

Från sektionen för omvårdnad vid Institutionen för Neurobiologi,
Vårdvetenskap och samhälle och från Institutionen för Klinisk
forskning och utbildning, Södersjukhuset
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Att genomleva den perioperativa perioden vid akut och planerad ortopedisk kirurgi

Birgitta Åkesdotter Gustafsson



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2008

Alla tidigare publicerade artiklar är publicerade med tillstånd av förläggarna.

Publicerad av Karolinska Institutet. Tryckt av Universitetservice US-AB, Stockholm.

© Birgitta Åkesdotter Gustafsson, 2008
ISBN 978-91-7409-144-1

SAMMANFATTNING

Det övergripande syftet med avhandlingen var att synliggöra vårdtagares erfarenheter och upplevelser av att genomleva akut eller planerad ortopedkirurgisk behandling genom den perioperativa perioden. Avhandlingen omfattar fyra delarbeten (I-IV) där samtlig data är baserad på intervjuer med vårdtagare som genomlevt akut (16 deltagare) respektive planerad ortopedisk kirurgi (12 deltagare) i en storstadsregion i Sverige. Intervjuerna analyserades med Grounded Theory (I) kvalitativ innehållsanalys (II) och fenomenologisk hermeneutik (III, IV).

Det första delarbetet (I) ger en föreställning om vad återhämtningsprocessen från en akut skadehändelse som behandlades inom ortopedisk kirurgi innebar. Resultatet antyder att en förtroendefull vårdrelation mellan den vårdade och vårdaren har betydelse som psykosocialt stöd från skadehändelsen och under övergången mot återhämtning. Det andra delarbetet (II) visade hur äldre personer upplevde sin kropp genom den perioperativa perioden för en höft- eller knäplastikoperation. Det var en personlig kamp utifrån oförutsedda förutsättningar att återerövra kroppen och acceptera den från nya förutsättningar genom en övergångsperiod med sex olika faser. Delarbete tre (III) handlar om vårdtagares upplevelse av de formella vårdarnas vård genom den perioperativa perioden för en höft- eller knäplastikoperation. Vårdtagarna ansåg att kontinuerlig vägledning av kompetenta vårdare genom den perioperativa perioden var viktigt för att känna sig trygg och för att nå sina mål. Delarbete fyra (IV) handlar om den begrundan operationen för en höft- eller knäplastik genererade. Operationen verkade vara en genomgripande händelse i livet där den första glädjen under väntetiden övergick i begrundan om existentiella frågor som höft- eller knäplastikoperationen väckte. Det medförde en pendling mellan hopp och rädsla genom den perioperativa perioden.

Att genomleva den perioperativa perioden vid akut ortopedkirurgisk behandling och vid planerad ortopedkirurgisk behandling för en höft- eller knäplastikoperation var en transition, en övergång från ett skede till ett annat i livet, med olika faser. Under hela perioden framkom autonomi, kontinuitet och ömsesidighet i relationen mellan vårdtagare och vårdare som nödvändiga aspekter inom fenomenet att genomleva den perioperativa perioden. För att stödja individer föreslås perioperativ undervisning om vad operationen realistiskt sett medför, vårdinsatser som finns att tillgå, vad förloppet genom den perioperativa perioden innebär och om tillgång till vägledning via kontaktpersoner. Avhandlingens resultat kan användas i utbildning av patienter, studenter och personal inom vård, vårdutveckling och organisationsutveckling inom vård. Ett perioperativt kunskapscentrum där klinik och akademi samverkar kan ge utbildning, sprida och utveckla kunskap kring perioperativ vård samt bidra till kontinuiteten mellan olika vårdnivåer.

Nyckelord: Begrundan, fenomenologisk hermeneutik, höft- och knäplastikoperation, kvalitativ studie, kompetens, konstant jämförande analys, longitudinell studie, ortopediska skador, perioperativ vård, vägledning, psykosocialt stöd, äldre patienter, övergång.

INGÅENDE ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen baseras på fyra delarbeten, dessa refereras till med de romerska siffrorna I-IV.

- I. **Gustafsson B Å, Nordström G, Ponzer S, Lutzen K** (2001) The role of interactive affirmation in psychosocial rehabilitation after orthopaedic injuries. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 5, 9-14.
- II. **Gustafsson B Å, Ponzer S, Heikkilä K & Ekman S-L** (2007) The lived body and the perioperative period in replacement surgery: older people's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 20–28.
- III. **Gustafsson B Å, Heikkilä K, Ekman S-L, Ponzer S** In the hands of formal carers: older patients' experiences of care across the perioperative period for a hip and knee replacement (Inskickad till tidskrift 2008).
- IV. **Gustafsson B Å, Ekman S-L, Ponzer S, Heikkilä K** (2008) The hip and knee replacement operation - a thorough life event. (Inskickad till tidskrift 2008).

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INTRODUKTION	1
1.1	Bakgrund.....	1
1.1.1	Vårdtagares syn på vård.....	1
1.1.2	Samhällets förutsättningar och krav för vård	2
1.1.3	Vårdtagare och ortopedisk kirurgi.....	3
1.1.4	Vårdtagare och operation.....	6
2	MOTIV PROJEKTETS GENOMFÖRANDE.....	8
3	TEORETISK REFERENSRAM	9
3.1	Människa.....	9
3.2	Människa och vård	9
4	SYFTE.....	11
4.1	Syften för delarbeten	11
5	METOD.....	12
5.1	Design.....	12
5.2	Kontext.....	12
5.3	Forskningsansats.....	13
5.4	Förförståelse	14
5.5	Deltagare.....	14
5.5.1	Deltagare akut ortopedisk kirurgi.....	14
5.5.2	Deltagare och planerad ortopedisk kirurgi	16
5.6	Datainsamling.....	17
5.6.1	Delarbete I akut ortopedisk kirurgi.....	17
5.6.2	Delarbeten II-IV planerad ortopedisk kirurgi.....	17
5.7	Dataanalys.....	18
5.7.1	Delarbete I Grounded Theory	18
5.7.2	Delarbete II Latent kvalitativ innehållsanalys.....	19
5.7.3	Delarbete III och IV Fenomenologisk Hermeneutik	20
6	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	22
7	RESULTAT.....	23
7.1	Delarbete I	23
7.2	Delarbete II.....	25
7.3	Delarbete III.....	27
7.4	Delarbete IV	30
8	DISKUSSION	33
8.1	Metoddiskussion.....	33
8.2	En övergång från ett sked i livet till ett annat.....	35
8.3	Att stödja individen genom den perioperativa perioden	38
8.3.1	Autonomi.....	38
8.3.2	Kontinuitet.....	40
9	SLUTSATSER OCH AVHANDLINGENS BETYDELSE	42
10	FRAMTIDA FORSKNING	43
11	TILLKÄNNAGIVANDE	44
12	REFERENSER.....	45

ORDFÖRKLARINGAR

Genomleva	Ordet genomleva används i stället för orden genomgå, gå igenom, överleva, uthärda (Referensverktyg iMac. 2007-07-15) för att illustrera att det är förenat med påfrestningar att ta sig igenom en viss period och enligt Svenska Akademiens ordbok (SAOB http://g3.spraakdata.gu.se/saob/2006 . 2008-07-15) betyder genomleva att leva från början till slutet av en viss tidsperiod, att leva så att man kommer över en viss tid eller behålla livet fram till slutet av en viss tid.
Perioperativ vård	Perioperativ vård innebär att vården i samband med operationen indelas i tre faser, före operationen (preoperativt) under operationen (intraoperativt) och efter operationen (postoperativt) (Tollerud m.fl. 1985).
Perioperativ period	Perioperativ period omfattar den pre-, intra- och postoperativa fasen och kan tidsmässigt variera.
Vårdtagare/ patient	Vårdtagare och patient används synonymt i texten.
Vårdare	Vårdare används i texten ibland i stället för formella vårdares yrkestitel.

1 INTRODUKTION

Som operationssjuksköterska har jag haft förmånen att få vara en aktiv medlem i operationsteamet och därmed känt mig vara till nytta för medmänniskor i samband med deras operationer vid akut eller planerad kirurgi. Senare har min medverkan företrädesvis varit indirekt via utbildning av operationssjuksköterskor och andra studenter, på operationsavdelningar och på universitetet.

I början av 1980-talet ökade forskningsintresset för operationssjuksköterskans professionella vårdande. Vårdandet som skildrades utgick ifrån ett perioperativt begrepp med tre olika faser, före (preoperativt), under (intraoperativt) och efter operationen (postoperativt), med vårdåtgärder för målet bästa möjliga hälsa för patienten. Utgångspunkten för vårdandet enligt en vårdprocess var att ett preoperativt samtal med patienten för datainsamling, diagnos och planering genomfördes. Nästa samtal var på operationsavdelningen i samband med operationen och därefter ett uppföljande samtal för utvärdering av den givna vården en kort tid efter ingreppet (Groah 1983). Sedan 80-talet har blivande operationssjuksköterskor i Stockholm genomfört perioperativa samtal med patienter under sin utbildning. De blivande operationssjuksköterskorna har poängterat patientens glädje när de träffat en sedan tidigare för dem känd vårdare i den främmande miljön på operationsavdelningen. De blivande operationssjuksköterskorna har också betonat sin egen känsla av omtanke och ansvar för patienten eftersom denne redan är bekant genom det tidigare samtalet.

Erfarenheter som operationssjuksköterska och lärare från vård och utbildning inom operationssjukvård har genererat frågor om hur patienter upplever sin akuta eller planerade kirurgiska behandling och hur den påverkar deras tillvaro.

1.1 BAKGRUND

Hälso- och sjukvården är viktig för samhällets invånare och av stor betydelse för samhällsutvecklingen. Vårdtagares tillfredsställelse med hälso- och sjukvården har blivit en uppmärksam indikator på hur väl vården fungerar i Sverige (Socialstyrelsen 2001).

1.1.1 Vårdtagares syn på vård

Invånares syn på vården har följts upp under en längre tid. För tidsperioden 1981-1991 angav 80 - 90% av deltagarna i enkäter och telefonintervjuundersökningar att de var mycket nöjda med hur sjukvården allmänt sett fungerade (Andersson 1997). Däremot när medborgarnas attityder undersöktes med kvalitativa intervjuer under samma tioårsperiod blev utfallet mer varierat. Även om medborgarna i grunden var positiva till vården framfördes kritik som fokuserade på relationen patient - läkare, dålig valfrihet, långa köer, för lite personal, dåligt samarbete med primärvården och om ineffektivt arbetssätt. Andersson (1997) anser därför att kvalitativt inriktade studier skulle ge ytterligare kunskapsunderlag för planering av förändringar inom vården.

Problemen med tillgänglighet inom den svenska vården har föranlett att vårdgarantier fortlöpande har införts i Sverige. Redan år 1992 ställdes krav på god vård i rätt tid (SOSFS 1991:11). Vårdgarantin från 1997 (Regeringsproposition 1996/97:60) med skärpta krav för vårdens tillgänglighet ersattes 2005 med en nationell vårdgaranti där landstingen skulle erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling hade fattats (Sjöberg & Sörman 2005).

I en värdering av sjukvårdssystem i 17 industrinationer via WHO, Världshälsoorganisationen, ställde sig författarna Blendon m.fl. (2001) frågan om det inte var medborgarna som skulle värdera sjukvårdssystemet i sina respektive länder eftersom experterna gav vården bättre vitsord än medborgarna. EU- barometern som mäter medborgarnas syn på sjukvård och äldreomsorg inom de olika medlemsländerna (European Commission 2007) visade att svenskarna jämfört med övriga EU-medborgare värderade vården vid sjukhus högt men gav lägre betyg avseende kvalitet och tillgänglighet för primärvården samt var missnöjda med att inte få vård i rimlig tid. En uppföljning av hur den nationella vårdgarantin från år 2005 har fungerat, där bl.a. prioriterade patienter för både höft och knä plastikoperationer ingår, visade att vårdgarantins intentioner inte hade uppfyllts (Socialstyrelsen 2008 a).

1.1.2 Samhällets förutsättningar och krav för vård

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är målet är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen och Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) anger att människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet ska främjas. För att den dagliga tillvaron i hemmet ska fungera trots smärta och nedsatt förmåga kan hjälp från samhället behövas. Samhället bistår medborgarna för att underlätta deras tillvaro vid temporärt eller permanent handikapp och vid nedsatt hälsa. Biståndets omfattning bedöms av en biståndshandläggare för hjälp via hemtjänst med t.ex. matleveranser och den personliga hygien. För tillgång till färdtjänst för att kunna röra sig utomhus krävs i allmänhet ett läkarintyg som styrker det medicinska behovet varefter en ansvarig tjänsteman inom kommunen fattar beslut om ett färdtjänstillstånd. Den lokala primärvårdsorganisationen erbjuder medborgarna grundläggande sjukvård och specialistvård inom ramen för samhällets subventionerade sjukvård. För att erhålla specialistvård t.ex. för att genomgå en höft- och/eller knäplastikoperation krävs en remiss från allmänläkare i offentlig eller privat regi. Varje medborgare kan också söka vård och hjälp i hemmet på egen bekostnad (SFS 1982:763, SFS 2001:453 Socialtjänstlag, SOSFS 2007:10).

Den kirurgiska verksamheten i Sverige har under de senaste decennierna genomgått stora förändringar. Kirurgiska ingrepp utförs i dag ofta med hjälp av avancerad kirurgisk teknik och apparatur. Effektivitets- och kostnadsaspekter har utvecklat den slutna operationssjukvården till en produktionsinriktad högteknologisk verksamhet. Det är därför väsentligt att god individualiserad vård erbjuds varje enskild patient i samband med ingreppet (Borgenhammar 1994). För att garantera medborgarna en trygg och säker vård ställer samhället via regelverk krav på vårdgivarna. Kraven för all hälso- och sjukvårdspersonal utgår från Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) som

föreskriver att vården ska vara av god kvalitet, lätt tillgänglig, beakta kontinuitet och säkerhet och samordna olika vårdinsatser på ett ändamålsenligt sätt.

För vårdtagarna är det en trygghet att det finns ett regelverk med lagar och föreskrifter som tillvaratar den enskildes intresse i samband med vård, och som kan åberopas för att få en god vård enligt regelverkets kvalitetskrav. Det är en trygghet även för vårdare att veta vilka intentioner som ska uppfyllas enligt regelverk för en god vård oavsett vilken vårdenhet eller plats i landet man tjänstgör på. En särskild lag reglerar sekretessfrågor (SFS 1980:100). Det finns också en lag som föreskriver att planering, genomförande och uppföljning av vård ska journalföras (SFS 1985:562) och att informationen skall skyddas (SOSFS 2008:14). Smittskyddslagen (SFS 2004:168) anger hur smittspridning mellan människor i samhälle och sjukvård ska förebyggas. Hur samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård ska gå till för kontinuitet i vården anges också i en särskild föreskrift (SOSFS 2005:27).

Ansvar för hur vården genomförs inom respektive verksamhet är ytterst ålagt verksamhetschefen. Därför regleras yrkeskunnande och ansvar för personalen i en särskild lag (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Där föreskrivs vilken specialistkompetens som krävs för patientnära arbete inom olika specialområden som t.ex. anestesijukvård, förlossnings- och operationssjukvård (SOSFS 1995:15). Eftersom vården i många sammanhang assisteras av högteknologisk utrustning och flera tekniska system används samtidigt finns krav för kvalitet, säkerhet och hantering för att inte patienter eller personal skadas när sådan utrustning används (SFS 1993:584, SOSFS 2008:1).

I samband med vård uppkommer oönskade och undvikbara vårdskador. En vårdskada definieras i Sverige som ”lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd” (SOSFS 2005:12 s 4). Internationellt sett uppstår vårdrelaterade skador i USA 3,2 - 5,4 %, i Australien 10,6-16,6 %, i Storbritannien 11,7 % och i Danmark 9 % av fallen (Socialstyrelsen 2006 a). I Sverige drabbas 12,3 % av oönskade vårdrelaterade skador vilket innebär att ca 105 000 personer skadas årligen och särskilt drabbade är de som är 65 år och äldre. Dessa skador beräknades medföra fler än ca 600 000 extra vård dygn vilket motsvarar knappt 10 % av samtliga vård dygn under ett år och även besöken i den öppna vården förväntas öka med 50 000 besök per år. Frånsett ekonomiska kostnader orsakar vårdskador ett stort mänskligt lidande (Socialstyrelsens 2008 b). Patienter som anser sig ha skadats i samband med vården kan få ersättning för sin skadad (<http://www.patientforsakring.se/> 2008-07-01).

1.1.3 Vårdtagare och ortopedisk kirurgi

Den ortopediska kirurgin omfattar medfödda och förvärvade hälsoproblem i rörelseapparaten. Akut kirurgi i samband med frakturer och ledplastikkirurgi av höft – och knäleden är två stora områden inom specialiteten (Lindgren 2001). Inom den ortopedkirurgiska specialiteten genomfördes år 2006 flest ingrepp jämfört med andra kirurgiska specialiteter i Sverige. Patienterna inom den ortopedkirurgiska specialiteten representerar alla åldrar och de största patientgrupperna återfinns bland medelålders

och äldre personer. De äldsta över 85 år utgör också en stor grupp inom den ortopediska kirurgin (Socialstyrelsen 2007 a).

Medvetenheten kring risken för vårdrelaterade skada i form av infektion inom ortopedisk kirurgi är stor (Sveriges kommuner och landsting 2005) och mätningar av förekomsten av infektioner och vidareutveckling av rutiner pågår ständigt för att förhindra att dess uppkomst (Socialstyrelsen 2006 b). Det är även en angelägenhet internationellt och Fletcher m.fl. (2007) visade att postoperativa infektioner är en av de vanligaste komplikationerna i samband ortopedisk kirurgi. Deras evidensbaserade rekommendationer innehåller bl.a. rutiner för antibiotika profylax, användandet av desinfektionsmedel och om vikten av korrekt handläggning av patientens blodsocker, syrsättning och kroppstemperatur för att förhindra perioperativa infektioner.

1.1.3.1 Effekter av ortopedisk skada och kirurgi

I Sverige inträffar fler än 600 000 skador varje år till följd av en olycka som medför att den skadade behöver uppsöka vård akut (Räddningsverket 2007). För akut ortopedisk vård vid en region i landet med tre sjukhus söker årligen ca 24 000 personer och ca 5000 opereras akut för sina skador (Socialstyrelsen 2007 b). Skador och dess effekter orsakar samhället stora ekonomiska kostnader. Frånsett de ekonomiska kostnaderna så orsakar skador lidande och försämrad livskvalitet temporärt eller permanent för den enskilde (Socialdepartementet 2007:53). Patienter som genomgår operationer för olika typer av frakturer, dvs. ortopediskt trauma, återfinns bland de sju vanligast förekommande patientgrupperna som får ersättning från patientförsäkringen (Öhrn m.fl. 2006).

Författarna Van der Sluis m.fl. (1998 a) visade att deltagare som hade haft en svår ortopedisk skada fortfarande sex år efter skadehändelsen hade problem relaterade till den aktuella skadan. De klagade företrädesvis över fysiska besvär i extremiteter, rygg och huvud men 84 % rapporterade även psykologiska problem som trötthet, att de fungerade långsammare och att deras minnen hade försämrats. Trots sina problem hade 74 % återvänt till arbetet och det som hindrade återgång till arbetslivet för de övriga var skador i extremiteter och rygg. Sociala konsekvenser beskrevs bland annat i termer av havererat äktenskap för sex av de 22 som varit gifta vid skadetillfället. Dessutom hade för 45 % av samtliga deltagare skadehändelsen medfört förändrade fritidsaktiviteter. Författarna menade att utfallet vid svåra skador kan förbättras genom vidareutveckling av skadebehandling, psykosocialt stöd och yrkesvägledning. I en annan samtida sexårsuppföljning av patienter med en fotledsfraktur (n=68) som anses som en mindre svår ortopedisk skada visade samma författare (Van der Sluis m fl. 1998 b) att det fanns likheter med resultaten från uppföljningen av dem med en svår skada. Deltagarna klagade även här över problem från extremiteter och rygg och psykologiska problem. Påverkan på det sociala området var mindre och 89 % hade återvänt till arbetet inom tre månader, jämfört med 13 månader för de svårt skadade. Resultatet visade således att även patienter med relativt lindriga skador ur kirurgiskt perspektiv får en långtidseffekt av sin skada vilket är väsentligt att inte förbise. I en senare studie och svår ortopedisk skada (Holtslag m.fl. 2007) hade deltagarna (n=214) varit yrkesverksamma vid tiden för skadehändelsen och av dem som besvarade enkäten hade 58,4 % återvänt till heltidsarbete och 21 % till ett deltidsjobb 1,5 år efter skadehändelsen. En grupp om 20

% hade inte kunnat återgå i arbete bl.a. på grund av annan komorbiditet, hjärnskada, ryggmärgsskada, lång vårdtid inom intensivvård, svårigheter att klara av vanliga dagliga aktiviteter och/eller på grund av kognitiva problem.

Effekter av en motorcykelolycka med ortopedisk skador visade sig vara en djupgående händelse där traumat som sådant, effekter av sjukhusvård och anpassningen därefter medförde tacksamhet för att ha överlevt och att omvärdera sin tillvaro och ta till vara på tiden i sitt liv (Tan & Chiu 2008).

Ponzer m.fl. (2000) visade att psykosocialt stöd i tidigt skede efter en ortopedisk skada hade positiv effekt för patientens hälsorelaterade livskvalitet även om sjukskrivningstidens längd inte påverkades av interventionen.

Ovanstående studier visar att patientens hela tillvaro påverkas vid en skadehändelse. Ponsford m.fl. (2008) argumenterar för vikten av vårdåtgärder för smärta och symptom på posttraumatisk stress utöver behandlingen för de fysiska problemen i samband med en ortopedisk skada. Ett instrument, Prediction of Prolonged Self-perceived Recovery After Musculoskeletal Injuries questionnaire (PPS), för tidig identifiering av patienter i riskzonen för sämre utfall har också utvecklats och validerats (Ottosson m.fl. 2007).

1.1.3.2 Effekter av planerad kirurgi på grund av degenerativ ledsjukdom

Vid en degenerativ ledsjukdom i höft och knä har under de senaste decennierna total höftplastik (THR) och total knäplastik (TKR), där ledytorna byts ut till konstgjort material, medfört goda resultat för att reducera smärta och funktionsnedsättning (Ryd 2002). En total höftplastikoperation är ett av de mest kostnadseffektiva ingreppen samtidigt som det innebär hälsovinster för den drabbade (Forsberg m.fl. 2002). De båda ingreppen har blivit vedertagna metoder sedan de första operationerna genomfördes under 1960-talet (Charnley 1970, Stenport 1971, Phillips 1975). Omfattningen av höft och knäplastikoperationer internationellt visar t.ex. att inom OECD länderna (Organisation for Economic Cooperation and Development), varierade antalet genomförda THR under 1990 talet mellan 50-130 ingrepp per 100 000 innevånare (Merx m.fl. 2003). För knä utfördes i USA under 1999-2000 fler än 430 tusen plastikingrepp (Jain m.fl. 2005).

I Sverige har fler än 270 000 totala höftplastikoperationer utförts sedan 1979 och majoriteten av patienterna är 60 år och äldre. Ingreppet förekommer dock även bland dem som är yngre. Primär knäplastikoperation blir allt vanligare i Sverige med en incidens om ca 7500 per år. Vårdtagarnas medelålder är ca 69 år i samband med operationen (Svenska knäprotesregistret 2007). Rekonstruktiv höft- och knäplastik kirurgi kan medföra goda funktionella resultat och smärtlindring även för de som är 89 år och äldre (Berend m.fl. 2003).

Vårdkvalitet kan bedömas från olika utgångspunkter med hänsyn till olika förutsättningar som patienternas ålder, komorbiditet och operationens tekniska svårighetsgrad och komplikationsrisker (Svenska Höftprotesregistret 2006). Antalet reoperationer, dvs. där operationen måste göras om t.ex. på grund av aspetisk proteslossning, djup infektion eller smärta var ca 8 % av de drygt 270 000

primäroperationer som utförts mellan 1979-2006 i Sverige (Svenska Höftprotesregistret 2006). Ett kvalitetsmått vid höftplastikoperationer är långtidsöverlevnad för implanterade proteser. I Sverige är måttet, 93 % vilket betyder att Sverige har vid en internationell jämförelse den lägsta frekvensen reoperationer för dessa ingrepp. När det gäller knäplastikingreppen var antalet reoperationer för hela riket 0,29 % av de ca 55 000 som utförts i landet mellan 1996-2005 (Sveriges Kommuner m.fl. 2007).

Dödsfall inom de närmsta 90 dagarna efter ingreppet varierade mellan 0-38,5 promille i olika landsting mellan 2003-2006, och anses till största delen bero på kardiovaskulära och tromboemboliska sjukdomar (Svenska Höftprotesregistret 2006). I samband med större ortopedisk kirurgi, dit höft och knäplastikingrepp hör, beräknas 40-60% av patienterna få en djup ventrombos utan trombosprofylax (Colwell 2007).

Mellan år 1998-2001 registrerades fler än 6000 anmälningar om misstänkta vårdrelaterade skador inom ortopedin. Av dessa bedömdes 56 % vara undvikbara och drygt 3 000 patienter fick därför ersättning till en total kostnad av cirka 318 miljoner kronor. De flesta vårdrelaterade skador som ersätts av patientförsäkringen förekommer inom ortopedisk kirurgi och de vanligaste ortopedkirurgiska vårdskadorna som ersätts via patientförsäkringen är relaterade till höft - och knäplastikoperationer (Öhrn m.fl. 2006).

Eftersom vårdtiderna har blivit kortare och en betydande del av vården sker via öppenvårdsmottagningar (Socialstyrelsen 2002) medför det ökade krav på vårdtagaren att ta en aktiv del i vården i samband med ortopedkirurgisk behandling.

1.1.4 Vårdtagare och operation

Patientens situation i samband med operationen har blivit mer uppmärksammat på senare årtionden Leinonen m.fl. (1996) visade att patienter i stort sett var nöjda med sin intraoperativa vård men lyfte fram problem som var relaterade till bristande information och preoperativ oro. I en senare studie underströk de det faktum att patienternas syn på den perioperativa vården var mindre kritisk medan de var fortfarande kvar på sjukhuset jämfört med fem veckor senare när de redan var utskrivna (Leinonen m.fl. 2001). Den kritik patienterna framförde gällde bl.a. personalens förmåga att ta tillvara patienternas önskan att medverka i planering av sin egen vård och i utbildning.

Leinonen m.fl. (1999) genomförde också en litteraturgranskning och visade att studier om den preoperativa fasen rörde främst patientinformation och patientutbildning samt patienters oro och stress. Få studier visade sig behandla den intraoperativa fasen utöver frågor som gällde patientens läge på operationsbädden eller åtgärder för att värma patienten. Det var flest studier om den postoperativa fasen och de gällde patientens återhämtning, anpassning och smärtlindring. Senare studier (Caumo m.fl. 2001) har skildrat anledningar till oro som t.ex. att psykiska besvär och tidigare cancersjukdom predisponerande för oro medan tidigare genomgången operation minskade risken för oro. Patienters oro kunde också relateras till anestesi, de läkemedel som användes och dess biverkningar samt hur lång tid återhämtningen kunde ta efter ingreppet (Mitchell 2003). Stirling (2006) menade att sjuksköterskor på olika vårdenheter i samband med

patienters operation borde vara förberedda på att patienter är oroliga, eftersom patienters preoperativa oro redan är ett känt faktum. Sjuksköterskorna borde således revidera sin invanda praxis för att stödja patienten så att hon eller han kan hantera sin oro och få kontroll i den påfrestande situation som en operation innebär. Preoperativ patientutbildning anses också ha en positiv inverkan för att minska oro och även förkorta vårdtiden på sjukhuset (McDonald m.fl. 2004) samt minska postoperativ smärta (Oshodi 2007 a, 2007 b). Att via vårdåtgärder säkerställa att patienten är varm inför ett operativt ingrepp har också visats bidra till minskad oro och ökat välbefinnande (Wagner m.fl. 2006).

Mahomed m.fl. (2002) påvisade att patientens positiva preoperativa förväntningar på resultatet av sin höft- eller knäplastikoperation gav bättre resultat efter operationen avseende både smärta och funktion oavsett preoperativt funktionellt status som ålder, kön, civilstånd eller etnicitet. En annan studie visar Sjöling m.fl. (2005) patienters svårigheter att kunna skaffa information inför sin höft- eller knäplastikoperationen.

Avseende upplevelser under den intraoperativa fasen har Mauleon Larsson m.fl. (2005) visat att patienter tvingas hantera smärta, känslor av tillit, misstro, alienation och överklighet i samband med höftoperation i lokalbedövning. Erfarenheter av vård enligt den perioperativa dialogen (dvs. samma anestesi - eller operationssjuksköterska utför pre- och postoperativa samtal samt medverkar vid den intraoperativa vården) var att kontinuiteten synliggjorde sjuksköterskornas professionella vårdande och gav mening åt deras arbete. För patienterna medförde arbetssättet att de delade sin historia med sjuksköterskan och att de därmed kunde känna sig vara i säkra händer (Lindwall m.fl. 2003) och upplevde sig ha fått god vård med kontinuitet och trygghet (Rudolfsson m.fl. 2007).

Den postoperativa fasen har skildrats av flera författare. Heine m.fl. (2004) visade bland annat att patienten kände sig redo och trygg att lämna sjukhuset efter höftplastikoperationen om en närstående fanns hemma som kunde bistå. Showalter m.fl. (2000) rapporterade att vårdare på sjukhuset kunde tjäna som en länk mellan sjukhuset och hemmet för att stödja patienten och dennes make eller maka under rehabiliteringstiden efter en höft- eller knäplastikoperation. Patientens behov av information före operationen om eventuella negativa konsekvenserna av en höftplastikoperation såsom en förändrad kroppslig framtoning och rörelseinskränkningar poängterades i en uppföljande studie sex månader efter ingreppet (Fujita m.fl. 2006, Jacobsson m.fl. (2008) anser att patienter behöver mer kunskap och stöd av vårdare både före och efter en knäplastikoperation.

2 MOTIV PROJEKTETS GENOMFÖRANDE

Enligt litteraturen förekommer skador och sjukdomar i rörelseapparaten. Stora patientgrupper behandlas med ortopedisk kirurgi i samband med akuta skador eller för en ledplastik i höft eller knä. Det framkommer också att just dessa patientgrupper ingår bland de sju vanligaste diagnosgrupperna som får ersättning för vårdskada via patientförsäkringen. Litteraturgenomgången ger också vid handen att det finns omfattande kunskaper och evidensbaserade rutiner för säker och ändamålsenlig behandling vid ortopedkirurgiska ingrepp. Patienters upplevelser av vården generellt har undersökts avseende oro, smärta, information, undervisning och vårdens kvalitet både nationellt och internationellt. Det saknas dock kunskaper som kan öka förståelsen för hur det är att genomleva hela den perioperativa perioden från vårdtagares perspektiv, dvs. från den akuta skadehändelsen eller från registreringen på väntelistan tills ingen mer vård behövs relaterat till den aktuella åkomman. För att kunna vidareutveckla vården finns det således ett stort behov av att närmare studera på vilket sätt patienter upplever hur det är att gå igenom akut och/eller planerad ortopedkirurgisk behandling och hur detta påverkar deras liv.

3 TEORETISK REFERENSRAM

Utgångspunkter för avhandlingen är en grundläggande humanistisk syn på människan och på vården.

3.1 MÄNNISKA

Det är konstruktivt att använda begreppet Homo Sapiens vid diskussion om vård i olika sammanhang eftersom begreppet omfattar alla nutida människor och ingen utesluts på grund av etnicitet, kön, ålder, religion, karaktär eller ett felaktigt beteende (Heberlein 2005). En människa kan ses som en enhet av kropp, själ och ande (Blomquist 1971) eller kropp, psyke, själ och ande (Dahlberg m.fl. 2003) och som en unik enskild individ, en medlem i en familj, en medmänniska (Helander 1991) och en medborgare i ett samhälle (Andersson 1997). Eftersom människan är en social varelse finns ingen mänsklighet utan medmänsklighet (Blomquist 1971) och enligt Lögstrup (1994) innefattar livet självt ett etiskt uttalat krav som förpliktigar oss att ta tillvara en medmänniskas liv. Det innefattar också känslan av att ha tillit i mötet med en annan människa (a. a.).

Människokroppen är för de flesta människor naturlig och självklar men kan ändå betraktas från olika utgångspunkter. Kroppen kan ses som en uppsättning anatomiska system och strukturer (Drake m.fl. 2005) eller som en fysiologiskt fungerande organism (Guyton & Hall 2000). Från ett filosofiskt (Leder 1992) och ett psykologiskt perspektiv (Dropsy 2004) kan kroppen vara enhet av kropp och själ i harmoni. Norberg m.fl. (2000) belyser hur kroppen kan upplevas från ett omvårdnadsperspektiv: Kroppen upplevs inte som ett vanligt föremål utan är något förmer som kan förnimmas inifrån och utifrån samtidigt. Vi kan ha svårt att uppfatta vår kropp som andra ser den. Vår hud är en avgränsning mot omvärlden men kan enligt författarna Norberg m.fl. (2000) också upplevas som motsatsen där gränsen suddas ut och ge känslan av att kroppen invaderas om andra kommer oss för nära. Utöver huden som är en viktig gräns är även våra kläder på kroppen är en gräns för vårt personliga revir (a. a.).

Kroppen kan också förstås som jaget och därmed inte som ett objekt eftersom livet och världen upplevs genom den odelbara enheten, den levda kroppen (Merleau Ponty 1999). Den levda kroppen är ett subjekt som finns i världen tillsammans med andra människor. Kroppen är ett uttryck för ett subjekt med en egen livsvärld, livshistoria och personlighet som visar sig i mötet med den andre (Bengtsson 1998, 2002). I mötet med patienter i vården möter vi ett annat subjekts liv, en levd kropp, och inte den andre som ett materiellt fysiskt objekt som enbart undersöks och lagas.

3.2 MÄNNISKA OCH VÅRD

För min utgångspunkt när det gäller förutsättningar för vårdandet, gäller följande beskrivning: När en kär närstående såsom make, mor eller barn, vårdas i hemmet finns oftast vård med förtrogenhet till varandra eftersom personerna där är förenade av en gemensam daglig tillvaro som inbegriper närhet, trygghet och välbefinnande i en hemmastadd miljö. I vården av en kär närstående, som bryr sig om och hjälper till med

kroppsliga och själsliga bestyr i vardagen finns självklar samverkan med ömsesidig respekt.

När en medmänniskas hälsoproblem fordrar professionell vård förändras förutsättningarna för vårdandet. Hälsoproblemet är det som förenar vårdtagaren och den professionelle vårdaren. I det större vårdssammanhang som en kommun eller storstadsregion med vårdformer för olika behov, såsom primär-, specialist-, hem- och akutsjukvård samt på många olika vårdenheter, är vårdaren och vårdtagaren ofta helt främmande personer för varandra.

Det som förenar professionella vårdare från olika yrkeskategorier i vårdandet är etiska riktlinjer, som antingen är specifika för yrkesområdet (<http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/yrkesetik.html>, 2008-07-01) eller ska gälla för all personal inom hälso- och sjukvård och kommun som deltar i medborgarnas vård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska goda kontakter mellan patient och vårdare främjas, vården ska genomföras i samråd med patienten och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt tillgodose patientens behov av trygghet (SFS 1982:763). Vård som regleras av socialtjänstlagen (SFS 2001:453), dvs. där kommunen är arbetsgivare ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlika levnadsvillkor och möjlighet att aktivt delta i samhällslivet samt bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Sjuksköterskors vårdande ska utgå från ett etiskt perspektiv och utföras med ett moraliskt accepterat förhållningssätt med utgångspunkten att vilja patienten väl med mål att göra patienten gott (Norberg m.fl. 2000, Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008).

Enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) är människan sårbar genom att vi är lätta att skada både fysiskt och emotionellt och även via verbala angrepp. Människan kan välja att leva autentiskt och äkta och därmed riskera att vara sårbar och tillfogas smärta. Ett svar på sårbarheten är omsorg om den andre. Omsorg kräver ett moraliskt rum för vårdandet. I vårdrelationen är både vårdaren och patienten sårbara. Sjuksköterskan kan använda sin sårbarhet och känslighet som ett hjälpmedel när hon ser patientens lidande. Den gemensamma sårbarheten kan hjälpa vårdaren att uppfatta stämningar och budskap och bli mottaglig för patientens behov. Den goda vårdrelation kännetecknas av äkthet och öppenhet med närhet till sina känslor och medvetenhet om vad man känner och att man vågar engagera sig. När vårdaren känner sig hotad eller ställs inför svåra situationer kan hon tillgripa försvar genom att undertrycka sin sårbarhet och utföra sitt arbete som ett antal uppgifter eller se patienten som behandlingsdelar. Vårdaren undviker att se patienten som en medmänniska och kan då objektifiera och nonchalera dennes behov (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008).

4 SYFTE

Projektets övergripande syfte var att synliggöra vårdtagares erfarenheter och upplevelser av att genomleva akut eller planerad ortopedkirurgisk behandling.

4.1 SYFTEN FÖR DELARBETEN

- I Syftet med studien var att synliggöra vårdtagares psykosociala rehabilitering efter ett plötsligt ortopediskt trauma.
- II Syftet var att undersöka äldre personers genomlevda upplevelser av sin kropp genom den perioperativa perioden för en höft eller knäplastikoperation.
- III Syftet med studien var att belysa innebörden av formella vårdares vård genom den perioperativa perioden för en höft eller knäplastikoperation.
- IV Syftet med studien var att belysa innebörden av att begrunda tillvaron som en höft eller knäplastikoperation orsakar.

5 METOD

Projektet har genomgående en kvalitativ ansats och insamlad data är intervjutexter från intervjuer med patienter som genomlevt ett akut eller ett planerat ortopedkirurgiskt ingrepp.

5.1 DESIGN

Projektets design bestämdes av forskningsfrågan Hur är det för vårdtagare att genomleva akut eller planerad ortopedisk kirurgi? Frågan avgjorde valet av en genomgående kvalitativ forskningsansats där deltagarna kunde använda sina egna ord och berätta det de ville utifrån det tema som erbjöds. Grundtanken att endast de som har genomlevt en akut eller kirurgisk behandling kan berätta om konkreta och känslomässiga erfarenheter och hur det påverkar tillvaron. Vårdtagarnas personliga upplevelser som t.ex. oro, förväntan, rädsla och glädje kan då relateras till det som hände i deras livsvärld under den perioperativa perioden. Erfarenheter av t.ex. oro, förväntan, rädsla och glädje skiljer sig mellan olika personer och kan därmed ta sig olika uttryck och känslomässiga upplevelser är inte heller konkreta företeelser som kan mätas på ett enhetligt sätt (jmf. Dahlberg m.fl. 2001).

Designen valdes också för att få ett brett utbud aspekter om företeelsen att genomleva en akut eller en planerad ortopedkirurgisk behandling. Därför valdes vuxna deltagare i olika åldrar som också representerade både yrkesverksamma och pensionerade personer. Det var variationen av så många olika aspekter som möjligt som var det intressant för att kunna beskriva företeelsen på ett så innehållsrikt sätt som möjligt (Morse & Field 1995).

Delarbete I med deltagare från akut ortopedisk kirurgi valdes för att få upplevelser och aspekter från dem som genomlevt en akut ortopedkirurgisk behandling. Intervjun genomfördes vid ett tillfälle (Polit & Beck 2006) ca 1,5 - 2 år efter skadehändelsen. I delarbeten II – IV som handlar om planerad ortopedkirurgisk behandlingen för en höft- eller knäplastik var samtliga deltagare ålderspensionerade. Dessa personers upplevelser följdes med intervjuer vid fem tillfällen under den perioperativa perioden, från det att deltagarna hade registrerats på väntelistan och till och med ett år efter operationen (Morse & Field 1995, Saldana 2003).

5.2 KONTEXT

Projektet har genomförts med deltagare från en storstadsregion. Deltagarna i delarbete I om akut ortopedisk kirurgi hade under en tid vårdats på en ortopedklinik vid ett sjukhus. Deltagarna i delarbeten II-IV var samtliga registrerade på väntelistan vid en ortopedisk klinik på ett av regionens sjukhus.

Vården i samband med akut kirurgi började med den plötsliga ortopediska skadan och det initiala omhändertagandet började på skadeplatsen och transporten via helikopter eller ambulans till sjukhusets akutmottagning. Deltagaren vårdades därefter antingen på intensivvårdsavdelning och/eller på en ortopedkirurgisk vårdavdelning. Vissa deltagare

fick hjälp av en närstående eller en vän med transporten till sjukhuset och vårdades efter inläggning via akutmottagningen på en ortopedavdelning i samband med den kirurgiska behandlingen. Deltagarna erhöll efter utskrivningen från sjukhuset fortsatt vård på en rehabiliteringsklinik eller rehabilitering via primärvården.

Vården i samband med planerad kirurgi för en höft eller knäplastik bestod av en kallelse till sjukhusets ortopedmottagning, efter remiss från en läkare i primärvården. Bedömning för operationsindikation och ingreppets natur gjordes sedan av en specialistläkare inom ortopedi varefter patienten sattes upp på väntelistan. Vid besöket lämnade läkaren muntlig information och lämnade en informationsskrift om den kommande operationen och dess genomförande. Därefter gjorde deltagaren ett preoperativt besök ca två- tre veckor före operationen på ortopedmottagningen för undersökningar och ytterligare information. Vården på en av sjukhusets ortopedavdelningar varade i 3 - 4 dagar före utskrivning till hemmet med rehabilitering via primärvården eller till en rehabiliteringsklinik. Efter sex till åtta veckor efter operationen genomfördes en funktionskontroll av en ortoped på sjukhuset.

5.3 FORSKNINGSAKSATS

Den valda forskningsansatsen bygger på tidigare beskrivna utgångspunkter avseende människa och vård och på ett kunskapsperspektiv inspirerat av Husserls fenomenologi (Husserl 1995). Kunskapsperspektivet utgår från att vi finns i världen och medvetet kan uppleva fenomen i den. När vi vill veta mer om en företeelse måste vi gå till den verklighet dvs. den livsvärld av minnen och vardagsvärld som upplevs för att fenomenet ska kunna visa sig. Det handlar om att fånga det som direkt åskådliggörs och upplevs i livsvärlden och beskriva den. Livsvärldsperspektivet hjälper oss att förstå andra människors erfarenheter och upplevelser från deras perspektiv.

Den andra inspirationskällan är Ricoeurs filosofi (1976, 1993) där en text med levda erfarenheter, ses som en diskurs som fixerats, både kan förklaras via strukturanalys och förstås via tolkning. En text, tillrättalagd och bearbetad, lever sitt egna liv utan någon relation till författaren och dennes intentioner med texten och det är läsaren som förstår texten med utgångspunkt i sin förförståelse. I texten finns en inbördes relation mellan förklaring och förståelse som är varandras förutsättningar för att uppnå en mer rik kunskap. Ricoeur menar att det inte finns två metoder, en för förklaring och en för förståelsen, i analysen. Förklaringen står för den metodiska delen och förståelsen är det icke-metodiska momentet som föregår, ledsagar och slutligen innesluter förståelsen (Ricoeur 1993). Tolkning betyder också att undersöka innebörden, betydelsen eller meningen, med något. Det innebär också att en företeelse ska kunna tolkas måste det relateras till ett sammanhang Gustavsson (1996).

Den kvalitativa metoden inspirerade eftersom den kunskap kvalitativa studier genererar kan bidra till en ökad förståelse av ett fenomen, och i det här fallet var motivet att öka förståelsen för att genomleva akut och planerad ortopedkirurgisk behandling. Därför valdes en kvalitativ forskningsansats (Morse & Field 1995, Sandelowski 1991) med ett livsvärldsperspektiv (Bengtsson 1998, 2002, Dahlberg m.fl. 2001) för att kunna belysa vårdtagares erfarenheter och upplevelser av den ortopedkirurgiska behandlingen.

Grounded Theory (Glaser & Strauss 1967, Glaser 1986, Stern 1980, Strauss & Corbin 1998) var en kvalitativ metod från sociologin som vid den här tiden, i slutet på 1990-talet, inspirerade till kvalitativa forskningsansatser inom vårdområdet. Den valdes därför till den första studien när psykosocial rehabilitering efter ett plötsligt ortopediskt trauma skulle belysas. Symbolisk interaktion (Blumer 1969, Chenitz & Swanson 1986) ingick i analysprocessen som stöd för synliggörandet av samband i interaktionen mellan personer i händelserna som skildrades.

Latent kvalitativ innehålls analys (Morse & Fields 1995, Graneheim & Lundman 2004) är en strukturerad metod för att analysera kvalitativt insamlad data. Metoden valdes för den första analysen av de 60 intervjutexterna med fokus på kroppen från den longitudinella studien eftersom den strukturerade analysmetoden antogs ge struktur och underlätta analysprocessen av det omfattande materialet.

5.4 FÖRFÖRSTÅELSE

Historia och erfarenhet påverkar forskningsprocessen medvetet eller omedvetet (Dahlberg m.fl. 2001) vilket kräver reflektion om den egna förförståelsen. De första erfarenheterna av vård som påverkade min syn på vårdandet och tillvaron var från att vårda svårt sjuka och döende medmänniskor inom den tidens långvård. Helanders (1991) ord om att var och en har ansvar för att ta vara på sitt liv medan man lever utifrån livets olika villkor är sympatiska.

Därefter har vårderfarenheter fokuserat på operationssjukvård och medverkan vid medmänniskors operationer eller indirekt medverkan genom att utbilda operationssjuksköterskor. Litteraturen om operationssjuksköterskans perioperativa roll (Groah 1983) som tydliggjorde att målet för operationssjuksköterskans samtliga perioperativa vårdåtgärder är högsta möjliga nivå av hälsa för patienten och om den perioperativa vårdmodellen (Tollerud m.fl. 1985) som synliggör operationssjuksköterskans professionella kompetensutveckling mot ett excellent vårdande har präglat mitt synsätt på operationssjukvården. Meleis (1997) modell där relationen mellan patient och sjuksköterska är central och teorin om människors övergångar från ett skede i livet till ett annat har ökat förståelsen för patientens situation och behov i vården (Meleis 2000). Operationsavdelningen där patienten opereras är en enhet av flera i en vårdkedja där vårdare på olika platser avlöser varandra för att tillgodose patientens vård inför och efter operationen. Från tidigare möten med patienter i samband med deras operation har de framfört brister i kommunikationen mellan olika vårdenheter.

5.5 DELTAGARE

5.5.1 Deltagare akut ortopedisk kirurgi

Deltagarna till Delarbetet I hade valts ut från en större undersökningsgrupp för en tidigare randomiserad interventionsstudie om effekter av tidigt psykosocialt stöd (Ponzer m.fl. 2000). I den tidigare studien hade deltagarna följts upp postoperativt vid särskilda tillfällen på sjukhuset via utvalda frågeformulär. Resultatet från den studien

gav anledning till att ett mindre antal utvalda personer erbjöds att delta i den aktuella intervjustudien för att få en djupare förståelse av patienternas upplevelser av traumat och dess akuta behandling och efterföljande rehabilitering. Personer från den tidigare randomiserade studien, både från interventionsgruppen, grupp 1, och från kontrollgruppen, grupp 2, och som representerade olika svårighetsgrad på sina skador samt både kvinnor och män, erbjöds därför att medverka i den här studien.

Tabell 1. Deltagare för delarbeten I avseende ålder, kön, boendeform, skador och yrkesverksamhet.

Deltagares ålder och kön K kvinna M man	Boende E Ensam P Parförhållande	Skada/skador	Yrkesverksamhet före trauma	Yrkesverksamhet efter trauma
K 23	P	Calcaneusfraktur	JA	JA
K27	E	Öppen femurfraktur, sårskada huvud	JA	JA
K 45	E	Fraktur ledpanna höft	JA	Fortf. problem
K 50	E	Fraktur ledpanna höft + luxation höft Luxerad fotled + sår, ligamentskador	JA	Fortf. problem
K 51	E	Fotledsfraktur	JA	JA
K 52	P	Underbensfraktur	JA	JA
K 60	E	Fraktur skulderblad, underarm	Garantipension	Garantipension
K 60	P	Fotledsfraktur	JA	JA
M 25	P	Underbensfraktur	JA	JA
M 31	E	Bäckenfraktur, lårbensfraktur	JA	JA
M 40	P	Fotledsfraktur	JA	JA
M 42	E	Fotledsfraktur	JA	JA
M 50	E	Fotledsfraktur	Arbetslös	Arbetslös
M 53	P	Distorsion + hälseneruptur	JA	JA
M 53	E	Fotledsfraktur	JA	JA
M 55	P	Frakturer; underben, höft, skulderblad, nyckelben och revbensfraktur	JA	JA

De sexton deltagarnas skador var av olika svårighetsgrad och fem av dem hade en svårare skada med multipla frakturer medan elva patienter hade en lindrigare skada som t.ex. en fotledsfraktur. Åtta av patienterna hade ingått i interventionsgruppen och erbjudits psykosociala stödåtgärder under den akuta rehabiliteringsperioden, grupp 1, och åtta patienter hade ingått i kontrollgruppen dvs. inte erhållit något annat stöd än det som ingår i sedvanlig vård, grupp 2. Medelåldern för de sexton deltagarna med åtta

män och åtta kvinnor var 44 år med en variation mellan 23 till 60 år. Vid skadetillfället var fjorton yrkesverksamma, en var arbetslös och en av dem var förtidspensionerad. Samtliga levde en självstyrd tillvaro och åtta deltagare levde i ett parförhållande och åtta var ensamstående.

5.5.2 Deltagare och planerad ortopedisk kirurgi

Sexton personer skulle väljas ut konsekutivt till undersökningsgruppen för delarbete II-IV. Personer (65 år och äldre) från väntelistan för en höft- eller knäplastikoperation erbjöds delta tills sexton personer ingick i gruppen. Under väntetiden lämnade fyra deltagare studien, två valde att tacka nej till operationen under väntetiden, en blev svårt sjuk och avstod från medverkan och en person avled, vilket betyder att 12 personer deltog i hela undersökningen.

Tabell 2 Deltagare för delarbeten II-IV avseende ålder, kön, boendeform, ingrepp, stöd hemmet och hjälpmedel.

Deltagares ålder och kön K kvinna M man	Boende E Ensam P Parförhållande	Höftplastik THR Knäplastik TKR	Stöd i hemmet av	Behov av hjälpmedel före operationen Kan ta sig utomhus själv/eller inte	Behov av hjälpmedel efter operationen Kan ta sig utomhus själv/eller inte
K 67	P	THR	Make	Kan inte gå ut själv. Käpp	Går ut själv. Kör bil
K 70	P	TKR	Make	Kan inte gå ut själv.	Går ut själv. Käpp, rollator
K 75	P	THR	Make	Kan inte gå ut själv. Rollator	Kan inte gå ut själv. Rollator, rullstol
K 79	E	THR	Närstående	Kan inte gå ut själv. Rollator, rullstol	Kan inte gå ut själv. Rollator, rullstol
K 82	E	THR	Hemtjänst	Kan inte gå ut själv. Två käppar	Går ut själv. Käpp
K 85	E	THR	Närstående	Kan inte gå ut själv. Käpp	Går ut själv. Käpp
M 69	P	TKR	Maka	Kör bil	Går ut själv. Kör bil
M 69	P	TKR	Maka	Kan inte gå ut själv	Går ut själv. Rollator
M 70	P	THR	Maka	Kör bil. Käpp	Går ut själv. Kör bil
M 70	P	THR	Maka	Kör bil. Käpp	Går ut själv. Kör bil
M 74	E	THR	Hemtjänst	Permobil	Permobil. Käpp
M 80	E	THR	Hemtjänst	Kan inte gå ut själv. Käpp	Kan inte gå ut själv. Rollator

Tolv deltagare, sex kvinnor och sex män, i åldrar mellan 67 och 85 år deltog genom hela projekttiden. Nio av dem skulle opereras för en höftplastik och tre för en knäplastik. Samtliga levde vid tiden för intervju i det egna hemmet antingen ensamma eller med en närstående. Flera av dem hade andra hälsoproblem inför operationen.

Median för väntetiden på operationen från registrering på väntelistan var 6 månader med spridning mellan en till > 36 månader.

5.6 DATAINSAMLING

5.6.1 Delarbete I akut ortopedisk kirurgi

Samtliga 16 deltagare kontaktades via ett telefonsamtal och erhöll även ett informationsbrev om studien. Deltagaren valde platsen för intervjun och hade stort inflytande på datum och tid. Av intervjuerna genomfördes 14 i ett samtalsrum på sjukhuset och två i deltagares hem, enligt deras önskemål.

Varje deltagare intervjuades av en av studiens författare, BÅG. Intervjuerna utgick från en intervjuguide med tre övergripande temafrågor ”Vad kommer du ihåg från olyckshändelsen, Hur var det på sjukhuset, Hur klarade du av tillvaron efter utskrivningen från sjukhuset”. Intervjuerna varade ca en timme, spelades in på band och transkriberades ordagrant dagen efter intervjun. De transkriberade texterna samlades i ett häfte som underlättade analysen som pågick fortlöpande under den fortsatta datainsamlingen.

5.6.2 Delarbeten II-IV planerad ortopedisk kirurgi

Deltagare till den longitudinella studien som fokuserade på vårdtagares upplevelser av att genomleva ett planerat ortopedkirurgiskt ingrepp valdes ut av författarna BÅG och SP från väntelistan på ett sjukhus i en storstadsregion för de personer som väntade på en höft- eller knäplastikoperation. Inklusionskriterierna var att deltagarnas skulle vara 65 år eller äldre, tala svenska, vara på väntelistan för ett planerat ingrepp för en primär eller sekundär artros i höft- eller knäleden och villighet att delta i studien.

En undersökningsgrupp med sexton deltagare ansågs lämpligt eftersom det i samband med en longitudinell studie finns en förväntad risk att några drar sig ur (Sandelowski 1999). Personer till undersökningsgruppen tillfrågades fortlöpande tills sexton personer hade tackat ja till att medverka. Först kontaktades personen per telefon för information om projektet och om ett informationsbrev fick sändas. I brevet fanns ett förfrankerat kuvert och en svarstalong att kryssa i ja eller nej för deltagande. Eftersom det var ett problem att kunna ta sig utomhus och posta brevet önskade de flesta att intervjuaren skulle kontakta dem per telefon drygt en vecka efter att informationsbrevet skickats ut.

Fem intervjuer skulle ingå i den longitudinella studien och den första genomfördes en tid efter att deltagaren blivit uppsatt på väntelistan. Den andra dagen före operationen utom i ett fall då den utfördes några dagar tidigare. Den tredje intervjun var planerad att genomföras ett par dagar efter operationen men den tidpunkten visade sig inte lämplig eftersom deltagarna var fullt upptagna med att hantera situationen av att vara nyopererad. Intervjuns tidpunkt flyttades därför fram och genomfördes ca två veckor postoperativt, förutom för en deltagare som inte orkade med någon intervju förrän knappt en månad efter ingreppet. Samtliga deltagare besöktes dock ett par dagar efter operationen enligt överenskommelse och som utlovats av informationen i brevet även

om ingen intervju genomfördes. Den fjärde och femte intervjun genomfördes sex respektive tolv månader efter operationen.

Deltagarna valde platsen för intervjun, antingen i sitt hem eller på sjukhuset och hade också stort inflytande för datumet. 43 intervjuer genomfördes i deltagares hem och 17 på sjukhus.

Vid intervjun ombads deltagaren att med egna valda ord berätta utifrån ett frågetema (Kvale 1997) det hon eller han själv ville och intervjuerna spelades in på band. Varje intervjutillfälle började med att deltagaren ombads att berätta Hur står det till idag relaterat till aktuellt intervjutillfälle dvs. när du har blivit uppsatt på väntelistan, i dag dagen före din operation, tio dagar efter din operation osv. Tre öppna temafrågor ingick: om den dagliga tillvaron, om förväntningar relaterat till ingreppet och om framtiden.

Samtliga sexton deltagare medverkade i den första av de fem planerade intervjutillfällena. Därefter föll fyra deltagare bort ifrån undersökningsgruppen som därefter bestod av tolv deltagare. De intervjuer som ingår i datamaterialet är från de tolv deltagarna som intervjuats vid fem tillfällen omfattande 60 intervjutexter. Av dessa 60 texter är 57 transkriberade från bandinspelningarna och tre texter består av handskrivna noteringar på grund av problem av teknisk art med banden.

Texterna sorterades och häftades ihop på två sätt. I ett häfte samlades alla fem intervjuer för en deltagares perioperativa period vars förlopp därmed kunde följas fortlöpande. I ett andra häfte samlades alla texter från intervju nr. 1, och i nästa häfte alla intervjutexter från intervju nr 2 och så vidare. Båda systemen var till nytta och användes vid analysprocesserna.

5.7 DATAANALYS

Avhandlingens fyra delarbeten är genomgående baserade på intervjutexter med personer som genomlevt akut eller planerad ortopedisk kirurgi. Delarbetena är kvalitativa och analysmetoderna respresenterar Grounded theory, Latent innehållsanalys och Fenomenologisk hermeneutik.

5.7.1 Delarbete I Grounded Theory

Forskningsansatsen i den första delstudien var Grounded theory (GT) som först utvecklades inom det sociologiska vetenskapsområdet av Glaser & Strauss (1967). Metoden används för att hantera företeelser som delas av flera personer och för reaktioner och strategier för att hantera problemet (Glaser 1978). Metoden kan också berikas genom att använda symbolisk interaktionistisk syn på beteende (Blumer 1969, Chenitz & Swanson 1986), där mening och händelser visar sig genom interaktioner mellan personerna vilket kan underlätta förståelsen från deltagarnas perspektiv och visa hur sociala samspel ser ut. Idén för en ansats enligt GT är att datainsamling och analys pågår samtidigt samt att fortlöpande kunskap och förståelse guidar den fortsatta datainsamlingen (Glaser & Strauss 1967, Stern 1980, Strauss & Corbin 1998).

De sexton transkriberade intervjutexterna analyserades med fokus på vårdtagarnas psykosociala rehabilitering efter en plötslig ortopediskt skadehändelse, dvs. trauma (Sandelowski 1994). Metoden gick ut på att formulera begrepp utifrån händelser som skildras i texten för att finna förklaringar på hur problemet kan hanteras. Textmaterialet omfattade 160 sidor med enkelt radavstånd transkriberade texter och innehöll ett stort antal enskilda händelser. En omsorgsfull första öppen kodning gjordes genom att beskriva händelser i textavsnitten som begrepp. Delar och helhet av materialet analyserades fortlöpande dialektiskt genom analysen (Glaser 1978, Stern 1980).

Arbetet genomfördes nära texten för att utesluta fria tolkningar så att varje begrepp var förankrat i det som beskrevs i texten. Begreppen jämfördes därefter med varandra och nya begrepp definierades och återkommande mönster kunde urskiljas. Begrepp relaterades till varandra och kunde hänföras till de tre olika faser; fokus på skadehändelsen, den omedelbara upplevelsen av att vara skadad, sjukhusvistelsen och tiden därefter för rehabilitering och ett begrepp som verkade ha betydelse för socialt stöd genom processen från skadehändelse till återhämtning.

Alla författare i delstudie I deltog aktivt i analysprocessen genom att verifiera eller förkasta de olika tentativa analyserna/begreppen genom att diskutera analysens trovärdighet och rimlighet utifrån texterna (Polit & Beck 2006). Under analysperioden pågick fortlöpande diskussioner mellan författarna om fynd och slutsatser.

5.7.2 Delarbete II Latent kvalitativ Innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalysmetod valdes som analysmetod eftersom den kan genomföras på ett strukturerat sätt i flera steg (Morse & Field 1995). Den metod som har utarbetats av Graneheim & Lundman (2004) tjänade som guide eftersom den innehöll en stegvis beskriven analysprocess som kunde följas vid analys av det omfattande textmaterialet.

Analysen genomfördes i tre omgångar som kumulativt gav förståelse för fenomenet. I den första analysomgången studerades hur deltagarna såg på sin kropp (analys 1). Därefter genomfördes analys 2 med fokus i hur det är att genomleva den perioperativa perioden vid planerad ortopedisk kirurgi för en höft eller knäplastikoperation med utgångspunkt från kroppen, dvs. deltagarnas syn på sin kropp. Resultatet från den andra analysen var vägledning för den tredje omgången (analys 3) som genomfördes med vägledning av resultatet som dittills framkommit för att inhämta en djupare förståelse av företeelsen hur det är att genomleva den perioperativa perioden vid planerad ortopedisk kirurgi för en höft eller knäplastikoperation med utgångspunkt från kroppen (jmf. Graneheim & Lundman 2004, Polit & Beck 2006).

Eftersom kroppen kan ses ur olika perspektiv (enligt tidigare s 9, Drake m.fl. 2005, Guyton & Hall 2000, Leder 1992, Drosy 2004, Merleau Ponty 1999) gjordes en första analys för att få vetskap om vad deltagarnas berättelse visade om begreppet kropp. Tio transkriberade texter från fem kvinnor och fem män analyserades. Först lästes texterna många gånger utifrån fokuset kropp förutsättningslöst och med ett öppet sinne för att undersöka det som berättades i texten. En första formulering av förståelse av helheten visade att kroppen upplevdes som någonting mer än en materiell fysisk kropp. Därefter separerades meningensheter som var relaterade till kroppen från texten.

Meningsenheterna kondenserades, dvs. formulerades om till mindre hanterbara textenheter och begrundades noggrant för att se vad som förenade och skiljde dem åt. Denna process möjliggjorde att de kunde grupperas inom de tre subteman Den materiella fysiska kroppen, Kroppslig förmåga och Känslor relaterade till kroppen. Efter ytterligare begrundan vid analysen av delar och helhet i materialet och i förhållande till den första formulerade förståelsen kunde ett preliminärt huvudtema utkristalliseras som Den levda kroppen dvs. begreppet den levda kroppen som självet och en odelbar enhet av kropp och själ.

I den andra analysen av materialet användes begreppet den levda kroppen som guide när meningsenheter extraherades från alla texter som nu fokuserade på erfarenheter av den levda kroppen genom den perioperativa perioden. Meningsenheterna kondenserades och fick efter begrundan bilda subteman som inordnades inom fyra teman.

I ett tredje steg användes nu dessa fyra teman som guide när meningsenheter extraherades och kondenserades för en ytterligare analys för en djupare förståelse av deltagarnas upplevelser genom den perioperativa perioden. Samtliga meningsenheter fördes in i ett översiktsschema där alla kondenserade meningsenheter från texterna intervju 1 var i en första kolumn, alla enheter från intervjutexterna intervju nr. 2 i nästa kolumn och så vidare. Enheterna samordnades inom de fem respektive kolumnerna för att underlätta den fortsatta analysen. Schemat underlättade möjligheten att begrunda delar, helhet och se sammanhang samt att dra slutsatser i en dialektisk process för en djupare förståelse. De sex teman som nu framträdde blev En smärtande kropp i förfall som förväntas bli kapabel genom operationen, En rädd och dödlig kropp, En försvarslös och utlämnad kropp, En obekant kropp, En anpassningsbar kropp och En självständig och kapabel kropp.

5.7.3 Delarbete III och IV Fenomenologisk Hermeneutik

Delstudie III och IV utgick från en fenomenologisk hermeneutisk forskningstradition som utvecklats av Lindseth & Norberg (2004) för att tolka bl.a. intervjutexter utifrån Ricoeuers (1976) teori om tolkning av texter. I analysprocessen av transkriberade intervjutexter, formuleras efter läsning av texterna, en naiv förståelse. Därefter skiljs meningsenheter ut från texten och kondenseras för att abstraheras till subteman och eventuellt teman i en strukturanalys. Struktur analysens resultat, jämförs med den första naiva tolkningen för validering. Därefter läses hela texten igen, den naiva förståelsen och teman reflekteras i förhållande till litteratur om den levda erfarenheten och en tolkad helhet formuleras.

Analysprocessen startades med att de sextio texterna lästes förutsättningslöst och med ett öppet sinne och textinnehållet begrundades utifrån vad som förmedlades i texten i förhållande till hur vårdtagarna upplevde de formella vårdarnas vård (III) och den begrundan av tillvaron som operationen genererade (IV). Det gjordes för att få en första naiv förståelse av textens innebörder.

Därefter vidtog en strukturerad analys där meningsenheter valdes ut från varje text. Tillvägagångssätt var att noggrant och nära texten försöka se vad den visade utan att

värdera innehållet i relation till den egna förförståelsen om vårdande (III) och den begrundan av tillvaron som operationen genererade (IV). Meningsenheterna kondenserades och formulerades om till hanterbara korta textavsnitt som kunde omfatta en del eller hel textsida men även några få ord. Först bearbetades samtliga intervjutexter från intervju nr. 1, och därefter texterna för intervju nr. 2, osv., tom intervju nr. 5 och samtliga kondenserade meningsenheter dokumenterades i en kolumn för respektive intervjutext nr. 2 i kolumn 2 osv. i ett schema omfattande 42 sidor med enkelradig text.

De kondenserade meningsenheterna sorterades och ordnades så att de som hade ett samband med varandra ur olika aspekter och från de olika intervjuerna placerades på samma nivå i sina respektive kolumner så att ett mönster framträdde. Strukturanalysen genomfördes genom att likheter och olikheter, och delar och helhet begrundades innan representativa subteman kunde formuleras. Därefter vidtog ytterligare begrundan av de subteman som framträtt och teman kunde formuleras. Texterna lästes nu igen i sin helhet och begrundades. Den första formulerade naiva förståelsen och teman från strukturanalysen övervägdes i relation till litteratur och slutligen formulerades förståelsen i form av innebörder i den tolkade helheten i samverkan mellan författarna.

6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Projektet har godkänts av den lokala etiska kommittén, Dnr. Reg. no. 97-2001/142, och delarbeten II-IV Dnr. Reg. no. 97 - och 2001/142. Studierna har genomförts i enlighet med Helsingforsdeklarationen (1964) och ICN, etisk kod för sjuksköterskor (2002) och de fyra huvudkraven för forskningsetiska principer vid humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning enligt informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2001).

Projektet genomfördes i en storstadsregion och deltagarna levde i olika kommuner. Därför kunde anonymitet garanteras utan svårigheter. Deltagarna informerades också om att alla uppgifter behandlades konfidentiellt och att de när de ville kunde de avbryta sin medverkan utan någon förklaring. De informerades om att medverkan var helt frivillig och att det inte på något sätt skulle påverka framtida vård om de tackade nej (Polit & Beck 2006). De fick också information om att intervjuaren var fristående från vårdorganisationen men hade en bakgrund som operationssjuksköterska och tjänstgjorde som vårdutvecklare inom en annan vårdorganisation och var doktorand vid universitet. Om de ville medverka med en intervju skulle de få förnyad information om projektet i samband med den första intervjun och att det var helt fritt att avstå från medverkan efter informationen.

Deltagares informerades skriftligt eller muntligt inför varje intervju om sina rättigheter som studiedeltagare och deras medgivande dokumenterades. Det var särskilt viktigt för deltagarna i den longitudinella studien eftersom de kunde känna sig tvingade att fortsätta medverka på grund av fortlöpande kontakter med intervjuaren via telefonsamtal, som togs för medgivande, bokning av tider i samband med de fem intervjutillfällena.

7 RESULTAT

7.1 DELARBETE I

Studien ger en föreställning om vad återhämtningsprocessen från en akut skadehändelse som behandlades inom ortopedisk kirurgi förde med sig med fokus på skadehändelsen, den omedelbara upplevelsen av att vara skadad, sjukhusvistelsen och tiden därefter för rehabilitering.

Att försöka förstå vad som hänt och varför händelsen inträffat.

Den första fasen i anslutning till skadehändelsen handlade om att försöka förstå vad som hade hänt. Deltagarna beskrev hur det hade gått till när de skadade sig och hur de hade klarat av svårigheterna i samband med det akuta omhändertagandet. Det som var gemensamt för dem var att försöka förstå varför skadan hade inträffat och dess konsekvenser. Skadan medförde att de blev beroende av andras hjälp vilket var en frustrerande och fullständigt ny situation som kunde medförde rädsla och ilska. Det kunde vara svårt att förstå de egna reaktionerna både intellektuellt och känslomässigt, att känna sig övergiven, att känna skuld, skam, självömkan, upplevelsen av fysisk smärta och oro förknippat med smärtan. Behovet att få tala om händelsen och sina upplevelser och få bekräftat att deras reaktion var helt normal i sammanhanget var viktigt. Att bli bemött och lyssnad till med respekt, omtanke och förståelse av de professionella vårdarna gjorde att de kände sig trygga. Bemötande som upplevdes negativt var förknippade med att bli lämnad ensam, att bli bemött som en sak, som frakturen, med ovänligt tonfall eller ett bryskt handlag. De goda upplevelserna av vården var viktiga för att deltagarna skulle känna att återhämtningen 'gick åt rätt håll' både fysiskt och känslomässigt. För att komma till klarhet om sin skadehändelse var av betydelse för att kunna känna förtroende för den vård de fick på sjukhuset och vårdarens förklaringar kring skadans omfattning och läkningens progress.

Att återhämta sig från trauma och klara av sin dagliga tillvaro

Nästa fas handlade om att finna lösningar för att klara av sin dagliga tillvaro. Under den här tiden skaffade sig deltagarna hjälp av närstående och vänner eftersom de inte litade på sin egen förmåga att klara av sin vardag. De fick ändra rutiner som t.ex. att göra vardagsrummet till sitt för sovrum för att kunna se TV och ordna med telefonsvarare eftersom det var svårt att hinna fram och svara. För en del av deltagarna medförde skadan ett fullständigt nytt liv utifrån förändrade förutsättningar och tidigare fritidsaktiviteter fick bytas ut mot mindre krävande. Att försöka klara av sin dagliga tillvaro innebar också att hantera sin inaktivitet och hantera känslor av mindervärdighet som var förenade med den försämrade fysiska förmågan. Att initialt vara beroende av kirurgen för sin vård ändrades till att behöva stöd och hjälp med andra frågor under rehabiliteringsfasen. Efter utskrivningen var deltagarna fortfarande beroende av vårdarens stöd genom sjukgymnastik, träning och undervisning som innehöll förklaringar samt stöd och hjälp för att klara av olika situationer med hjälp av tekniska lösningar. Möjligheten att med kort varsel få komma till sjukhuset vid oro och bli undersökt för det som var fel, till exempel på grund av stark smärta i det opererade benet, bidrog till känslan av trygghet. När sjuksköterskor eller sjukgymnaster ringde hem för att höra hur det gick för deltagarna bidrog det också till känslor av trygghet. Att

bli skadad hade ibland lett till ekonomiska svårigheter vilket medförde frustration över att behöva anlita advokat i kontakten med försäkringsbolagen för sådana frågor. Det fanns dock positiva insikter, som att sjukskrivningen kunde bytas ut mot sjukresor med möjlighet att börja arbeta igen.

Skapa förändringar i tillvaron efter trauma

Vid tiden för intervjun hade de flesta börjat arbeta igen men samtliga berättade om förändringar i sitt liv. Även om de klarade av att göra det mesta som de hade kunnat före traumat, hade de fått förändra t.ex. fritidsaktiviteter, på grund av försämrad balans. För en del hade skadan medfört arbetslöshet, eftersom kvarstående skador föranledde att arbetets art måste förändras för att det skulle kunna gå att arbeta igen. I samband med att deltagaren berättade om traumat och vägen tillbaka återupplevde de skadehändelsen och den egna kampen för att ta sig igenom tiden efteråt. Att återuppleva händelsen i tanken kunde också medföra svåra känslor. I efterhand framkom att en del deltagare ångrat att de inte hade tackat ja till en samtalskontakt. Traumat hade också medfört upplevelse av att personligheten hade förändrats med instängdhet och förlorat självförtroende som följd. Det fanns även upplevelse av att traumat medfört den bästa tiden i livet, eftersom det var första gången det fanns tid att läsa, koppla av och sköta om sig själv och en känsla av att andra brydde sig om hur det stod till.

Författarnas tolkning utifrån deltagarnas berättelser är att när de erbjöd sig att hjälpa andra som skadat sig i en likartad situation var det tecken på att de lämnat skadehändelsen bakom sig. De som hade varit svårt skadade uttryckte tacksamhet för att överlevt och fått en andra chans i livet. Deltagarna kunde vid den här tiden efter skadehändelsen distansera sig från rollen som patient och ansåg att den vård de erhållit var bra nog. Vikten av en god relation mellan vårdare och den som vårdas och att bli bemött som den unika person de var samt att få individuella behov tillgodosedda poängterades dock starkt. Det var också viktigt att få bra information om sin situation som patient: vilka rättigheter de hade som patient, vilka alternativa behandlingsmöjligheter som stod till buds, vilka möjligheter till transporter till sjukhuset för läkarbesök fanns, att det finns tid att ostört få tala med läkaren, att ha ett utarbetat rehabiliteringsprogram, få vetskap om hur lång tid återhämtningen kunde ta och vilka var framtidsutsikterna relaterat till skadans art samt få mer kunskap om vad som händer i kroppen i samband med skada och läkning och varför det är så.

Slutsats

Återhämningsprocessen från en akut skadehändelse var en övergång i livet där vård där ömsesidig bekräftelse mellan den vårdade och vårdaren verkade medförda psykosocialt stöd, dvs. att vårdtagaren blev bemött med respekt som en fullvärdig person utifrån sina förutsättningar, att vårdaren brydde sig om hur det gick genom att undervisa och ge förklaringar vilket bidrog till att vårdtagaren kunde ta till vara egna resurser för en fungerande tillvaro. Ett sådant bemötande var av betydelse genom hela perioden från skadehändelsen för vårdtagarna återhämtning.

7.2 DELARBETE II

Studien visade hur äldre personer upplevde sin kropp genom den perioperativa perioden för en höft- eller knäplastikoperation.

En kropp i förfall blir stark och duglig genom operationen

Kroppen och dess förmåga och framtoning var ständigt i deltagarna tankar, eftersom smärta och svårigheter att förflytta sig kontinuerligt påminde om kroppens bräcklighet. De led av att visa sin skröplighet med olika längd på benen och undvek ibland att använda käpp för att inte bli betraktade som handikappad. De gradvisa försämringarna hade ofta under flera år föranlett läkarbesök och behandlingar innan de registrerades på väntelistan för operation. Smärtorna och den försämrade funktion på grund av artrosen påverkade så småningom hela kroppen och att behöva äta smärtstillande tabletter medförde oro för att skada kroppen. Att ramla på golvet och bli liggande utan att kunna ta sig upp själv var otäcka händelser och en mobiltelefon eller armbandslarm tjänade ofta som trygghet. Samtidigt som de berättade om livet med en rörelsehindrad kropp skildrade de hur förträfflig kroppen hade varit tidigare med en utmärkt förmåga och styrka.

Deltagarna orkade stå ut under väntetiden till operationen eftersom de hade en dröm om att kroppen skulle återfå sin forna goda kapacitet genom operationen, att de t.ex. skulle kunna cykla, paddla kanot och dansa. Förväntningarna inkluderade smärtfrihet och rörelsefrihet för att kunna ta sig utomhus igen. Därför var det enkelt att först tacka ja till en plats på väntelistan och sedan stå ut under väntetiden, trots oron för själva operationen.

En rädd och dödlig kropp

Nära i tiden inför operationen avslöjades farhågor för att kroppen skulle kunna skadas om operationen misslyckades. Rädslan omfattade risken att minska i kroppslängd, att bli förlamad, hamna i rullstol eller bli hänvisad till gånghjälpmedel för resten av livet. Tanken på att kanske förblöda till döds om en artär råkade skäras av, eller att de skulle dö av en blodpropp skapade rädsla. Rädslan omfattade även risken att det skulle visa sig vara en cancer tumör istället för artros, eller att en infektion skulle drabba dem efteråt. Oron handlade också om risken att inte kunna ta vara på sig själv efter operationen, att behöva skämmas om man inte skulle hinna till toaletten i tid, klä sig utan hjälp, eller att bli utskriven från sjukhuset innan de var redo och kunde klarade sig själv. Deltagarna valde att genomföra sin operation trots dessa farhågor.

En försvarslös och övergiven kropp

Tiden under operationen avslöjades både som en hemsk upplevelse och som en händelse att uppskatta. Deltagarna hade inte varit förberedda på vad det skulle innebära att förlora kontrollen över sin kropp med förlust av känsel och rörlighet i benen, vilket hade medfört en upplevelse av fasa när de blev medvetna om det. Ljud från bankningar och den känsla i kroppen det orsakade hade medfört rädsla. Det som uppskattades var bl.a. att ha fått vila avslappnat och att få sina önskningar om att få sova tillgodosedda.

En obekant kropp

Känslan av utmattning efter operationen slog deltagarna med häpnad, eftersom de aldrig hade kunnat föreställa sig att de skulle bli helt immobiliserade. Deltagarna hade inte förväntat sig att de inte skulle kunna ta hand om sig själv. Insikten började också infinna sig att operationen inte skulle ge tillbaka den starka kapabla kroppen från förr i tiden. Efter en knäplastikoperation kunde det kännas som att de inte klarade något själv och benet inte längre tillhörde kroppen.

En anpassningsbar kropp

Att övervinna den obekanta och odugliga kroppen var en kamp som ibland medförde komplikationer nya problem. Det var en svår upplevelse om operationssåret läckte, eller om de fick urinvägsinfektion med täta trängningar och eller att en fraktur uppstått i benet vid operationen. Nya kroppsliga sensationer gjorde entré, såsom smärta på grund av stygnen i såret.

Det innebar stora ansträngningar att återerövra förmågan att behärska sin kropp för deltagarna. Det var en kamp att sakta lära sig hur rörelser skulle utföras och hur kroppen skulle hanteras i olika situationer, steg för steg. Deltagarna fick information om teknik för att ta sig själv upp ur sängen och ställa sig på golvet. De lärde sig hur kroppen skulle hanteras för att lära sig att gå, hur de skulle sitta på en stol och hur de kunde göra för att få på sig sina kläder. Att kunna gå samtidigt som man bar något i händerna värderades som ett stort framsteg mot att återta sin kroppsliga förmåga. Bara att kunna stå bredvid spisen och laga mat var i början en uppgift som krävde stor ansträngning.

Under det fortsatta förloppet började anpassningen till kroppens nya förutsättningar. Möjligheter och begränsningar upptäcktes. Att återta kontrollen över kroppen var både en känslomässig och intellektuell process eftersom de var tvungna att lära sig hur det skulle kännas i samband med olika rörelser för att utveckla säkra rutiner, och att inte utsätta kroppen för skaderisken så att den nya leden skulle luxera. Att tillägna sig sådan skicklighet var ett stort framsteg och de var tacksamma när de kunde tillfredsställa sin önskan om att kunna ligga på sidan i sängen igen. Det krävdes fortfarande både intellektuellt värdering av den fysiska förmågan och känslomässigt mod vid planeringen av olika aktiviteter relaterat till den kroppsliga förmågan, t.ex. de behövde lära sig hur lång tid de kunde klara av att gå för att våga ta en promenad ensam utomhus. Fortsatta framsteg som att kunna ta sig till olika platser med kommunala färdmedel istället för färdtjänst, att kunna gå ut och shoppa, att kunna köra bil igen, att kunna dansa och resa var stora framsteg som skänkte stor glädje och tillfredställelse. Att bli medveten om sin ökade kapacitet medförde också att självförtroendet växte.

En självständig och kapabel kropp

Känslan av att bli bekant med sin kropp och kunna lita på att den fungerade var mycket viktigt under rehabiliteringstiden. Att inte längre behöva ta smärtstillande tabletter för att kroppen skulle fungera var en ny frihet som skänkte ytterligare tacksamhet och tillfredställelse att kunna njuta av livet.

Efter sex månader kretsade tankarna för en del av deltagarna kring helt andra saker än den opererade leden. Vid förfrågan om hur det stod till efter operationen kunde svaret

vara 'jag har ingen höft längre'. Anpassningen till en kropp och nya förutsättningar hade landat. De upplevde också med tacksamhet att de var kapabla igen fastän de behövde använda gånghjälpmedel eller hade fått problem med balansen.

Rädslan fanns fortfarande för att ramla och över att inte kunna ta sig upp själv igen, eftersom de inte fått lära sig det. De flesta stannade gärna inomhus när det var snöigt och halt ute. Oavsett detta var deltagarna tacksamma för att de genomfört operationen eftersom de var befriade från smärta. Trots en försämrad kroppslig förmåga medförde smärtfriheten efter operationen tillfredsställelse över att den genomförts.

Slutsats

Att genomleva den perioperativa perioden för en höft- eller knäplastikoperation verkade vara en kamp utifrån oförutsedda förutsättningar genom en övergång med olika faser för att återta makten över sin kropp från nya förutsättningar och därmed kontroll i tillvaron.

7.3 DELARBETE III

Studien handlar om vårdtagares upplevelse av de formella vårdarnas vård genom den perioperativa perioden för en höft- och knäplastikoperation. Innebörden av den första naiva tolkningen var att deltagarna hade en mycket stark önskan att operationen skulle ge självständighet i tillvaron, smärtfrihet och förhoppningsvis förbättrad fysisk förmåga. Det var avgörande att bli bemött som en värdig kapabel person av vårdarna och adekvat information var ett absolut krav för att kunna förstå vad operationen skulle medföra för att kunna bli delaktig i sin vård och kunna känna kontroll över situationen. Känslan av att vara i trygga händer var mycket viktig och det var avhängigt om deltagarna kände förtroende för vårdarnas kompetens och omsorg. Vägledning av skickliga vårdare var mycket viktigt för att kunna nå sina uppsatta mål. Strukturanalysen genererade sju subteman som inordnades inom de fyra teman: 'En ständig strävan för att bli en aktiv part och delaktig i sin vård', 'Otillräcklig kunskap genererar oro och känslan av främlingskap', 'Tillit till vårdarnas kompetens avgörande för att känna sig i säkra händer', 'Vård av kompetenta vårdare genererar förmåga att ta ansvar för sin situation'.

Den tolkade helheten gav förståelse för att deltagarna först betraktade själva operationen som nyckeln till att återfå en självständig god tillvaro men så småningom kom insikten att all vård som var förknippad med ingreppet som genomfördes av kompetenta formella vårdare var nödvändig. Innebörden av formella vårdares vård var för patienterna att få vara i säkra händer med hjälp av kompetenta formella vårdare genom hela den perioperativa perioden för en höft- eller knäplastikoperation, dvs. från registreringen på väntelistan tills ingen mer vård behövdes relaterat till aktuellt ingrepp.

En ständig strävan för att bli en aktiv part och delaktig i sin vård

Innebörden av den ständiga strävan var att efter flera år av besök i vården få en diagnos för kirurgi. En plats på väntelistan var första målet och deltagarna var mycket medvetna om vårdarnas makt att erbjuda en operation eller inte. Deltagarnas hela förtröstan om en bättre tillvaro relaterades till operationen och med stor beslutsamhet och viljestyrka ansträngde de sig för att få operationen genomförd.

Otillräcklig kunskap skapar oro och utanförskap

Innebörden av otillräcklig kunskap var att det skapade ständig oro när kunskap för att kunna känna kontroll i tillvaron saknades. Det fanns viss kunskap som kirurgens information att operationen skulle medföra minskad smärta och förbättrad kroppslig förmåga. Motstridig information från olika vårdare vid olika vårdenheter medförde dock förvirring och ökad oro inför operationen. Behov av information och kunskap med svar på olika frågor var ett kontinuerligt behov genom den perioperativa perioden för att lindra och stilla oro.

Den skriftliga informationen uppskattades, men skapade ibland oro eftersom det var svårt att föreställa sig sådant man aldrig varit med om förut och det fanns ingen att fråga. Det var svårt att kontakta experterna på sjukhuset för vägledning under väntetiden för operationen eftersom deltagarna inte visste till vilken yrkeskategori respektive fråga skulle ställas till. En innebörd var också att de inte vågade ställa frågor till någon obekant vårdare och eftersom vårdarna som regel obekanta fick de leva i ovisshet. De frågor som de ville ställa handlade bl.a. om risker med ingreppet relaterat till andra närvarande hälsoproblem men det var även frågor av praktisk natur. Tillgänglig information blev då hörsägen från familj, vänner och bekanta, som inkluderade anekdoter om att operera sig. Andra källor var artiklar i veckotidningar där andra berättade om sin operation liksom radio, TV och Internet.

Innebörden av att medverka var att deltagarna utförde de instruktioner de fick av vårdarna på ett samvetsgrant sätt då de ville nå sitt mål, ett bra resultat av operationen. Oklara instruktioner ledde till oro att göra någon fel och inte bidra till ett bra resultat.

Innebörden av bristande kunskap kring rehabiliteringen medförde att deltagarna passiviserades och var tvungna att lämna över beslut till vårdarna om t.ex. utskrivning skulle ske till hemmet eller till en rehabiliteringsklinik. Otillräckliga kunskaper om den nya leden skapade behov av diskussion och vägledning som saknades. När problem långt senare uppstod med smärta i en fot, olika längd på benen eller försämrad balans kontaktades inte kirurgen på sjukhuset eftersom de nya problemen kanske inte var förknippade med det tidigare ingreppet. Återigen blev familj och vänner de som fick rekommendera en eller flera olika vårdare för att åtgärda hälsoproblemet.

Tillit till vårdarnas kompetens avgörande för att känna sig i säkra händer

Innebörden av att vara i säkra händer var att det fanns ett generellt förtroende för vården och vårdarnas kompetens, men när det gällde den egna personliga vården uppstod tvivel och oro kring vårdarnas kompetens. Att bli bemött som en värdig, jämlik medmänniska var oerhört viktigt för att kunna behålla personlig värdighet trots beroendet av vårdarnas hjälp för nästa allt. Deltagarna kände sig särskilt under sjukhustiden helt utlämnade till vårdarnas omsorg och vägledning. Att var följsam till den vård som bjöds var en strategi för att inte misshaga vårdarna och riskera dålig omsorg, t.ex. genom att inte ge uttryck för ilska och frustration över att operationen blivit uppskjuten utan i stället artigt ta emot beskedet med låtsad förståelse.

Innebörden av att bli vårdad på sjukhuset var medvetenheten om det totala beroendet av vårdarnas kompetens och vilja att vårda. Vårdtagarna betraktade vården som en

ömsesidig process mellan vårdare och vårdad och därför skulle vårdarna helst hållas på gott humör för att få omtänksam vård. Inga vårdåtgärder ifrågasattes under sjukhustiden, eftersom det inte var möjligt att förstå allt som skulle hända under den korta effektiva vårdtiden. Inför operationen överlämnades ansvaret för allt i vårdarnas händer och antingen gavs uttryck för förtröstan inför framtiden eller skräck för att operationen skulle medföra död.

Det hade känts tryggt att inte vara ensam under operationen. Ingen kritik riktades heller medvetet till vårdare om vården under sjukhusvistelsen eller på rehabiliteringskliniken. Obehagliga upplevelser accepterades för att inte riskera 'att bita handen som föder'. Att uppleva dåligt bemötande från en vårdare i en vårdsituation var svårt att hantera och en oförsämd kommentar om något som deltagaren inte kunde påverkas medförde missmod, sänkt självkänsla och självförtroende. Negativa upplevelser genom den perioperativa perioden av en vårdares direkta okunskap i en vårdsituation orsakade också oro för att resultatet av operationen skulle bli dåligt. Ibland saknades en kompetent vårdare för den postoperativa träningen.

Vård av kompetenta vårdare genererar förmåga att ta ansvar för sin situation.

Innebörden av att bli vårdad av kompetenta vårdare var att vårdarnas kunskaper om operationen genererade trygghet om att vara i säkra händer. Mötet i vården med vårdare som var kända från tidigare goda vårdtillfällen skänkte trygghet. Om kirurgen hade rekommenderats av familjen, vänner eller av läkaren i primärvården var det en garanti för ett bra operationsresultat. Obekanta vårdares kompetens värderades utifrån deras bemötande; ett respektfullt bemötande med hänsyn till vårdtagarens personliga behov var en första bekräftelse på att vårdaren var kompetent för sin uppgift.

Efter operationen, när känslor av hjälplöshet och sårbarhet tilltog, kunde ett gott samtal med en vårdare återge hopp och framtidstro. En mjuk klapp av vårdarens hand, värmen i vårdarens röst eller bara några enkla omtänksamma ord var oerhört uppskattade. När det kändes att vårdaren genomförde vårdåtgärder på ett skickligt och trevligt sätt var det också uttryck för kompetens. När vårdare visste vad deltagaren behövde och tog ansvar för det utan att deltagaren behövde säga till var det bästa möjliga vård. Vårdares flexibilitet och förmåga att hjälpa till uppskattades också.

Att få möta samma vårdare under vårdtiden, vilket gav kontinuitet i vården, genererade mod att våga ställa frågor och få ökad kunskap. Rehabilitering med träning utformat efter personliga behov och som genomfördes med kontinuitet uppfattades som god och målinriktad vård.

En innebörd var också att erfarenheter och upplevelser av vård förändrades med tiden. Ett år efter operationen var värderingen av vårdarnas vård, av dem som levde en självständig tillvaro, att alla hade varit trevliga och kompetenta. Om inte självständighet hade uppnåtts ansågs det bero på bristande vägledning och träning. Den intraoperativa vården och kirurgens kompetens att utföra operationen nämndes aldrig som tänkbar anledning till ett oväntat dåligt resultat.

Slutsats

Patienter verkar behöva en vårdorganisation som kan erbjuda kontinuerlig vägledning av kompetenta vårdare för att de ska kunna känna trygghet och kontroll i tillvaron genom den perioperativa perioden.

7.4 DELARBETE IV

Studien handlar om innebörden av den begrundan om tillvaron som en operation för en höft- eller knäplastik genererar genom den perioperativa perioden. Den första naiva förståelsen var att operationen var ett alternativ att fly från ett liv som inte var värt att leva föranlett av den smärta, det handikapp och fångenskap som den utslitna höft eller knäleden orsakade. Begrundan kring existentiella frågor som den kommande operationen genererade medförde tvivel om att anta utmaningen och genomföra operationen och kanske sätta livet på spel för hoppet om ett bättre liv. Funderingarna medförde privata överläggningar om att operera sig eller inte. Om beslutet blev att operationen var det rätta gav det tröst och styrka genom den perioperativa perioden. Att gå igenom ingreppet utan personlig övertygelse genererade ständigt tvivel om operationen var det rätta. Operationen genererade också begrundan om tidigare liv för att vara beredd om operationen medförde döden. Efter operationen uttrycktes tacksamhet över att ha överlevt, men snart infann sig ny rädsla på grund av känslan av utmattning och hjälplöshet. När framsteg vanns efter operationen ökade hoppet och så småningom infann sig tacksamhet för ett nytt gott liv. När framsteg uteblev trots ansträngning, förlorades hoppet till förmån för bitterhet och förtvivlan och en ny kamp för att acceptera de försämrade förutsättningarna för framtiden infann sig. Strukturanalysen genererade sju subteman som inordnades i fyra teman: 'Att välja utmaningen', 'Att värdera sitt tidigare liv mot nuvarande situation', 'Från en tillvaro i tacksamhet till den vanliga vardagen', 'Från förtvivlan till tvånget att acceptera försämrade förutsättningar i tillvaron'.

Den tolkade helheten tyder på att höft- och knäplastikoperationen var en genomgripande händelse i livet som genererade existentiell begrundan över livet och döden. Operationen var en utmaning som krävde en uppgörelse med sig själv om att anta utmaningen och operera sig med utgångspunkt i en värdering av sitt tidigare liv för att vara redo om operationen medförde död. Det gav en medvetenhet om att anta utmaningen kunde ge ett gott liv igen med framtidstro eller risken att dö.

Att välja utmaningen

Innebörden av att välja utmaningen var insikten att livet inte var värt att leva med smärta, handikapp och fångenskap och det fanns en väg från lidandet genom en operation. Först hade det varit lätt att acceptera en plats på väntelistan men under väntetiden uppstod tvivel om operationen var det rätta och då infann sig privata överläggningar om att operera sig eller inte. Övertygelse att operationen var det rätta medförde tröst och styrka under den perioperativa perioden. De närstående informerades när beslutet var taget. Att operera sig utan personlig övertygelse på någon annans inrådan medförde oavbrutet tvivel.

Innebörden av begrundan inför operationen visade att det var krävande att vänta på operationen utan att vet när i tiden operationen skulle ske. Det underlättade att ha fått

ett preliminärt datum för att veta hur lång tid väntan skulle vara, men om operationen blev uppskjuten orsakades mycket begrundan om hur det skulle vara möjligt att uppbåda energi för att börja vänta igen. Ibland valde deltagare möjligen att bli kallad med kort varsel till operationen och därmed en kort väntetid men det förekom också att en deltagare valde en längre väntetid för att få avsluta viktiga saker och säga adjö om på grund av farhågor för att operationen skulle betyda döden.

Innebörden att operationen medförde hopp om en bättre tillvaro fanns oavsett deltagarnas olika förutsättningar inför ingreppet. När förbättringar upplevdes efter operationen ökade hoppet om ett ny god tillvaro och avslöjade tankar om att förhoppningar kunde realiserats som t.ex. att åka och handla nya kläder för första gången på mycket lång tid. Med tiden infriades förväntningar om en bättre daglig tillvaro. Då vek den självcentreringen undan som orsakats av att leva med en skröplig kropp. Undan för undan ökade intresse och empati för familj och vänner och andra medmänniskor. Intresset för omgivningen ökade, liksom för den omgivande världen, vilket antydde en anpassning till att njuta av livet från nya förutsättningar.

Att värdera sitt tidigare liv mot nuvarande situation

Innebörden visade på rädsla för skada och/eller död som den kommande operationen kanske kunde medföra. Att umgås med minnen från förr och begrunda vad som åstadkommit eller inte i livet avslöjades som att bli redo för att operera sig. Det framkom även sorg över livets orättvisor och ett liv i lidande och behöva en operation. Operationen väckte minnen av tidigare nära döden upplevelser. Tidigare otäcka minnen som var förknippade med vård för en skada för 50-60 år sedan visade sig om den tidigare skadan varit i samma höft eller knä som nu skulle opereras. Det planerades för begravning, testamente skrevs och privat pappersarbete gjordes i ordning för efterlevande ifall operationen skulle medföra död.

Lättnad över att ha överlevt ingreppet uttalades efteråt men att bli medveten om sin sköra och hjälplösa situation genererade ny rädsla över att kunna överleva och klara av rehabiliteringen. Minnen av rädsla inför operationen kunde avslöjas ett år efteråt.

Från en tillvaro i tacksamhet till den vanliga vardagen

Innebörden av ett gott resultat av operationen medförde att få njuta av ett liv med nya möjligheter. Glädje över att leva utifrån sina egna önskningar och inte vara styrd av smärta och en handikappad kropp avslöjades, liksom att planera för framtiden som nu blivit realistiskt. Sådant som deltagarna hade försaka under lång tid kunde nu upplevas igen, vilket gav antydde att återhämtningen efter operationen var avslutad. Så småningom återvände vardagen med problem i familjen och nya hälsoproblem. Det fanns funderingar över hur länge proteserna skulle hålla och det föranledde aktiviteter för att hinna med allt man ville göra eftersom livet var på lånad tid. Ett år efter ingreppet uttrycktes tacksamhet över att ha genomfört operationen och ingreppet rekommenderades som hjälp till andra som led av deras tidigare hälsoproblem.

Från förtvivlan till tvånget att acceptera försämrade förutsättningar i tillvaron.

Innebörden var också förtvivlan och tvånget att acceptera att operationen inte hade infriat förväntningarna. Hoppet om det goda livet operationen skulle medföra avtog när framstegen trots träning uteblev. Att bli medveten om att en fraktur uppstått i benet

under operationen medförde att förlika sig med nya förutsättningar för tillvaron. Ett sämre resultat än förväntat kunde inte accepteras av vårdtagaren förrän andra möjliga utvägar undersökts.

Slutsats

Operationen verkade vara en genomgripande händelse i livet där glädjen över att ha skaffat sig en plats på väntelistan under väntetiden övergick i begrundan om existentiella frågor som höft- eller knäplastikoperationen väckte. Det medförde en pendling mellan hopp och rädsla genom den perioperativa perioden.

8 DISKUSSION

8.1 METODDISKUSSION

Det har varit en strävan att genomföra projektet på ett samvetsgrant sätt för att styrka trovärdigheten i resultaten genom att forskningsprocessens samtliga steg från urvalsprocess, till genomförande enligt etiska riktlinjer finns dokumenterat. Samtliga intervjuer genomfördes av samma författare för att förhållningssätt till frågeområden och deltagare skulle vara enhetligt i samband med datainsamlingen. Det är också ett sätt att visa deltagare hänsyn och respekt när samma person genomför intervjuerna över tid (Saldana 2003). Samtliga steg i forskningsprocessen har genomförts med fortlöpande diskussioner mellan respektive författare till de fyra artiklarna.

Den första studien genomfördes med deltagare som hade varit med om tidigare uppföljningar som gjorts med hjälp av frågeinstrument och deltagarna visste vad det innebar att delta i en studie. Problemet var dock i början att hitta nyckeln till berättandet eftersom de förväntade sig detaljerade frågor även om informationsbrevet gav annan information. När jag bad dem berätta om hur det gick till när de skadade sig, strömmade orden och berättandet pågick oavbrutet under närmare en timme. Det var troligen första gången de berättade hela sin historia för någon och blev troligen medvetna om sin egen färd från skadehändelsen till återhämtning eller bristande återhämtning. Berättelserna innehöll sannolikt egna tolkningar eftersom intervjun genomfördes 1,5-2 år efter skadan. Metodvalet genererade dock i enlighet med Andersson (1997) utsagor som kan ge underlag för en bättre förståelse av deltagarnas situation och behov i samband med vård av ortopedisk skada. Begreppet ömsesidig bekräftelse med betydelsen att vårdtagaren blir bemött med respekt som en fullvärdig person utifrån sina förutsättningar, att vårdaren bryr sig om hur det går, undervisar och ger förklaringar under återhämtningen var resultat som framkom i studien. Det är en intervjustudie som huvudsakligen är baserad på deltagares minnen ca 1,5- 2 år efter händelsen. Studien är flera år äldre än den senare longitudinella datainsamlingen med flera intervjuer, dock återfinns likheter i resultat om patienters upplevelse av skadehändelsen och tacksamhet för att ha överlevt (jmf. Fujita m.fl. 2006).

Till den longitudinella studien valdes deltagare som skulle genomgå en höft – eller knäplastikoperation. Efter genomförda analyser infann sig begrundan om det inte hade varit bättre att ha lika antal deltagare för en knä- respektive en höftplastikoperation. Det var svårt att visa på olikheter när det gällde erfarenheter och upplevelser med nio deltagare och en höftplastikoperation och tre deltagare för en knäplastik. Studien genomfördes med flera intervjuer vid olika tillfällen (Saldana 2003) och det är därmed sannolikt att berättelserna mer direkt återgav de upplevelser som var aktuella vid de olika tidpunkterna eftersom resultatet av den kirurgiska behandlingen var inte känd. Först vid intervjun som skedde ett halv och ett år efter operationen återgavs även reflektioner och minnen från den tidigare operationen i förhållande till att resultatet av given vård var känd. Till exempel, under de fortlöpande intervjuerna önskade deltagarna omtänksamma, kompetenta vårdare för att känna sig trygga samt möjlighet till kontinuerlig vägledning för att slippa ständig oro. Ett år efter operationen ansåg de deltagare som hade funnit en självstyrd tillvaro att alla vårdare hade varit vänliga och

duktiga, och tillvaro med oron av ovisshet genom den perioperativa perioden var glömd.

De deltagare som vunnit självständighet efter en i den longitudinella studien visade sig ha omvärderat och summerat minnen som en positiv bild av tiden kring sin operation och gott utfall samt därmed lämnat den perioperativa perioden bakom sig. Detta trots ständig oro och ovisshet som framkom vid olika intervjutillfällen under den pågående perioperativa perioden innan de visste hur resultatet skulle bli.

Resultaten tyder på att det är viktigt att fundera över vilken kunskap som eftersöks, långtidsupplevelser eller omedelbara upplevelser. Resultatet indikerar också att innehållet i intervjuer som genomförs ett år eller senare efter en händelse kanske ska värderas med viss tveksamhet. Olika aspekter från ett händelseförlopp verkar både kunna förändras och glömmas och det kan vara svårt för människor att komma ihåg exakt hur de upplevde saker förr, eftersom den nuvarande tillvaron blir normen för hur upplevelser värderas, förändras och bevaras. Om man t.ex. frågar någon hur de mådde för sex månader kommer deras minnen att bli färgade av det som hänt under tiden sedan dess (Bowker & Leigh Star 2000). Dock visar resultat från den longitudinella studien att tidigare minnen av både god och dålig vård kan aktiveras av en liknande situation som t.ex. en ny operation.

Fortlöpande intervjuer med samma deltagare under en längre tid (Saldana 2003) medförde ett rikt och omfattande material och förhoppningsvis kunde deltagarna känna att det var till nytta för dem att få berätta om sina erfarenheter och upplevelser eftersom de medverkade vid samtliga intervjutillfällen. De kunde också känna sig motiverade av att bidra med kunskap till nytta för medmänniskor som genomlevde en likartad situation som de hade befunnit sig i.

Samtliga 60 texter från datainsamlingen användes för analysen till varje av de tre fokusen (kroppen, formella vårdares vård respektive begrundan av existentiell karaktär som operationen genererade). De tre olika analyserna från texterna med utgångspunkt i tre olika fokusar medförde också en fortlöpande validering av tidigare resultat eftersom textavsnitt för en annan fokus än det aktuella måste begrundas ånyo och i vissa fall måste väljas bort i samband med val av meningsenheter för varje analys. Analysen av texterna (II-IV) följde en vedertagen beskriven metod (II Latent kvalitativ innehålls analys enligt Graneheim & Lundman (2004) och för Delarbeten III-IV Fenomenologisk hermeneutik enligt Lindseth & Norberg (2004) för att underlätta genomförandets värdering som trovärdig samt att analysprocessens olika steg finns beskrivna och kan kritiserats. Samarbete via kontinuerliga diskussioner mellan författarna var också ett sätt att öka trovärdigheten vid analyser och dess resultat (Polit & Beck 2006).

Av de 60 intervjuerna genomfördes 43 av de på deltagarens initiativ i deras hem. Intervjuaren var gäst i deras hem och det gav ett större utrymme åt deltagaren att själv bestämma vad de ville berätta och kunde känna sig trygga över att vara den som bestämde i sitt ' eget hus'. Det var en skillnad att genomföra intervjuerna i deltagarnas hem där atmosfären kändes otvungen och trivsamt jämfört med på sjukhuset där

deltagarna troligen var påverkad av händelser på sjukhuset vilket kunde medfört att de inte kände sig avkopplade och hemmastadda i miljön.

För att styrka resultatens trovärdighet i respektive delarbete har direktcit av patienters utsagor genomgående används vid presentationen av studierna.

Avhandlingens delarbeten som bygger på studier med kvalitativ ansats och har betydelse för att öka förståelsen för vad det innebär att genomleva akut och planerad kirurgi i de tidigare beskrivna sammanhangen. Kunskapen kan bidra till att visa på sådana områden där vårdutveckling med utgångspunkt i vårdtagares perspektiv kan vidareutvecklas för att underlätta situationen för dem i vårdsammanhang. Kunskapen kan även bidra till förståelse och nytta för medmänniskor i situationer inom ett likartat kontext (Polit & Beck 2006).

8.2 EN ÖVERGÅNG FRÅN ETT SKED I LIVET TILL ETT ANNAT

Att genomleva kirurgisk behandling för en ortopedisk skada (i) eller en planerad höft- eller knäplastikoperation (**II, III, IV**) är en övergång från ett skede i livet till ett annat med utgångspunkt i en teori om övergångar i livet av Meleis m.fl. (2000). vården under den perioperativa perioden, dvs. före-, under och efter operationen fokuserar på olika vårdåtgärder som både var för sig och tillsammans har betydelse för operationens resultat (**I, II, III, IV**).

Den första kritiska fasen under övergångsperioden startade med den plötsliga skadehändelsen (**I**) och transporten till sjukhuset för behandling. Vårdtagarna i vår studie överlämnade åt vårdarna att ta hand om situationen i likhet med Rothrocks (1989) beskrivning, att patienter i akuta situationer i första hand vill bli omhändertagna och hjälpta av vårdarna. Skadehändelsen medförde begrunden för att både känslomässigt och intellektuellt försöka förstå varför skadehändelsen hade inträffat och samtidigt känna oro för skadans konsekvenser (**I**) och en tacksamhet för att ha överlevt (**I**), vilket är en reaktion hos patienter vid trauma som även annan forskning visat (Neff & Kidd 1993, Tan & Chiu 2008). Studien (**I**) visade att det var viktigt att få tala om händelsen och få bekräftat att deras reaktion var helt normalt i sammanhanget. Att bli bemött och lyssnad till med respekt, omtanke och förståelse hade medfört att vårdtagarna kände sig trygga (**I**). Wiman m.fl. (2007) beskriver att vårdare vid bemötandet av patienten i det akuta skedet bör kunna skifta förhållningssätt mellan att vara uppmärksam på patientens behov (psykosocial vård) och att utföra nödvändiga vårdåtgärder (instrumentell fysisk vård) eftersom det skapade förtroende, trygghet och tillfredsställelse hos patienten. Även Tutton m.fl. (2008) har funnit att det är väsentligt med psykosocialt stöd i det akuta omhändertagandet som en del i vårdares expertkunnande för att främja patientens återhämtning.

Att genomleva en planerad ledplastikoperation av höften eller knäet medförde en övergångsperiod med sex kritiska faser (**II, III, IV**). När vårdtagaren erhållit en plats på väntelistan, ofta efter flera år av tidigare besvär, startade den perioperativa perioden. Före operationen upptogs vårdtagarnas tankar ständigt av den otillförlitliga, smärtsamma och odugliga kroppen och den fångenskap det medförde (**II**).

Vårdtagarnas livsvärld (jmf Dahlberg & Drew 1997, Bengtsson 2002) hade blivit begränsad och deras livssituation var jämförbar med den som Ebbeskog & Ekman (2001) beskriver för personer med bensår. Det som skiljer deltagarna i den här avhandlingens studier (**II, III, IV**) från dem i Ebbeskogs & Ekmans undersökning var att de hade möjlighet att påverka sin situation genom en operation. En operation som vårdtagarna förväntade sig skulle återge smärtfrihet, förbättrad fysisk förmåga och därmed självständighet i tillvaron och ett gott liv (**II, III, IV**).

Vårdtagarna beskrev att när de visste att operationen skulle bli av hade det medfört begrunden kring rädsla och hopp (**IV**) och tveksamhet om de skulle operera sig eller inte och avslöjade sin oro för att operationen kunde medföra deras död (**II, IV**), en oro som de delar med andra vårdtagare inför en operation (Rådström & Jonsén 2006, Marback m.fl. 2007, Susleck m.fl. 2007). Sjöling m.fl. (2005) beskriver en situation där patienter har problem under väntetiden att få information inför en höft- eller knäplastikoperation medan deltagarna i avhandlingens studie (**III**) beskriver att de saknar någon att vända sig till genom hela den perioperativa perioden.

Den andra kritiska fasen var strax före operationen då deltagarna gav uttryck för sin rädsla över att kroppen kunde skadas om operationen misslyckades (**II**). Samtliga farhågor som vårdtagarna beskrev har inte återfunnits i andra studier men patienters rädsla för att drabbas av en postoperativ sårinfektion (**II**) beskrivs även i en studie av Moran m.fl. (2003). Patienters oro relaterat till smärta i samband med operation har också beskrivits i flera studier (jmf. Sjöling m.fl. 2003, Giraudet- Le Quintrec m.fl. 2003, Berg m.fl. 2005). Deltagare i avhandlingens studier (**II**) har inte uttalat oro för smärta i samband med operationen och det kan möjligen tyda på att de erhållit information om smärthantering.

Den tredje kritiska fasen var när operationen genomfördes (**II, III, IV**). Vårdtagarna beskrev att de hade överlämnat sig i främmande vårdares händer (**III**) i samband med operationen. När vårdaren aktivt lyssnar till patienten och är närvarande gör det att hon eller han inte känner sig övergiven (Gilmartin & Wright 2008). Vårdtagarna uttryckte att de inte hade varit förberedda på hur det skulle kännas att förlora kontrollen över sin kropp på grund av bedövningen (**II**). Tiden vid operationen skildrades t.ex. som att det varit en god atmosfär, med tacksamhet för att önskan att få sova uppfylldes (**II**). Deltagarna (**II**) beskrev också att det hade varit skönt att inte vara ensam och att det funnits en speciell sjuksköterska hos dem, vilket är en likartad upplevelse som patienter beskriver i en studie av Lindwall m.fl. (2003). Deltagarna (**II**) hade inte heller kunnat förstå sig den överkliga och främmande upplevelsen som det inneburit att vara vaken under operationen, vilket dock ansågs vara en oundviklig del av behandlingen (jmf. Mauleon Larsson m.fl. 2005).

Den fjärde kritiska fasen gjorde sitt inträde i och med tiden för rehabilitering och träning efter operationen (**I**), och de goda upplevelserna av vården under den här tiden var viktiga för att vårdtagarna skulle känna att återhämtningen 'gick åt rätt håll' både fysiskt och känslomässigt. Vårdares psykosociala stöd med förklaringar kring skadans omfattning och läkningens progress var också en viktig del i vården för att vårdtagaren skulle kunna förstå och acceptera skadehändelsen (**I**).

För patienter och planerad kirurgi (**II, III, IV**) framträdde den fjärde fasen efter operationen när de insåg att kroppen var obekant och oduglig, tvärtemot förväntningarna att operationen skulle återge en välfungerande kropp (**III**). Vårdtagarna var oroliga över att inte veta hur rehabiliteringen skulle gå till och fick därför överlåta beslutet till vårdarna om utskrivningen skulle bli till hemmet eller till en rehabiliteringsklinik (**III**). Kvaliteten på rehabiliteringen verkade inte avgöras av om träningen skedde på en klinik eller utgick från hemmet (**III**). Annan forskning stöder dessa fynd och visar att effekter av rehabilitering för patienter efter en höft- eller knäplastikoperation som genomförts efter tidig hemgång eller på en klinik gav jämförbara resultat avseende upplevelse av smärta, funktion och nöjdhet med ingreppet (Mahomed m.fl. 2008).

Med hårt arbete övervann vårdtagarna (**II**) den odugliga och obekanta kroppen genom att lära sig hur de skulle röra sig och använda sin kropp från början igen. De hade inför operationen fått vetskap om att det skulle bli vissa rörelseinskränkningar efteråt men de hade inte förväntat sig omfattningen av den påverkan på kroppen som operationen medfört (**III**).

Den femte kritiska fasen gällde anpassningen till nya förutsättningar i tillvaron. För samtliga vårdtagare (**I, II, III, IV**) hade perioden medfört stora ansträngningar för att ta kontroll över sin tillvaro och göra förändringar utifrån nya förutsättningar. När det gällde rehabiliteringen efter hemkomsten (**III**) förekom att det inte fanns någon väglednad träning alls när operationen genomfördes utanför den lokala vårdorganisationen, vilket kunde bero på brister i kommunikation mellan vårdenheter. Vikten av samverkan mellan olika huvudmän framhålls i en rapport av Socialstyrelsen (2007 c) och särskilt när det gäller utskrivning från sjukhus för äldre. Samtliga vårdtagare (**III**) var engagerade i sin återanpassning och individanpassad rehabilitering var uppskattat medan däremot andra efterfrågade väglednad träning och svar på frågor kring sin återhämtning. Siggirdottir m.fl. (2005) åskådliggör att rehabiliteringsinsatser ger förbättrad funktion och livskvalitet vid höftplastikoperation med kort vistelse på sjukhuset via preoperativ undervisning och ett postoperativt program för rehabilitering i hemmet. Även preoperativ undervisning inför knäplastikoperation där patienterna fick lära sig hur de skulle hantera situationen i samband med operationen hade signifikant förbättrat funktionellt resultat jämfört med studiens kontrollgrupp som inte hade fått den särskilda utbildningen (Nunez m.fl. 2006).

Den sjätte fasen var när tillvaron började fungera från nya förutsättningar och rutiner och vårdtagarna funnit sig tillrätta (**I, II, III, IV**). De flesta av dem (**I**) som varit yrkesverksamma före traumat hade vid studiens genomförande återgått i arbete förutom två med svårare skador som fortfarande hade problem relaterat till den tidigare skadan, (se Tabell 2) vilket kan jämföras med resultat om patienter med ortopediska skador i en studie av Van der Sluis m.fl. (1998 a) som visade att deltagare som hade haft en svår ortopedisk skada fortfarande sex år efter skadehändelsen kunde ha problem relaterade till den aktuella skadan som förhindrade återgång i arbetet. För en del vårdtagare (**I, II, III, IV**) hade återhämtningen avstannat och ibland fanns besvikelse när resultatet av operationen inte uppfyllt förväntningarna (**IV**).

Det som dock var gemensamt för samtliga deltagare efter höft- eller knäplastplastikoperation (**II**, **III**, **IV**) var smärtfrihet som ett resultat av operationen, vilket dock inte alltid är fallet efter sådana ingrepp (Svenska Höftprotesregistret 2006). För dem som före operationen levde med ständig smärta, fångade i en otillförlitlig kropp och med svårigheter att röra sig inomhus och inte kunnat ta sig utomhus utan hjälp verkade nöjda med resultatet av sin operation, även om en käpp eller en rollator kunde behövas på grund av problem med balansen. För dem som levde en självständig tillvaro (**II**, **III**, **IV**) övergick glädjen över resultatet så småningom i en vanlig vardag. Den opererade leden hade för vårdtagarna (**II**) blivit en del av kroppen, i likhet med den beskrivning Hudak m.fl. (2004) om tillfredställelsen efter en handoperation när handen hade integrerats som en del av sig själv. Vårdtagarna (**IV**) beskrev också en känsla av att hinna göra allt som de ville göra innan den nya konstgjorda leden blev utsliten. En känsla av att leva på lånad tid antyds (**IV**) likartat en sådan inställning som kan återfinna hos patienter med en dödlig sjukdom där förändrad syn på framtiden och andra prioriteringar för sin tillvaro ingår (Groot m.fl. 2007).

8.3 ATT STÖDJA INDIVIDEN GENOM DEN PERIOPERATIVA PERIODEN

8.3.1 Autonomi

Att uppleva en kontinuerlig försämring av sin kropp (**II**, **III**, **IV**) fick till följd en operation och en ny roll i tillvaron. Vårdtagaren var helt beroende av vårdarna och deras kunskap men hade inte tillgång till kunskapen genom hela en perioperativa perioden.

I avhandlingens delarbeten beskriver vårdtagare att de ville vara delaktiga i sin vård för att kunna känna kontroll över sin tillvaro (**I**, **II**, **III**), vilket stöds av resultat från andra studier (Ramfelt & Lützen 2005, Penney & Wellard 2006, Larsson m.fl. 2007). Vårdtagares beskrivningar tyder på att de ville ha kontroll och kunna hantera situationen i sin livsvärld (jmf. Dahlberg & Drew 1997, Bengtsson 2002), vilket kan exemplifieras med den uppskattning individuellt utformad träning i samarbete med vårdare röntte (**III**).

Det skriftliga materialet med information om operationen som delats i samband med det första besöket var uppskattat men genererade också nya frågor och oro. En skraddarsydd handbok (Fortina m.fl. 2005) till patienter med information kring deras höftplastikingrepp hade däremot fått god utvärdering tre månader efter operationen, det framgick dock vilka kontakter patienterna i övrigt hade med kliniken. Deltagare (**III**) fick motsägande information när de var på besök på olika vårdenheter vilket skapade oro under den här tiden eftersom vårdtagarna inte visste till vilken enhet de skulle vända sig till med sina frågor. De inplanerade besöken på sjukhuset var inte tillräckliga. Sjöling m.fl. (2005) skildrade att patienter hade problem med att få information innan operationen men för deltagare i den studien (**III**) verkade problemen med informationsbrist finnas genom den perioperativa perioden. När vårdtagare värderar sin vård verkar de utgå från sin livsvärld. I en studie där medborgares syn på sjukvårdssystemet i det egna landet hade värderats (Blendon m.fl. 2001) gav experterna sjukvården bättre vitsord än vårdtagarna, och möjligen kan det vara så att vårdtagare

som genomlever vård värderar den relaterat till sin livsvärld och inte till det faktiska vårdutbudet.

Mot bakgrund av kortare vårdtider (Forsberg m.fl. 2002) verkar det vara väsentligt att patienten får den kunskap som kan hjälpa henne eller honom att hantera sin situation (III). Vårdtagares svårigheter att ställa frågor till dem som har expertkunskaper antyds i resultaten (III). Ett sätt att ge vårdtagare en känsla av att ha tillräckligt med kunskaper och därmed känslan av att kunna hantera sin situation kan vara att vårdare, oavsett yrkeskategori, bjuder upp patienten till att fråga vilket kan jämföras med det Klang Söderkvist (2008) skildrar om patientutbildning där frågor och svar för vårdare och vårdtagare ger ett ömsesidigt lärande.

Utbildning inför operationen anses ge positiva effekter med minskad oro enligt flera författare (McDonald m.fl. 2004, Oshodi 2007 a, 2007 b). Att veta vad operationen realistiskt sett kan medföra och om de vårdinsatser som finns att tillgå och hur förloppen genom den perioperativa perioden innebär verkar vara en väsentlig information för vårdtagarna (III). Vårdtagarna i vår studie (III) saknade kontinuerlig kommunikation med vårdare för vägledning framförallt före och efter operationen. Baldoni m.fl. (2008) menar att konsten att vägleda är en kompetens som vårdare kan behöva skaffa sig för att kunna hjälpa patienter. Vägledning via ett interaktivt dataprogram för vägledning och undervisning är ett alternativ enligt Mank & Molenaar (2008).

Deltagarna (II, III, IV) hade förväntat sig att bli smärtfria och få en förbättrad rörelseförmåga enligt information från ortopedkirurgen vid besöket på sjukhuset men frustration förkom när förväntningarna inte infriades (IV). Vårdtagarna beskrev (III) att de behöver samtal om förväntningar och om ett realistiskt utfall av operationen inför en planerad ledplastikoperation. Sådana samtal om realistiska förväntningar på operationens resultat förordas av andra forskare (Mahomed m.fl. 2002, Rosenberger m.fl, 2005).

För att vårdtagare ska kunna göra ett aktivt val när de har planerat att gå igenom en operation kan de behöva faktaunderlag (III) där både möjligheter och risker med operationen framförs som t.ex. vårdrelaterade skador som en sårinfektion, reoperation, smärta och eventuell död som visar att komplikationer förekommer om än i liten omfattning i förhållande till antalet ingrepp (Svenska Höftprotesregistret 2006, Sveriges Kommuner m.fl. 2007, Öhrn m fl. 2006, Socialstyrelsen 2006 a, b, Fletcher m.fl. 2007). Tillgänglig information om klinikers vårdkvalitet avseende personalens kompetens, antal utförda höft- och knäplastikoperationer inklusive utfall med komplikationer inberäknat kunde hjälpa vårdtagare vid val av sjukhus och öka vårdtagarnas förtroende för vårdarnas kompetens och därmed känna sig mindre oro (III).

De äldre vårdtagarna (II, III, IV) har inte antytt att de upplevt att deras ålder på något sätt hade påverkat väntetid för operation eller att få den vård de behövde. Vårdtagarna (II, IV) som valde att genomgå planerad kirurgi var äldre personer, 67-85 år, och samtliga levde i eget boende och strävade efter att återfå en god självständig tillvaro genom att gå igenom operationen (II, IV). I en studie av Werntoft m.fl (2007) om äldre vårdtagares syn på prioriteringar i sjukvården visades att deltagarna ansåg att det var

patientens välbefinnande och familjesituation som skulle ligga till grund för prioriteringar och inte ålder. Det stämmer enligt författarna (Werntoft m.fl. 2007) med samhällets prioriteringsordning där ingen hänsyn ska tas till vårdtagarens ålder vid prioritering av vård.

8.3.2 Kontinuitet

Vårdtagarna behöver hjälp med ett hälsoproblem (**II, III, IV**) medan vården är organiserad med många enheter och många vårdare för patientens olika undersökningar och behandlingar. Vårdare på vårdenheter där patienter får vård behöver inte heller ha någon kontakt sinsemellan (**II, III, IV**). Patienterna har från sitt perspektiv ett hälsoproblem som sträcker sig över en perioperativ period som varar så länge patienten behöver vård till aktuellt hälsoproblem. Socialstyrelsen (2007 c) pekar på vikten av samverkan mellan olika huvudmän och särskilt när det gäller utskrivning från sjukhus påtalas. Kontinuitet verkar vara av betydelse för deltagares känsla av trygghet i samband med den kirurgiska behandlingen (**I, III**). Varje period med kontinuitet i en vårdrelation bidrog till ömsesidig kommunikation, att patienten deltog i sin vård, fick kunskap, en känsla av kontroll vilket minskade oron (**I, III**). För att erbjuda patienter kontinuitet i en vårdrelation i den nära tiden kring operationen kan 'perioperativa dialogmodellen' användas som innebär att samma anesthesi- eller operationssjuksköterska möter patienten före och efter operationen och medverkar vid operationen. En sådan vårdrutin medför enligt författarna Lindwall m.fl. (2003) och Rudolfsson m.fl. (2007) att patienten känner sig värdefull och delaktig i sin vård.

När vårdtagare är i sitt hem under den perioperativa perioden (**III**) och behöver kunskap från experterna för att stilla sin oro är ett alternativ enligt andra forskare kontakt via telefon (Fielden m.fl. 2003, Schofield 2005, Krichbaum 2007) eller kontakt via en särskilt ansvarig utvald expert (Viklund m.fl. 2006).

Ömsesidig relation

Generellt sett verkade deltagarna ha förtroende för vården (**I, II, III, IV**) men när det gällde deras personliga vård behövde de belägg för att vårdarna var kompetenta för sin uppgift för att kunna känna sig trygga (**I, III**). Okända vårdares värderades med utgångspunkt i bemötandet. Om patienten upplevde sig bemött som en fullvärdig person (**III**) verkade det som att vårdaren bedömdes vara kompetent (jmf. Heikkilä & Ekman 2000).

Många exempel på det goda bemötandet med respekt och tillit till vårdaren har lyfts fram av vårdtagarna (**I, II, III, IV**) men även bristen på detta. Under den tid deltagarna var helt utlämnade och beroende av vårdarnas vård var varje gott möte av betydelse för patienternas upplevelse av trygghet. Deltagarna beskrev att det tog ansvar för att skapa en god ömsesidig vårdrelation (**I, III**) men upplevde att vårdarna inte alltid verkade känna ett sådant ansvar. Lögstrup (1994) visar på ett etiskt krav att känna ansvar i mötet för sin medmänniska. Sarvimäki & Stenbock- Hult (2008) och Norberg m.fl. (2000) framför att vårdares kunskaper ska omfatta kunskaper för att möta patienten i olika skeden i livet och i olika situationer i vården med ett moraliskt gott förhållningssätt.

Omsorgen om den andre innebär bl.a. respekt, känslomässigt engagemang, att erkänna den andres värde och värdighet och utifrån hennes eller hans situation och att försöka förstå den andre utifrån dennes ståndpunkt samt att finnas till för den andre och att omsorgen bygger på gemenskap (Sarvimäki & Stenbock Hult 2008).

Resultat (I, II, III) pekar på visar på att oavsett ålder, yrkesverksam eller pensionerad, ha genomlevt ett akut eller planerat ingrepp och oavsett plats för vården vill vårdtagarna bli bemötta som fullvärdiga personer utifrån sina egna förutsättningar, vilket patienter också har rätt till enligt vår Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982: 763) och i litteratur om vårdande (jmf. Norberg m.fl. 2000, Sarvimäki & Stenbock Hult 2008).

9 SLUTSATSER OCH AVHANDLINGENS BETYDELSE

Att genomleva den perioperativa perioden vid akut ortopedkirurgisk behandling och vid planerad ortopedkirurgisk behandling för en höft- eller knäplastikoperation var en transition, en övergång från ett skede till ett annat i livet, med olika faser. Under hela perioden framkom, autonomi, kontinuitet och ömsesidighet i relationen som nödvändiga aspekter inom fenomenet att genomleva den perioperativa perioden vid akut eller oplanerad ortopedisk kirurgi. .

För att stödja individer som genomlever denna period är det väsentligt med en perioperativ utbildning. Att veta vad operationen realistiskt sett kan medföra och om de vårdinsatser som finns att tillgå och hur processen kommer att löpa genom den perioperativa perioden med tillgång till vägledning via kontaktpersoner verkar vara viktig information för vårdtagarna.

Avhandlingens resultat kan användas i utbildning av patienter, studenter och personal inom vård, vårdutveckling och organisationsutveckling inom vård.

Ett perioperativt kunskapscentrum i samverkan mellan klinik och akademi kan ge utbildning till patienter, studenter och personal, spridning och utveckling av kunskap kring perioperativa frågor samt bidra till kontinuiteten mellan olika vårdnivåer.

10 FRAMTIDA FORSKNING

Det behövs vidare forskning för hur perioperativ utbildning och vägledning kan utformas för att stödja individer under den perioperativa perioden vid akut och planerad ortopedisk kirurgi .

Andra områden som genererats från intervjuerna är behovet av forskning kring den vårdande miljön. I de fortfarande oanalyserade berättelserna framkom bl.a. den rädsla deltagare upplevde när de var inlagda på vårdavdelningen före och efter sin operation när de hörde oavbrutna förtvylade rop på hjälp från någon medpatient på avdelningen.

Ett annat område av vikt är de närståendes delaktighet och situation som informella vårdare genom vårdtagarens perioperativa period, vilket är särskilt viktigt med tanke på de korta vårdtiderna som gör att mycket av vårdandet efter operationen sker i hemmet med hjälp av de närstående.

Forskning om hur vårdorganisationen kan utvecklas för att stödja kontinuitet i vården mellan olika vårdnivåer är också angeläget.

11 TILLKÄNNAGIVANDE

Jag framför härmed många tack till alla er som bidragit till avhandlingens genomförande.

Ett stort och varmt tack till alla vårdtagare för att ni tagit er tid att medverka och bidragit med er ovärderliga livskunskap till studierna.

Varmt tack Sirkka-Liisa Ekman min huvudhandledare. Tack för ditt engagemang kring forskningsfrågor som lärt mig att alltid gå vidare och söka ny kunskap inom området. Tack för ditt aldrig sinande tålamod genom forskningsprocessens olika faser där du alltid bidragit med konstruktiva lösningar som fört arbetet framåt.

Varmt tack Kristiina Heikkilä min första bihandledare. Tack för din oersättliga engagerade medverkan och konstruktiva kritik.

Varmt tack Sari Ponzer min andra bihandledare och expert inom ortopedi för alla goda råd och ständiga uppmuntran.

Utan samtal, diskussioner och ständig vägledning av er tre hade inte avhandlingen kunnat genomföras.

Tack alla kollegor på kliniker och universitet för stöd via uppmuntran och goda samtal under mina år av forskarstudier som visat att det är väsentligt att försöka vidareutveckla sjuksköterskors kunskapsområde.

Tack Kristina de Sinegube Lundh och Carina Dahlin för stöd med administrativa rutiner, alltid omtanke och uppmuntran.

Slutligen vill jag tacka Johanniterorden i Sverige för stipendium och Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet för FoU medel.

Tack min familj.

12 REFERENSER

Andersson R. (1997) *Medborgarna, politikerna och sjukvården*. En studie om attityder och demokrati. Akademisk avhandling. Lunds Universitet Samhällsvetenskapliga fakulteten. Lund, Studentlitteratur.

Baldoni L, De Simone P, Paganelli R, Trabailoni M, Elisi L, Bindi L, Ducci J, Carrai P, Bisa M, Coletti L, Petruccelli M, Masetti A, Padovan F, Cosetti F, Filiponi F (2008) The "you are not alone" care program for liver transplantation. *Transplant proceedings* 40, 1983-5.

Bengtsson J. (1998) *Fenomenologiska utflykter*. Filosofi och samhällsteori. Göteborg, Daidalos.

Bengtsson J. (2002) *Med livsvärlden som grund* (uppl. 2). Lund, Studentlitteratur.

Berend ME, Thong AE, Faris BS, Newbern G, Pierson JL, Ritter MA (2003) Total joint arthroplasty in the extremely elderly. *The journal of Arthroplasty* 18, 817-21.

Berg I, Jakobsson E, Sjöström B, Steen B. (2005) Ways of talking about experiences of pain among elderly patients following orthopaedic surgery. *Journal of Advanced Nursing* 52, 351-61.

Blendon J, Kim M, Berenson JM (2001) The public versus the world health organization on health system performance. *Cross National Comparisons. Health Affairs* 20:3.

Blumer H (1969) *Symbolic interactionism*, Perspective and method. Prentice-Hall, Berkeley, CA.

Blomquist C (1971) *Medicinsk etik*. Stockholm, Natur och Kultur.

Borgenhammar E.(1994) *Att vårda liv*. Organisation, etik, kvalitet. Stockholm, SNS Förlag.

Bowker GC, Leigh Star S (2000) *Sorting things out Classification and its consequences*. The MIT Press, Cambridge Massachusetts. pp 255-256.

Caumo W, Schmidt AP, Bergmann CN, Iwamoto CW, Bandera D, Ferreira MB. (2001) Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 45, 298-307.

Charnley J. (1970) The long-term results of low-friction arthroplasty of the hip performed as a primary intervention. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 54-B, 61-66. In Sherk HH. (2005) *Clinical Orthopaedics and Related Research*, The Classic 430, 3-11.

Chenitz C & Swanson J M (1986) *From Practice to Grounded Theory*. California, Addison-Wesley, Menlo Park.

Colwell CW Jr. (2007) Rationale for thromboprophylaxis in lower joint arthroplasty. *American Journal of Orthopaedics* 36: 11-3.

Dahlberg K, Drew N (1997) A Lifeworld paradigm for nursing research. *Holistic nursing* 15, 303-17.

Dahlberg K, Drew N, Nyström M (2001) *Reflective Lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg K, Segesten K, Nyström M, Suserud BO, Fagerberg I (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund, Studentlitteratur.

Drake R, Gray H, Mitchell A, Vogl W. (2005) *Gray's anatomy for students*. Philadelphia, Elsevier/Churchill Livingstone.

Dropsy J (2004) *Den harmoniska kroppen*. Natur och kultur, Stockholm.

Ebbeskog B, Ekman SL. (2001) Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian Journal of Caring Science* 15, 235-43.

European Commission (2007). *Special Eurobarometer*. Health and long-time care in the European union.

Fletcher N, Sofianos D, Brantling Berkes M, Obremskey WT (2007) Prevention of Perioperative Infection. *Journal of Bone and Joint Surgery America* 89:1605-18.

Fielden JM, Scott S, Horne G (2003) An Investigation of Patient Satisfaction Following Discharge After Total Hip Replacement Surgery. *Orthopaedic Nursing* 22, 429-36.

Forsberg-Fransson F, Bingerud O, Garpenholt O (2002) *Medicinskt program arbete. Artros i stora leder*. Hälso- och sjukvårdsnämnden, Hälsokansliet Örebro läns landsting.

Fortina M, Carta S, Gambera D, Crainz E, Ferrata P, Manisscalco P (2005). Recovery of physical function and patient's satisfaction after total hip replacement (THR) surgery supported by a tailored guide-book. *Acta Biomedical* 76, 152-56.

Fujita K, Makimoto K, Hotokebuchi T (2006) qualitative study of osteoarthritis patients' experience before and after total hip replacement. *Nursing and Health Research* 8:81-7.

Gilmartin J, Wright K (2008) Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing* 17,2418-2425.

Giraudet- Le Quintrec JS, Coste J, Vastel L, Pacault V, Jeanne L, Lamas LP, Kerboll L, Fougeray M, Conseiller C, Kahan A, Courpied JP. (2003) Positive effect of patient education for hip surgery: A randomized trial. *Clinical orthopaedics and related research* 414, 112-20.

Glaser B G & Strauss A L (1967) *The Discovery of grounded Theory: Strategies for Qualitative research*. Aldine, New York, USA.

Glaser B G (1978) *Theoretical Sensitivity*. Sociology Press, Mill Valley, CA.

Graneheim UH, Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-12.

Groah L (1983) *Operating Room Nursing - The Perioperative Role*. USA, Reston Publishing, Company.

Groot MM, Derksen EW, Crul BJ Grol RP, Verooij-Dassen MJ (2007) Living on borrowed time: experiences in palliative care. *Patient Education Counseling* 65, 381-6.

Gustavsson A (1996) *Att förstå människor- tillämpning av den formella datastrukturanalysen*. Texter om forskningsmetod, Pedagogiska Institutionen, Stockholms Universitet.

Guyton AC, Hall J E (2000) *Textbook of medical physiology*. Saunders, London.

Heberlein A (2005) *Kränkningar och förlåtelse*. Doktorsavhandling. Stockholm, Thales förlag.

Heine J, Koch S, Goldie P. (2004) Patients' experiences of readiness for discharge following a total hip replacement. *Australian Journal of Physiotherapy* 50, 227-33.

Heikkilä & Ekman (2000) Health care experiences and beliefs of elderly Finnish immigrants in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing* 11, 281-9.

Helander J (1991) *Att leva medan tiden går*. Bokförlaget Natur och Kultur.

Helsingforsdeklarationen. (1964) World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles of Medical Research Involving Human Subjects.

<http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/yrkesetik.html>, 2008-07-01. Forskarens etik. Yrkesetisk kodexar.

<http://www.patientforsakring.se/> 2008-07-01. Patientförsäkringen. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag och PSR Personskadereglering AB.

Holtslag HR, Post MW, Van der Werken C, Lindeman E (2007) Return to work after major trauma. *Clinical Rehabilitation* 21:373-383.

Hudak PL, McKeever PD, Wright JG. (2004) Understanding the meaning of satisfaction with treatment outcome. *Medical Care* 42, 718-25.

Husserl E (1995) *Fenomenologins idé*. Göteborg, Daidalos. (Översättning från Die Idee der Phänomenologie. Kluwer Academic Publishers 1950)

ICN (2002) *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening.

Jain NB, Higgins LD, Ozumba D, Guller U, Cronin M, Pietrobon R, Katz JN. (2005) Trends in epidemiology of knee Arthroplasty in the United States, 1990-2000. *Arthritis and Rheumatism* 52, 3928-3933.

Jacobsson AF, Meyerscough RP, Delambo K, Fleming E, Huddelston A (2008) Patients' perspectives on total knee replacement. *American Journal of Nursing* 108,54-63.

Klang Söderkvist (2008) *Patientundervisning*. Lund, Studentlitteratur.

Krichbaum K (2007) GAPN Post acute Care Coordination Improves Hip Fracture Outcomes. *Western Journal of Nursing Research* 29, 523-544

Krichbaum K. (2007) GAPN Post acute Care Coordination Improves Hip Fracture Outcomes. *Western Journal of Nursing Research* 29, 523-544

Kvale S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, Studentlitteratur, 81-145.

Larsson IE, Sahlsten MJM, Sjöström B, Lindencrona CSC, Plos KAE. (2007) Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring* 21, 313-320.

Leder D. (1992) *The tales of the two bodies*. Philosophy and medicine 43. Kluwer Academic Publishers, Netherlands.

Leinonen T, Leino-Kilpi H, Jouko K (1996) The quality of perioperative nursing care: the patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing* 24, 843-52.

Leinonen T, Leino-Kilpi H (1999) Research in peri-operative nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 8,123-138.

Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg MJ, Lertola K (2001) The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Methodological Issues in Nursing Research* 35, 294-306.

Lindgren U, Svensson O (2001) *Ortopedi*. Stockholm, Liber förlag.

Lindseth A, Norberg A (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 145-53.

Lindwall L, von Post I, Bergbom L. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. (2003). *Journal of Advanced Nursing* 43, 246-53.

Lögstrup KE (1994) *Det etiska kravet*. Göteborg, Daidalos förlag. Översatt från Den etiska fordring Gyldendalske Gobhandel Nordisk Forlag A.S. Copenhagen 1956.

Mahomed NN, Liang MH, Cook EF, Daltroy LH, Fortin PR, Fossel AH, Katz JN. (2002) The importance of patient expectations in predicting functional outcomes after total joint arthroplasty. *The Journal of Rheumatology* 29:1273-9.

Mahomed NN, Davis AM, Hawker G, Badley E, Davey JR, Syed KA, Coyte PC, Gandhi R, Wright JG (2008) Inpatient compared with home-based rehabilitation following primary unilateral total hip or kneereplacement: a randomised trial. *Journal of Bone and Joint. American* 90, 1673-80.

Mank A, Molenaar S (2008) An interactive CD-ROM to patients about stem cell transplantation. *Patient Education Counseling*. Epub ahead of print Juli 31.

Marback R, Temporini E, Newton KJ (2007). Emotional factors prior to cataract surgery. *Clinics* 62, 433-8.

Mauleon Larsson A, Palo-Bengtsson L, Ekman SL. (2005) Patients experiencing local anaesthesia and hip surgery. *Journal of Clinical Nursing* 16, 892-899.

McDonald S, Hetrick S, Green S. (2004) Pre-operative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. <http://thecochranelibrary.com>, 2007-09-11, 1-23.

Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Hilfinger M D, Schumacher K. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science* 23, 12-28.

Meleis A (1997) *Theoretical Nursing*. Development and progress (3 rd ed.), Philadelphia, Lippincott.

Merx H, Dreinhöfer K, Schräder P, Stürmer T, Puhl W, Günther K-P, Brenner H. (2003) International variation in hip replacement rates. *Annals of Rheumatic Diseases* 62, 222-26.

Merleau Ponty M (1999) *Kroppens fenomenologi*. Göteborg, Bokförlaget Daidalos AB. (Översättning från *Phénoménologi de la perception*, Éditions Gallimard 1945)

Mitchell M (2003) Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 12: 806-15.

Moran M, Khan A, Sochart DH, Andrew G. (2003) Evaluation of patient concerns before total knee and hip arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty* 18, 442-445.

Morse J M, Field PA. (1995) *Qualitative research methods for health professionals*. 2 ed. Sage, Thousand Oaks.

Neff J A, Kidd P S (1993) *Trauma Nursing. The art and science*. Mosby Yearbook, Inc USA.

Norberg A, Axelsson K, Hallberg IR, Lundman B, Ekman SL, Engström B, Jansson L, Kihlgren M (2000) *Omvårdnadens mosaik*. Stockholm, Liber.

Nunez E, Nunez M, Segur JM, Macule F, Quinto L, Hernandez MV, Vialta C (2006). The effect of an educational program to improve health-related quality of life in patients with osteoarthritis on waiting list for total knee replacement: a randomized study. *OsteoArthritis and Cartilago* 14,279-285.

Oshodi TO. (2007 a) The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 1. *British Journal of Nursing* 16: 705-10.

Oshodi TO. (2007 b) The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 2. *British Journal of Nursing* 16: 790-7.

Ottosson C, Pettersson H, Johansson SE, Nyrén O, Ponzer S (2007) A novel instrument for predicting delayed recovery after musculoskeletal injuries. *Journal of Trauma* 63:894-901.

Penney W., Wellard SJ. (2006) Hearing what older consumers say about participation in their care. *International Journal of Nursing Practice* 13, 61-68.

Polit DF, Beck CT (2006) *Essentials of Nursing Research, methods, appraisals, and utilization*. 6 ed. USA, Lippincott Williams&Wilkins.

Phillips H. (1975) The Walldius hinge prosthesis. *The Journal of Bone and Joint surgery* 57-B, 59-62.

Ponsford J, Hill B, Dip Phys G, Karamitsos M, Bahar-Fuchs A, Dip Phys P G (2008). Factors influencing outcome after orthopaedic trauma. *Journal of Trauma* 64, 969-74.

Ponzer S, Molin U, Törnkvist H, Bergman B, Johansson SE (2000) Psychosocial support in rehabilitation after orthopaedic injuries. *Journal of Trauma* 48: 273-279.

Ramfelt E. Lützen K. (2005) Patients with cancer: their approaches to participation in treatment plan decisions. *Nursing Ethics* 12, 143-155.

Referensverktyg iMac, 2008-07-15).

Regeringsproposition 1996/97:60 (1996) *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Ricoeur P (1976) *Interpretation Theory*. Discourse and the surplus of meaning. Fort Worth: Texas Christian University Press.

Ricoeur P (1993) *Från text till handling*. En antologi om hermeneutik. Red. Kemp P, Kristensson B. 4 uppl. Stockholm: Brutus Östlings förlag, Symposium AB.

Rosenberger PH, Jokl P, Cameron A, Ickovics JR (2005) Shared decision making, preoperative expectations, and postoperative reality: differences in physician and patient predictions and ratings of knee surgery outcomes. *The Journal of Arthroscopic and Related Surgery* 21, 562-9.

Rothrock JC (1989) Perioperative nursing research. Part I: Preoperative psychoeducational interventions. *AORN Journal* 49,597- 602.

Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K (2007) The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *Science Direct* 21, 292-8.

Ryd L (2002) Excellent results of surgical management of osteoarthritis. Arthroplasty and osteotomy provide pain relief and restore joint function. *Läkartidningen* 99, 4651-5.

Rådström E, Jonsén E (2006) Waiting for operation carotid stenosis – the patients' perspective. *Vård i Norden* 79: 25-9.

Räddningsverket, Nationellt centrum för lärande om olyckor, NCO, Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen, Karlstad universitet och Statistiska centralbyrån (2007). *Olyckor i siffror. En rapport om olycksutvecklingen i Sverige*. 2007 års utgåva.

Sandelowski M (1991) Telling Stores: narrative approaches in qualitative research. *Image journal of Nursing Scholarship* 23, 161-6.

Sandelowski M (1994) Focus on qualitative methods. Notes and transcription. *Research in Nursing Health* 17, 311-314.

Sandelowski M. (1999) Time and Qualitative Research. *Research in Nursing Health* 22, 79-87. Review.

Saldana, J. (2003) *Longitudinal Qualitative Research: Analyzing Change through Time*. Oxford, Altamira Press, 1-171.

Sarvimäki A, Stenbock Hult B (2008) *Omvårdandens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm, Liber förlag.

Showalter A, Burger S, Salver J. (2000) Patients and their spouses needs after total joint arthroplasty: a pilot study. *Orthopaedic Nursing* 19, 49-57.

Schofield RS, Kline SE, Schmalfuss CM, Carver HM, Aranda JM, Pauly DF, Hill JA, Neugaard BI, Chumbler NR (2005) Early Outcomes of a Care Coordination-Enhanced Telehome Care Program for Elderly Veterans with Chronic Heart Failure. *Telemedicine and e-Health* 1, 20-27.

SFS 1980: 100 *Sekretesslag*.

SFS 1982:763 *Hälso och sjukvårdslag*.

SFS 1985: 562 *Patientjournal lag*.

SFS 1993:584 *Lag om Medicintekniska produkter*

SFS 1998:531 *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.

SFS 2001:453 *Socialtjänstlag*.

SFS 2004:168 *Smittskyddslag*.

Siggisdottir K, Olafsson Ö, Jonsson H, Iwarsson S, Gudnason V, Jonsson BY (2005). Short hospital stay augmented with education and home-based rehabilitation improves function and quality of life after hip replacement. *Acta orthopaedica* 76,555-62.

Sjöberg M, Sörman H (2005) *Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om införande av en nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Socialdepartementet och Landstingsförbundet.

Sjöling M., Nordahl G., Olofsson N., Asplund K. (2003) The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling* 51:169-176.

Sjöling M., Ågren Y., Olofsson N., Hellzén O., Asplund K. (2005) Waiting for surgery a life at hold-a continuous struggle against a faceless system. *International Journal of Nursing Studies* 42, 539-547.

SOSFS 1991:11. *God vård i rätt tid*.

SOSFS 1995:15 *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barmorskor*.

SOSFS 2005:12 *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*.

SOSFS 2005:27 M + S. *Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård*.

SOSFS 2007:10 M + S. *Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering*.

SOSFS 2008:1 *Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården*

SOSFS 2008:14 *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*.

Socialdepartementet (2007) *Överföring av vissa socialförsäkringsutgifter till trafikförsäkringen*, Regeringens Kommitté direktiv 2007:53.

Socialstyrelsen (2001) *Hälso- och sjukvårdsrapport. Uppföljning och värderingar.*

Socialstyrelsen (2002) *Vårdens värde - Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*

Socialstyrelsen (2006 a) *Om vårdskador.* OH bilder, version 2006.

Socialstyrelsen (2006 b) *Att förebygga vårdrelaterade infektioner- ett kunskapsunderlag.*

Socialstyrelsen (2007 a) *Hälso- och sjukvårdens verksamhet. Statistik om verksamhet inom sjukhusvården (operationer, vårdtillfällen och vårdtid) samt om läkarbesök 2006.* Hälsa- och sjukvård 2007:3.

Socialstyrelsen (2007 b) *Verksamhetstillsyn av ortopedisk verksamhet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Mölndal.* 2007:3.

Socialstyrelsen (2007 c) *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2007. Insatser till stöd till personer med funktionsnedsättning. Individ- och familjeomsorg, Vård- och omsorg om äldre, Hälsa- och sjukvård, folkhälsa och sociala förhållanden.*

Socialstyrelsen (2008 a) *Uppföljning av den nationella vårdgarantin.*

Socialstyrelsen (2008 b) *Vårdskador inom somatisk slutenvård.*

Stenport J (1971) Total arthroplasty of the hip joint performed at Södersjukhuset Orthopaedic Department. Totalplastiker I höftleder utförda vid Södersjukhusets ortopediska klinik 1967-1970. In Swedish orthopaedic society. Svensk ortopedisk förening. *Nordisk Medicin* 85, 252-253.

Stern P N (1980) Grounded Theory Methodology: Its uses and process. *Image* 12: 20-23.

Stirling L (2006). Reduction and management of perioperative anxiety. *British Journal of Nursing* 15, 359-61.

Strauss A L & Corbin J M (1998) *Basics of Qualitative research, Techniques and procedures for developing Grounded Theory.* (2 ed.) Sage Publications, London

Susleck D, Willocks A, Secret J, Norwood BK, Holweger J, Davis M, Myhan G, Trimpey M (2007). The perianesthesia experience from the patient's perspective. *Journal Perianesthesia Nursing* 22:10-20.

Svenska Akademiens ordbok (SAOB <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> 2006, 2008-07-01)

Svenska Höftprotesregistret (2006) *Årsrapport 2006.*

Svenska Knäprotesregistret (2007) *Årsrapport 2007.*

Sveriges Kommuner och Landsting (2005). Vriss. *Vårdrelaterade infektioner ska stoppas. Avsnitt ortopedi* s 37,43,55,67,87,109.

Sveriges kommuner och Landsting & Socialstyrelsen (2007). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting. Avsnitt Ortopedisk sjukvård*, s 114-19.

Tan KL, Chiu LH (2008) Orthopaedic patients' experience of motor vehicle accident in Singapore. *International Nursing Review* 55,110-6.

Tollerud L, Botsford J, Hoglan MA., Price JL, Sawyer M (1985) A Model for Perioperative Nursing Practice. *AORN Journal*, 41: 188 -196.

Tutton E, Seers K, Langstaff D (2008) *Journal of Advanced Nursing* 28, 1267-88.

Wagner D, Byrne M, Kolcaba K. (2006) Effects of Comfort Warming on Preoperative patients. *AORN journal* 84, 427-448.

Vetenskapsrådet (2001) *Forskningsetiska principer vid Humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

Van der Sluis CK, Eisma WH, Groothoff JW, ten Duis HJ (1998 a) Long-term physical, psychological and social consequences of a fracture of the ankle. *Injury* 29:277-80 a.

Van der Sluis CK, Eisma WH, Groothoff JW, ten Duis HJ (1998 b) Long-term physical, psychological and social consequences of severe injuries. *Injury* 29:281-5 b.

Wiman E, Wikblad K, Idwall K (2007) Trauma patients' encounters with the team in the emergency department- a qualitative study. *International. Journal of Nursing Studies* 44, 122-3, 714-22.

Viklund P, Wengström Y, Lagergren J. (2006) Supportive care for patients with oesophageal and other upper gastrointestinal cancers: The role of a specialist nurse in the team. § 10, 353-63.

Werntoft E, Hallberg IR, Edberg AK (2007). Prioritization and resource allocation in health care. The views of older people receiving continuous public care and service. *Health Expect* 10, 117-28.

Öhrn A, Tropp H, Scheer J, Horn B, Rutberg H, Elfström J (2006) Flest vårdskador inom ortopedi, visar Patientförsäkringen. Skadepanorama och vårdkonsumtion för denna patientgrupp har kartlagts. *Läkartidningen* 03:534-9.