar också att patienten försöker finna vägar att ta del av livet igen (41). Resultatet i överensstämmer med detta visar på detta att bägge kvinnorna kunde ändra sin inställning till rådande situation. De hade både styrka och strategier att finna nya vägar. De var påhittiga och tränade själva med de hjälpmedel de hade. Resultatets kategorier och koder se framåt, hopp om framtiden och strävan mot ett oberoende visar på detta.

Nedan är exempel på subkategorier och subtema från både den manifest och latent tabellen insatta i ett försök att visa på transitionprocesserna som för individen mot hälsa.

Redefining meanings

Visa försiktighet

Developing new knowledge and skills:

Hitta egna sätt att träna

Bemästra vardagen

Strategier

Restructing of life routines

Ändra i hemmet

Maintaining continuity

Närståendestöd och uppmuntran.

Kunna ta mot hjälp

Creating new choice

Finding opportunities for growth.

Hopp om återerövrat oberoende,

Se framåt

Humor

Frihet

Nedsättande funktion och hälsa kan ju leda till en icke hälsobefrämjande process om det får kvarstå och att patienten inte kan ta sig ur detta tillstånd. Återigen det är ett pendlande mellan dessa båda processer. Bägge kvinnorna lyckades hitta strategier för att återerövra sin vardag även om de hade hunnit olika långt i sin transition. Schumacher et al (29) menar att slutet på den transitionprocess kan identifieras genom att de finner ny mening och får en viss kontroll över sitt liv igen. Transitionprocessen går inte alldeles rakt framåt det är en dynamisk process som är djupgående och påverkar hela människan (29).

Genom att använda en modell som den hälsobefrämjande transitionprocessen och jämföra den med de data som kommit fram ur analysen kan man tydligare se transitionprocessen. Schumacher et al (20) menar att processen även kan användas som en tankemodell. De menar att ett transitionperspektiv förser sjuksköterskan med en hjälp att förstå och kunna svara på den äldre människans behov. I uppsatsen Omvårdnad självständigt arbete I där denna modell användes var det en önskan om att kunna använda den i fortsatta studier. Modellen är väldigt mångfacetterad med flera begrepp och detta kan göra den svårfångad. Det troligaste är att delar av modellen får plockas ut då fokus annars kommer att ligga på modellen istället för

resultatet. Kan en modell som denna fördjupa studiens syfte upplevelsen att komma hem? Den hälsobefrämjande processen gör att perspektivet lyfts till ett annat plan. Inte minst gäller detta i analysarbetet.

Oberoendet sågs som en stark drivkraft, enligt Hair (43) och Salkeld (34). Önskan om att komma tillbaka sporrade kvinnorna att orka vidare. De visade också prov på att lösa problem när de väl var hemma och själva bestämde hur de skulle göra så som Slauenwhite (33) påpekar. Förvånande var att både livsglädjen och att hela tiden se framåt var så stark, det samstämmer med det som Olsson visade (40). Humor använde bägge kvinnorna både i sina berättelser men även att de skrattade och skojade mycket något som överensstämmer med Robinson (16).

Willman&Stoltz (23) säger att för att undersöka människan och hennes hälsa måste forskningen koncentrera sig på människan och hennes känslor (23). För att kunna vårda dessa patienter måste vi ta reda på hans/hennes erfarenheter. För att patienterna när de kommer åter till det egna hemmet, skall ha de bästa förutsättningarna måste vi skapa dem redan på sjukhuset. Vi måste se hela människan eller det optimala perspektivet som Dahlberg (17) framhåller. Vårdplaneringen runt patienten måste hålla en hög kvalitet och främja delaktighet (21). Ju mer vi vet om dessa patienter ju aktivare kan vi vara tillsammans. Som sjuksköterska tillägnar jag mig kunskap och precis som Ekebergh (11) säger blir det så att min livserfarenhet blir integrerad med den nya kunskapen. Jag hoppas att studier som denna om de görs i full skala kan komma patienterna tillgodo genom att vi utökar vår kunskap och integrerar den med vårt sätt att arbeta. Något som kändes angeläget kan vara en slags koordinator som patienten kan vända sig till vid hemgång, som Hagsten (38) förespråkade. Jag märkte hur de kvinnor jag intervjuade gärna ville prata, hade behov av att berätta men också passade på att fråga sådant de funderat över. Det finns inte alltid någon i kommunen som det går att vända sig till. Det skulle vara intressant att som Bull (35) följa upp patienterna efter en tid för att se hur det går i deras transitionprocess och det är funderingar som jag kan ta med inför vidare studier.

Vi måste förstå det starka behovet av oberoende och livslust som finns hos människan trots en hög ålder. Den starka viljan att komma tillbaka skall vi utnyttja på bästa sätt i rehabiliteringen och den processen måste fortsätta även i det egna hemmet.

REFERENSER

1. Thorngren K-G, Norrman P-O, Hommel A, Cederwall M, Thorngren, J, & Wingstrand H. Influence of age, sex, fracture type and pre-factor living on rehabilitation pattern after hip fracture in the elderly. *Disabil and Rehabil* 2005; 27(18-19): 1091-97.
2. Schumacher KL, Meleis AI, Transition: A central concept in nursing. *J Nurs Schollars* 1994; 26(2):119-27.
3. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfrakturer. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003 (publikation).
4. Thorngren KG. Rikshöft/SAHFE. Årsrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen 2004 <http://www.sos.se/mars/kva008/k08.htm>.
5. Hommel A, Bjorkelund KB, Thorngren KG, Ulander K. A study of a pathway to reduce pressure ulcers for patients with a hip fracture. *J Ortoph Nurs* 2007; 11(3-4):151-9.
6. Olsson LE. Patients with acute hip fractures motivation, effectiveness and costs in two different care systems (dissertation) Göteborg. Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet 2006.
7. Stenvall, M. Hip fracture among older people. Their prevalence, consequences and complications, and the evaluation of a multifactorial intervention program designed to prevent falls and injuries and enhance performance of activities of daily living (dissertation) Umeå. Umeå universitet 2006.
8. Willman A. Behövs specifika omvårdnadsteorier/modeller för ämnets utveckling. Ur: *Omvårdnad som akademiskt ämne*. Svensk sjuksköterskeförening 2001. Fråga 4. s 8-9.
9. Eriksson K. *Vårdprocessen*. Almqvist & Wiksell: Stockholm; 1988.
10. En analys av grundforskningen behövs. UR: *Grundforskning- något för omvårdnad*. Svensk sjuksköterskeförening Stockholm 2002. s 17-23.
11. Ekeberg M. *Tillägnet av vårdvetenskaplig kunskap: Reflektionens betydelse för lärandet* Åbo: Åbo Akademi 2001.
12. Edlund M *Värdighet i ett kliniskt perspektiv* Ur: Eriksson K, Lindström U.Å. (red) *Gryning II – kliniska vårdvetenskap* Vasa: Åbo Akademi; 2003: sid.123-132.
13. Wiklund L. *Lidandets kamp* Ur: Eriksson K, Lindström U.Å.(red) *Gryning II – kliniska vårdvetenskap* Vasa: Åbo Akademi; 2003.
14. Sarvimäki S, Stenbock-Hult B. *Vård. Ett uttryck för omsorg* Stockholm: Liber AB;1996.

15. Thorsén H. Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik. Stockholm: Liber AB; 1997.
16. Robinson SB. Transition in the lives of elderly women who have sustained hip fracture. *J Adv Nurs* 1999; 30 (6): 1341-48.
17. Dahlberg K. Vårdandets helhetssyn. Lund: Studentlitteratur; 1994.
18. Eriksson K, Lindström U.Å . Siktet, sökandet, slutandet-om den vårvetenskapliga kunskapen Ur: Eriksson K, Lindström.(red) GryningI–en vårdvetenskaplig antologi. Vasa Åbo Akademi; 2000. sid .5-18.
19. Andersson M. Se människan Ur: Eriksson K, Lindström U.Å.(red) GryningI–en vårdvetenskaplig antologi.Vasa Åbo Akademi; 2000. sid. 37-59.
20. Sivonen K, Kasén A. Enheten människan-kropp, själ och ande. Ur: Eriksson K, Lindström U. Å.(red) Gryning II –kliniska vårdvetenskap Vasa: Åbo Akademi; 2003.
21. Socialstyrelsen. Vård och omsorg av äldre. Lägesrapport 2007. Stockholm 2008.
22. Gustafsson B. Bekräftande omvårdnad-SAUK-modellen för vård och omsorg. 2uppl. Lund: Studentlitteratur; 2004.
23. Willman A, Stoltz P. Evidensbaserad omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2002
24. Dahlberg K. Kvalitativa metoder för vårdvetare. Lund: Studentlitteratur; 1997.
25. Fagerström L. Det goda vårdandet grundplan som en syntes Ur: Eriksson K, Lindström U. Å.(red) GryningI–en vårdvetenskaplig antologi. Vasa Åbo Akademi; 2000. sid.117-139.
26. A Willman. Behövs specifika omvårdnadsteorier/modeller för ämnets utveckling. Ur: Omvårdnad som akademiskt ämne. Svensk sjuksköterskeförening 2001. Bil 4. s.31-35.
27. Rooke L. Omvårdnad – erfarenhet –reflektion - teori. Lund: Studentlitteratur; 1994.
28. Wiklund L. Vårdvetenskap i klinisk praxis Stockholm: Natur och kultur; 2003.
29. Karen L, Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. Life transition in the older adults. In: Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. Advances in gerontological Nursing, Springer publishing Company New York; 1999.p.1-26.
30. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transition: An emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci* 2000; 23(1):12-28.
31. Willman A. Hälsa är att leva: en teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad.Stockholm1996.Vårdförbundet.SHSTF (FoU rapport 47)

32. Eriksson K Hälsans ide 2:a uppl Stockholm Almqvist & Wiksell 1993.
33. Slauenwhite CA, Simpson P. Patient and family perspective on early discharge and care of the older adult undergoing fractured hip rehabilitation. *Ortop Nurs* 1998; 17(1):30-3.
34. Salkeld G, Cameron ID, Cumming RG, Easter S, Seymour J, Kurrle SE, Quine S. Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a trade off study. *BMJ* 2000; 5; 320 (7231): 341-6.
35. Archibald G. Patients experience of hip fracture. *J Adv Nurs* 2003; 44(4):385-392.
36. Bull MJ. Managing the transition from hospital til home. *Qual Health Res* 1992; 2(1):27-41.
37. Rittman M. The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *Journal of Rehabilitation Research and development* 2004; 41(3A).259-68).
38. Hagsten B, Svensson O, Gardulf A. Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture-a randomized trial. *Acta Orthop* 2006; 77(2):114-19.
39. Hagsten B, Johansson C, Gardulf A. Long-term follow-up of elderly hip fracture patients: Ability to perform activities of daily living eight years after hip fracture. *Insänt*
40. Olsson L-E, Nyström AEM, Karlsson J, Ekman I. Admitted with a hip fracture: patients perception of rehabilitation. *J Clin Nurs* 2007; 16(5):853-9.
41. Larsson Lund M, Tamm M, How a group of disable persons experience rehabilitation over a period of time. *Scan J Occup Ther* 2001; 8:96-104.
42. Larsson Lund M, Tamm M, Bränholm I-B. Patients´ perception in rehabilitation planning and professionals view of their strategies to encourage it. *Occ Ther Inter* 2001; 8(3), 151-67.
43. Hair CF. Getting Back. Succesful rehabilitation after a hip fracture (dissertation) University of San Diego Ph.D. *Community Nursing research* 2003 Spring 36:255.
44. Helgesson G. *Forskningsetik för medicinare och naturvetare. Danmark; Studentlitteratur: 2006.*
45. CODEX regler och riktlinjer för forskning-Forskning som involverar människor <http://www.codex.uu.se/oversikter/manniskor/manniskor.html>
46. ICN- Etisk kod för sjuksköterskor International Councils of nursing Svensk sjuksköterskeförening. Stockholm 2005. www.swenurse.se
47. Gustafsson B, Hermerén G, Pettersson B. Vetenskapsrådets rapportserie Vad är god forskningssed- synpunkter, riktlinjer, exempel. (Rapport1; 2005).

48. Etiska retningslinjer for sykeplejeforskning i Norden. Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries. Northern Nurses Federation Vård I Norden 2003; 4(70):23.
49. Bryder T. Innehållsanalys som ide´ och metod. Meddelande från Stiftelsen för Åbo Akademi Forskningsinstitut nr 26. ÅBO; 1985.
50. Carlsson B. Kvalitativa forskningsmetoder-för medicin och beteendevetenskap Almqvist & Wiksell Falköping 1991.
51. Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concept, Procedures and measuring to achive trustworthiness. Nurse Educ Today 2004;24(2):105-12.

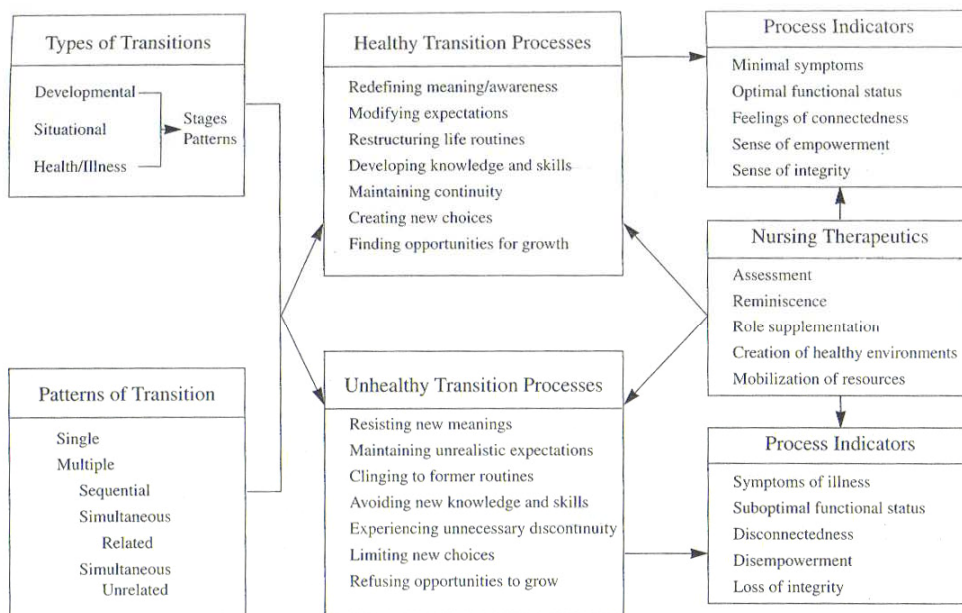


Figure 1.1 Transitions and health: A framework for gerontological nursing.

Transition and health: A framework for gerontological nursing Helping elderly persons in transition:
(29 Sid 3)



Göteborgs Universitet
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Forskningspersonsinformation
om studie av patienters upplevelser efter höftfraktur

Studiens bakgrund

Idag är det ca 18 000 personer som får höftfrakturer i vårt land. Av dessa bor ca 1 800 inom Göteborgsområdet. De flesta patienter opereras, rehabiliteras och återvänder därefter hem. Vi har en hel del kunskaper om hur man kan ha det som patient så länge man är kvar på sjukhuset, men vi vet inte så mycket om hur det är att komma hem igen efter en ganska intensiv rehabilitering. Syftet med denna undersökning är att studera just detta. Du tillfrågas om deltagande i denna studie eftersom du kommer från eget boende, du har varit inlagd för och vårdats i samband med en höftfraktur, genomgått rehabilitering och nu återgår till hemmet.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av en intervju på ca ½ 1 timma i ditt hem ca två veckor efter utskrivning från sjukhuset och samtalet spelas in på band. Under intervjun kommer jag att be dig berätta om upplevelsen av att komma hem, hur ditt liv har påverkats och vilka strategier du använder för att klara vardagen.

Efter intervjun kommer jag att skriva ut informationen i text och innehållet analyseras. Resultatet ligger till grund för en uppsats vid Göteborgs universitet och kommer att utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet av studien kan du ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Några personuppgifter eller några namn kommer inte att användas i resultatet. Ditt namn och dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Eventuellt kan citat användas men dessa kan inte kopplas till person eller identifieras.

Det finns ingen direkt personlig nytta av att delta i studien utan studien syftar till möjlig nytta på lång sikt. De eventuella risker som finns består i att patientintervjun kan väcka problematiska känslor kring Din situation. I den mån det sker, erbjuder vi möjlighet att kontakta någon av nedanstående personer för samtal.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan när som helst utan närmare förklaring avbryta deltagandet i studien. Din fortsatta vård kommer inte att påverkas om Du väljer att inte delta i studien eller om du avbryter ditt deltagande. Om Du har frågor kan Du vända dig till någon av nedanstående personer

Ansvariga

Ewa Gadd, Leg. sjuksköterska
Geriatriska kliniken
Mölnads sjukhus
Tel 0704 - 26 56 27
Mail : Eva.Gadd@vgregion.se

Lars Eric Olsson, Leg sjuksköterska, Fil Dr, Handledare
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Tel: 031 - 786 60 38 Mobil: 0739 - 870 371
Mail: lars-eric.olsson@gu.se
Ortopedkliniken Mölndal:
lars-eric.olsson@vgregion.se

Skriftligt informerat samtycke till studie av patienters upplevelser efter höftfrakturopoperation och rehabilitering

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att delta i studien. Datum_____

Namnunderskrift

Namnförtydligande