

**ÄLDRE PERSONERS UPPLEVELSE AV SMÄRTA OCH
SMÄRTBEHANDLING EFTER EN HÖFTFRAKTUR OPERATION**
En intervjustudie

**OLDER PATIENTS EXPERIENCE OF PAIN AND
PAIN TREATMENT AFTER A HIP FRACTURE OPERATION**
An interview study

Specialistsjuksköterskeprogrammet Vård av äldre, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 130517
Kurs: Självständigt arbete

Författare:
Evelina Bauer

Handledare:
Louise Egberg

Examinator:
Monika Rydell

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Tidigare i historien var höftfraktur oftast slutet på ett självständigt liv och medelvårdtiden var 100 dagar. Efterhand som tekniken utvecklats med röntgenapparater och förbättrad operationsteknik har medelvårdtiden minskat till ca 10 dygn. I Sverige drabbas ca 18 000 personer av höftfraktur per år och medelåldern för en höftfrakturpatient är 80 år. Frakturen uppkommer oftast genom att personen i fråga har ramlat och slagit i höften. Smärta i samband med en höftfraktur är mycket vanlig och studier visar att äldre patienter kan vara kraftigt underbehandlade när det gäller smärta.

Syfte: Syftet med studien var att belysa äldre patienters upplevelse av smärta och smärtbehandling efter en höftfraktur.

Metod: Sju intervjuer med patienter som vårdades efter en höftfrakturoperation genomfördes. En intervjuguide med semistrukturerade frågor användes. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Patienter som vårdas efter en höftfrakturoperation upplever mer eller mindre smärta. Värst är smärtan vid mobilisering och olika omvårdnadsmoment. Patienter beskriver smärtan som fruktansvärd och känslor som hopplöshet och uppgivenhet är inte ovanliga. Många patienter upplever mindre smärta vid vila och ökad smärta vid rörelse, värst är det när sjukvårdspersonal gör saker hastigt och inte informerar patienten om vad de skall göra. Patienterna uppgav att de ibland lät bli att säga till att de hade ont pga rädsla för beroende och biverkningar. Trots detta var de nöjda med den smärtbehandling de fick och de accepterade en viss smärta som de ansåg hörde till det normala förloppet efter en operation. Patienterna berättade i många fall inte för sina anhöriga hur de mådde eftersom de inte ville oro dem, vilket kan leda till en upplevd ensamhet hos patienten.

Patienterna uttryckte även en önskan om att allt skulle bli som innan de trillade och de var oroliga inför framtiden.

Slutsats: Att vårdas efter en höftfraktur är påfrestande för patienten, de är utsatta på många olika sätt och ofta beroende av hjälpen som sjukvårdspersonal ger dem både vad gäller personlig omvårdnad och smärtlindring. Studien kan ge ökad förståelse hos vårdpersonal på ortopediska avdelningar gällande äldres smärta i samband med en höftfraktur.

Nyckelord: Smärtbehandling, höftfraktur, smärta, äldre, upplevelse.

ABSTRACT

Background: Earlier in history a hip fracture was often the end of a self-dependent life, and the average treatment time was 100 days. Then as the technology develops with x-ray and better operation techniques, the average treatment time reduces to 10 days. In Sweden it's estimated that approximately 18000 individual's hits by hip fracture every year and the middle age for a hip fracture patient is 80 years. The fracture most often starts with that the patient falls and hits the hip. Pain in connection with a hip fracture is very common and studies shows that older patients can be severe undertreated as it comes to pain.

Purpose: The purpose of the study was to illuminate older patient's experience of pain and pain treatment after a hip fracture.

Method: Seven interviews with patients that was treated after a hip fracture operation was performed. An interview guide with semi structured questions was used. The data was analysed with qualitative content analysis to get information of the apparent content of the patient's story.

Result: Patients that are treated after a hip fracture operation experience more or less pain. The pain is worst at mobilization and varied nurturance moment. Patients describe the pain as tremendous and feelings as despair and dejection is not unusual. Many patients experience less pain at rest and more pain at movement, and worst when medical staffs do things rapid with no information to the patient of what they will do. The patients report that they sometimes did not tell they were in pain in fear of addiction and side effects. Despite this they were satisfied with the pain treatment they received, and they accepted some pain that they reckon was related to the normal process after an operation. In many cases the patients didn't tell their relatives how they felt because they didn't want to worry them, which can lead to an experienced loneliness by the patient. The patients also expressed a desire of that everything should become as it was before they fell, and that they were concerned about the future.

Conclusion: To be treated after a hip fracture is demanding for the patient, they are exposed in many ways and often dependent on the help medical staff gives them, both in individual nurturance and in pain treatment. The study can provide better understanding among medical staff at orthopaedic sections regarding older people's pain in connection with a hip fracture.

Keywords: Pain treatment, hip fracture, pain, older, experience

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Höftfraktur.....	1
Smärta.....	2
Smärta i samband med en höftfraktur.....	3
Den äldre människan.....	5
Autonomi och integritet.....	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	6
SYFTE.....	6
METOD.....	6
Ansats.....	6
Urval.....	7
Genomförande.....	7
Dataanalys.....	8
Forskningsetiska överväganden.....	9
RESULTAT.....	10
Smärta vid rörelse.....	11
Smärta vid vila.....	11
Konstant smärta.....	12
Upplevelse av VAS skalan.....	12
Hur smärtan påverkar sinnestämningen.....	12
Möjligheten att själv kunna påverka smärtbehandlingen.....	13
Rädsla för beroende och biverkningar.....	14
DISKUSSION.....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats.....	19
REFERENSLISTA.....	21

BILAGOR

Bilaga I	Informationsbrev till patienterna
Bilaga II	Intervjuguide
Bilaga III	Brev till verksamhetschef

INLEDNING

Som sjuksköterska på en avdelning som till viss del vårdar äldre människor som drabbats av en höftfraktur ser jag dagligen denna patientkategori och deras svårigheter efter en höftfrakturopoperation. Ofta har dessa patienter väldigt ont i sin höft och har svårt för att komma igång med sin mobilisering. Flertalet av dessa patienter accepterar smärtan efter en operation och ser den som en naturlig del av läkningen samtidigt som patienten är ledsen över att inte kunna sköta sig själv och vara beroende av andra. Jag blev nyfiken på vad anledningen kunde vara att dessa patienter inte är bättre smärtlindrade och hur denna patientkategori upplever smärtan och smärtbehandlingen de får på sjukhuset.

BAKGRUND

Höftfraktur

Tidigare i historien var höftfraktur ofta slutet på ett självständigt liv. I mitten på 1800-talet infördes en form av sträckbehandling men den gav ett dåligt resultat. Även försök till att slå in spik i frakturen gjordes men på grund av en hög infektionsrisk fungerade inte heller denna behandling särskilt bra. Under 1930-talet började resultatet vid operationer av höftfrakturer att förbättras. På 1960-talet började röntgenapparater användas i samband med operation och därmed kunde operationstekniken utvecklas. Då var medelvårdtiden över 100 dagar (Socialstyrelsen, 2006). Med dagens operationsteknik och rehabilitering är medelvårdtiden för dessa patienter ca 10 dygn (Rikshöft, 2009).

Förekomst av höftfraktur

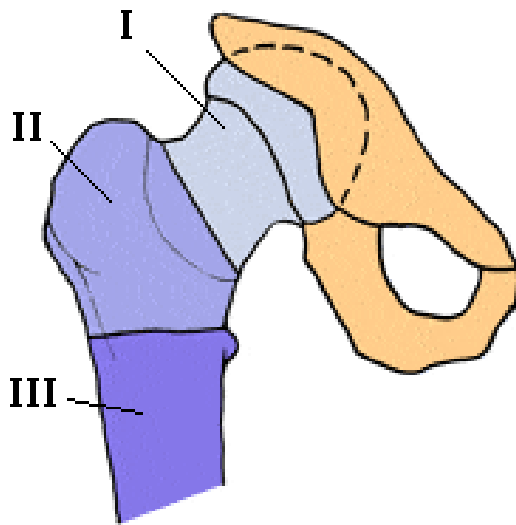
På grund av det ökade antalet äldre och mycket äldre har antalet höftfrakturer ökat dramatiskt under de senaste decennierna. Var tredje person som är 65 år eller äldre och som bor i eget boende ramlar minst en gång per år. För äldre personer som bor i särskilda boenden är fallfrekvensen den dubbla, även på sjukhus inträffar många fallolyckor. Av dessa fallolyckor resulterar en till två procent i en höftfraktur (socialstyrelsen, 2006). Medelåldern för en höftfrakturpatient är 80 år och ca tre fjärdedelar är kvinnor (Rikshöft, 2009). I Sverige drabbas ca 18 000 personer per år av höftfrakturer (Socialstyrelsen, 2006). Den globala siffran för höftfrakturer var år 1990 1,3 miljoner och beräknas uppgå till 2,6 miljoner år 2025.

Höftfrakturer är en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer blir inlagda akut på ortopedavdelningar (Parker, 2008). För det svenska samhället kostar höftfrakturer och rehabiliteringen av dessa ca 1,5 miljarder kronor (Rikshöft, 2009).

Symtom, diagnostik och behandling

Frakturen uppkommer oftast genom en lindrig fallolycka i samma plan, patienten har t ex halkat eller snubblat när de varit uppe och gått i sitt hem. Vanligaste symtom på en höftfraktur är smärta och oförmåga att röra sig. Det skadade benet är ofta förkortat och ligger utåtroterat. Även smärta i lumske, lår och knä efter ett fall kan vara tecken på en höftfraktur. Frakturen fastställs genom klinisk undersökning samt röntgen av höft och bäcken. Ibland behövs en magnetkameraröntgen utföras då det inte går att se alla typer av höftfrakturer med vanlig röntgen (Parker, 2008).

Proximala femur frakturer (frakturer i övre delen av lårbenet) utgör huvuddelen av höftfrakturer, dessa frakturer drabbar främst personer som är bensköra. Det finns två typer av proximala femur frakturer: cervikal fraktur som är lokaliserad till lårbenshalsen och trokantär fraktur som är lokaliserad till muskelfästena i övre delen av lårbenet (Rikshöft 2009). Den cervikala frakturen opereras oftast med höftprotes hos äldre patienter eftersom det är det säkraste sättet att återställa funktionen. Det finns två typer av trokantära frakturer: Pertrokantär och subtrokantär. De trokantära frakturer kan läka utan operation men för att minska risken för felställning och snabbt kunna mobilisera patienten väljs nästan alltid att fixera dessa frakturer med collum skruv kopplad till platta eller med mäggspek (Parker, 2008).



Anatomisk region

I. Cervikal

II. Pertrokantär

III. Subtrokantär

Bildkälla: Internmedicin.se (tillstånd har inhämtats)

På många sjukhus tillämpas idag en vårdkedja med snabbt omhändertagande när höftfraktur misstänks, detta innebär att patienten får komma direkt till röntgenavdelningen och om röntgen påvisar fraktur kommer patienten direkt upp på vårdavdelning för att förberedas för operation som sedan helst skall ske inom tolv timmar (Socialstyrelsen, 2006).

Smärta

International Association for the Study of Pain definierar smärta som ”en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven som sådan skada” (Norrbrink & Lundberg, 2010). Smärtimpulserna startar i det perifera nervsystemets smärtreceptorer och leds vidare i det centrala nervsystemet genom olika nervfibrer. När dessa nervimpulser når sensoriska hjärnbarken medvetandegörs och tolkas smärtan (Eriksson & Eriksson, 2002). Förmågan att kunna känna smärta är oerhört viktig för vår överlevnad (Norrbrink & Lundberg, 2010). Att ha smärta är energikrävande och belastar både cirkulation och andning (Eriksson & Eriksson, 2002). Graden av upplevd smärta är individuell och kan variera beroende på olika fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella faktorer, även ålder kön och tidigare erfarenheter spelar en roll. Smärtupplevelsen kan också bero på den aktuella situationen och variera över tid (Hall-Lord, Wilde Larsson, Bååth & Johansson, 2004). Smärta kan framkalla en stressreaktion i kroppen med frisättning av kortisol, glukagon och adrenalin vilket i sin tur kan framkalla

en katabol metabolism. Personer som har långvarig smärta kan uppleva sig utmattade och tömda på energi (Norrbrink & Lundeberg, 2010).

Smärta i samband med en höftfraktur

Preoperativ smärta

Archibald (2003) fann i sin studie att smärta i samband med en höftfraktur är väldigt vanlig. Efter fallet uppstår smärtan omedelbart och den drabbade lokaliserar smärtan till höften och förstår att den är bruten. Många patienter upplever en svår smärta vid ankomst till sjukhuset.

Innan operation upplever patienterna en intensiv smärta både i vila och i rörelse (Hall-Lord et al, 2004). Den akuta smärtan tolkas av kroppen som ett hot vilket i sin tur kan leda till en rad reaktioner i kroppen såsom ökad pulsfrekvens och blodtryck samt ökad andningsfrekvens och svettning. Smärtan kan även leda till oro, rädsla och ångest vilket förstärker upplevelsen av den ursprungliga smärtan. I vissa fall övergår den akuta smärtan till långvarig smärta (Norrbrink & Lundeberg, 2010).

Postoperativ smärta

Många patienter som opererats för höftfraktur förväntar sig smärta efter operationen, de anser att det är en del av återhämtningen och en process som skall gås igenom. Oftast är smärtan relaterad till operationsområdet och såret (Montin, Suominen & Leino-Kilpi, 2002). Äldre patienter som vårdas på en avdelning efter en höftfrakturoperation upplever smärtan de har i vila som acceptabel men beskriver den som fruktansvärd när vårdpersonal skall utföra olika moment i samband med omvårdnad t ex hjälpa patienten på toaletten eller bädda sängen när patienten ligger i den. Flera äldre patienter betraktar smärtan efter en operation som en del av läkningsprocessen och som en naturlig del av vårdtiden (Bergh, Jakobsson, Sjöström & Steen, 2005).

Smärta lång tid efter en höftfraktur

Långvarig smärta kan även benämnas som kronisk smärta. När den akuta smärtan övergår i långvarig smärta förlorar den sin betydelse som en del av en skyddande och läkande funktion och övergår i ett lidande för den drabbade (Norrbrink & Lundberg, 2010). Olika studier visar att långvarig eller kronisk smärta ofta upplevs som meningslös och oändlig, den är sömnstörande, aptitnedsättande och mycket energikrävande (Herrick, Steger-May, Sinacore, Brown, Schechtman & Binder, 2004).

Långvarig smärta kan övergå från ett symtom till att bli ett syndrom. Ett långvarigt smärtsyndrom påverkar flertalet av kroppens system såsom det immunologiska, det endokrina, det autonoma nervsystemet samt den motoriska funktionen (Norrbrink & Lundberg, 2010). För den drabbade kan detta innebära nedstämdhet och påverkan på det dagliga livet. Ofta påverkas även livskvalitén och det finns risk för social isolering (Lotus Shyu, Chen, Chen, Wu & Su, 2008). Enligt Landi, Onder, Cesari, Russo, Barillaro och Bernabei (2005) har äldre patienter med smärta dagligen eller nästan dagligen en ökad risk att drabbas av depression.

För att minska risken att akut smärta skall övergå i långvarig smärta är det viktigt att tidigt sätta in behandling som är adekvat för det akuta smärttillståndet (Norrbrink & Lundberg, 2010).

Smärtskattning

Smärta hos äldre kan vara svår att bedöma, de äldre berättar ofta inte att de har ont eftersom de är rädda för biverkningar av läkemedel samt att de inte vill vara till besvär för vårdpersonal eller anhöriga. Även kommunikationsproblem p g a nedsatt syn och hörsel eller förvirringstillstånd kan innebära problem att bedöma smärta hos denna patientkategori. Inom den äldre befolkningen kan smärta vara kraftigt underbehandlad vilket kan leda till social isolering, depressioner, nedsatt rörlighet och därmed minskat välbefinande (Arderly, Herr, Hannon & Titler, 2003).

Inom vården finns det olika sätt att bedöma och att mäta en patients smärta på. Ett instrument som ofta används är VAS-skalan (visuell analog skala) där patienten får ange sin smärta på en skala mellan noll till tio där nollan står för ingen smärta och tian är värsta tänkbara smärta. På VAS-skalan finns även en ansiktsskala där patienter som har svårt att verbalt uttrycka smärta p g a språkproblem kan ange sin smärta med hjälp av olika ansiktsuttryck. Ansiktena på denna skala har olika mimik och patienten kan välja det ansikte som bäst stämmer in på honom/henne och därefter kan vårdpersonal utvärdera behovet av smärtbehandling eller om önskad effekt av smärtbehandling har uppnåtts (Norrbrink & Lundeberg, 2010).

Smärtbehandling vid en höftfraktur

Vid akut smärta används farmakologisk behandling med injektioner eller behandling med suppositorier och tabletter. Det är viktigt att dosen läkemedel anpassas och att lämplig administreringsväg väljs. Detta är särskilt viktigt då äldre personer behandlas eftersom de ofta använder flera olika läkemedel samtidigt. Vid stigande ålder sker även olika fysiologiska förändringar i kroppen som påverkar läkemedelsmetabolismen och kan leda till en rad oönskade biverkningar (Norrbrink & Lundeberg, 2010)

Traditionellt behandlas patienterna med injektioner, tabletter eller suppositorier innan och efter operation av en höftfraktur. Läkemedel som ofta används är olika preparat med paracetamol som verksamt substans, NSAID preparat och olika opioider t ex morfin och ketogan (Norrbrink & Lundeberg, 2010). På vissa sjukhus erhåller patienten en fascia iliaca blockad när de kommer till akuten med misstänkt höftfraktur, denna typ av smärtbehandling påverkar nervus femoralis och nervus cutaneus vilket gör att det blir lättare och mindre smärtsamt för patienten att röntgas och sedan förberedas inför operation. När patienten kommer till operation läggs en spinalkateter där smärtstillande läkemedel kan ges regelbundet under operationen och timmarna efter (Foss, Kristensen, Palm & Kehlet, 2009).

Fascia iliaca blockad är att föredra då morfin preparat kan orsaka andningsdepression, förvirring och förstoppning, NSAID preparat kan orsaka magsår och påverka levern negativt. Fascia iliaca blockad ger god smärtlindring utan dessa biverkningar (Högh, Dremstrup, Skov-Jensen & Lindholt, 2008).

Många patienter som kommer till akuten med en höftfraktur får benet stabiliserat med hjälp av en Lassekudde för att minska smärtan. Lassekudde är en avlastningskudde gjord av skumplast som benet placeras i för att hållas stabilt och för att undvika trycksår på hälar (Resch, Bjärnetoft & Thorngren, 2005).

Om patienten av någon anledning inte kan opereras inom 12 timmar kan det bli aktuellt med sträckbehandling för att minska smärtorna och få det skadade benet i rätt position

(socialstyrelsen, 2006). Sträckbehandling innebär att det skadade benet placeras i en ställning som skruvas fast i skenbenets huvud och som sedan sträcker ut benet med hjälp av en metalpinne. Denna behandling har på senare tid ifrågasatts då studier visar att lägga benet i en bekväm ställning med hjälp av kuddar ger samma resultat (Parker & Handoll, 2006). Patienterna upplever ungefär samma grad av smärta när de har benet i t ex Lassekudden som med sträckbehandling och de erhåller lika mycket smärtstillande läkemedel, Lassekudden kan även minska förekomsten av trycksår på häl och patienterna tycker det är behagligt att ha benet placerat i den. Den är lätt att använda då benet bara läggs bekvämt i kuddens skåra och därmed är på plats. Lassekudden orsakar mindre lidande jämfört med sträckbehandling som utsätter patienten för ytterligare ett ingrepp då en ställning måste skruvas fast i benet innan sträck kan appliceras (Resch et al., 2005).

Den äldre människan

Antalet äldre människor kommer i många länder stadigt att öka. Harrefors, Sävenstedt och Axelsson (2009) beskriver denna ökning som en tyst revolution. Antalet äldre personer som söker sjukhusvård har genom åren ökat och majoriteten av dessa äldre personer är över 80 år. Många av de äldre personerna använder medicinsk vård regelbundet och frekvensen ökar med stigande ålder (Chang, Lee, Kim & Lee, 2007). De äldre personerna utmanar ett system som fokuserar på korta vårdtider och som är högt specialiserat. Higgins, Slater, Van Der Riet och Peek (2007) visar i sin studie gjord i Storbritanien att den befintliga modellen av vård inte möter de äldres behov av både omvårdnad och medicinsk vård.

Autonomi och integritet

Autonomi och integritet är två viktiga begrepp för att upprätthålla värdighet hos äldre personer. Autonomi kan beskrivas som patientens rättighet till självbestämmande (Randers & Mattiasson, 2004). Integritet innebär att varje enskild individ har rätt att bli behandlad med respekt för hennes identitet. Integriteten kan vara både av kroppslig och själslig art. Den kroppsliga integriteten handlar om individens rätt till sin egen kropp, den själsliga integriteten handlar om individens privata sfär vilket innebär att varje individ har rätt att hålla vissa saker för sig själv, det är en sorts skyddsmur runt personen och ingen annan människa har rätt att komma innanför denna mur om inte individen tillåter detta (Arlebrink, 1996). De etiska principerna inom vården gällande autonomi och integritet innebär att patienten skall vara delaktig i beslutsprocessen, hälso- och sjukvårdspersonal skall involvera patienten i beslut som rör denne och söka efter patientens åsikt (Webster & Bryan, 2009).

Det är viktigt att sjuksköterskan och övrig vårdpersonal värnar om patientens integritet genom att ha en bra kommunikation med patienten, att språket som används är passande och förståeligt (Webster & Bryan, 2009). Vidare skall sjukvårdspersonal se till varje individ och anpassa förhållningssättet så värdigheten hos patienten upprätthålls och att det finns möjlighet för patienten att värna om sin integritet (Randers & Mattiasson, 2004).

För att upprätthålla patientens autonomi och integritet är det viktigt att sjukvårdspersonal respekterar varje enskild individ och dennes önskemål. Vid olika omvårdnadsmoment eller undersökningar är det viktigt att patientens integritet skyddas t ex genom att dra för draperi och att samtal av mer privat karaktär ej sker inne på salen där fler patienter eller anhöriga kan höra (Randers & Mattiasson, 2004). Äldre patienter anser att personalen arbetar hårt för att upprätthålla deras värdighet genom att dra för draperi samt göra så mycket som möjligt inne på toaletten istället för i sängen. För vissa äldre kvinnor är det viktigt att det är

kvinnlig personal som utför den mer intima omvårdnaden, det är även viktigt att patienterna får känna att de har kontroll över sin kropp och sitt liv (Webster & Bryan, 2009).

Faktorer som äldre patienter kan uppleva som kränkande är att få vänta länge på att få hjälp och att inte ha kontroll över situationer (Webster & Bryan, 2009). Patienter som vårdas för höftfrakturer känner oro över att inte klara sig själva, de befinner sig i en beroendesituation (Archibald, 2003). Känslor av hopplöshet och hjälplöshet är inte ovanligt hos dessa patienter. Funktionsnedsättningen som ofta blir följd av en höftfraktur påverkar autonomi genom att förmågor som tidigare funnits kanske helt har försvunnit. Behovet av hjälpmedel uppfattas ofta negativt då det ses som ett synligt tecken på förlorad självständighet. Patienter uttrycker sin besvikelse över sin oförmåga att bibehålla den aktiva tillvaro de levt i tidigare (Bergh et al., 2005). Att inte kunna ta sig till toaletten eller sköta sin dagliga hygien utan hjälp upplevs som förnedrande och deprimerande (Archibald, 2003). Övergången från stadiet förlorad autonomi till återvunnen autonomi beskrivs som att patienterna försöker lära känna sin förändrade kropp och börjar lita på den, de lär sig sina begränsningar och förändrar sina livsmål. När patienterna börjar förstå sin kropp kommer de till insikt att det kunde ha varit värre. Det är även betydelsefullt för patienterna att märka sina framsteg, detta ger en drivkraft att fortsätta kämpa trots motgångar. När patienterna har accepterat sin situation och sina behov av hjälpmedel upplevs dessa som något positivt som främjar deras självständighet, de upplever hjälpmedlen som outhärliga och är glada över att kunna bli mer självständiga med hjälp av dessa (Archibald, 2003).

PROBLEMFORMULERING

Många av de patienter som opererats för höftfraktur lider av stor smärta både innan och efter operationen. Smärtlindring ges men inte i tillräckligt stor utsträckning. Tidigare forskning har visat att äldre patienter är kraftigt underbehandlade när det gäller smärtlindring. Utebliven eller otillräcklig smärtlindring innebär ett lidande för patienten. Patienten kan inte mobiliseras i den grad det är tänkt och får därmed en ökad risk för blodproppar och trycksår samt nedsatt livskvalité. Det är därför av största vikt att samla kunskap om hur denna patientkategori upplever smärtan och smärtbehandlingen efter en höftfrakturoperation

SYFTE

Syftet var att belysa äldre patienters upplevelse av smärta och smärtbehandling efter en höftfraktur,

METOD

Ansats

Studien har genomförts med kvalitativ metod för att få veta mer om mänskliga fenomen som t ex upplevelser (Kvale & Brinkman, 2009). Metoden har som syfte att försöka förstå världen ur den intervjuades synvinkel och därmed få fram upplevelser och erfarenheter som kan bidra till kunskap och förståelse inom området (Hartman, 2004).

Forskningsintervjun är en mellanmänsklig situation, ett samtal mellan två personer som berör ett ämne som båda har intresse av. Genom samtalet kan information komma fram om sådant som är svårt att observera eller mäta t ex. känslor och upplevelser kring ett fenomen. För att kunna besvara syftet valdes kvalitativ deskriptiv intervjustudie som metod eftersom den kan beskriva upplevda fenomen i den levda världen (Kvale & Brinkman, 2009).

Urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien var patienter 65 år eller äldre som var inlagda på en ortopedavdelning i Skåne. Patienterna skulle vara inlagda för vård efter en höftfrakturoperation och vara orienterade till tid, rum och person enligt mini mental test första två frågor, denna bedömning gjordes vid en muntlig förfrågan om deltagande i studien. Patienterna skulle kunna medverka i en intervju. Exklusionskriterier var patienter med diagnostiserad demenssjukdom, patienter med andra sjukdomar som gjorde att de ej kunde medverka i en intervju samt patienter med övriga smärttillstånd som gjorde det svårt för dem att bedöma just smärtan i höften. Ett strategiskt urval gjordes för att öka giltigheten och för att få så allsidig information som möjligt kring problemområdet. Detta gjordes genom att välja informanter i spridda åldrar samt av olika kön. Intervjuer valdes som datainsamlingsmetod eftersom informanterna skulle få möjlighet att beskriva sina upplevelser med egna ord. Journaler på patienter som vårdades för höftfraktur lästes och därefter valdes patienter som uppfyllde inklusionskriterierna ut. Vid den muntliga förfrågan lämnades ett informationsbrev ut där patienterna fick ge sitt samtycke till att delta i studien (Bilaga I). De sju personer som deltog i studien var tre män i åldern 79-91 år och fyra kvinnor i åldern 80-88 år.

Genomförande

Som datainsamlingsmetod valdes intervjuer för att informanterna skulle få möjlighet att beskriva sina upplevelser med egna ord. Vid samtliga intervjuer användes en intervjuguide (Bilaga II). Författaren kontaktade verksamhetschefen för vald avdelning på ett mindre sjukhus genom ett informationsbrev (Bilaga III) innehållande skriftligt godkännande och en kort beskrivning av studien med avsnitt ur den godkända projektplanen. Skriftligt godkännande erhöles innan intervjuerna påbörjades.

Patienter som uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut och tillfrågades sedan muntligt om medverkan i studien. Totalt tillfrågades elva patienter varav tre stycken valde att inte delta. Övriga åtta patienter som svarat ja på den muntliga förfrågan erhöles skriftlig information som innehöll en sammanfattning om studiens bakgrund, syfte och metod enligt Codex (2013) riktlinjer, vilket samtliga godkände. Sju av de åtta informanterna deltog fullt ut i studien. Intervjuerna genomfördes efter överenskommelse på avdelningen. Ett avskilt rum på avdelningen valdes så intervjuerna kunde genomföras utan avbrott eller störande moment (Kvale & Brinkman, 2009). Tider för intervjuer bokades med varje enskild informant där hänsyn till avdelningens rutiner såsom rond, lunch och tid för vila togs. Den avsatta tiden för intervjuerna var ca 40 minuter. Intervjuerna tog mellan 19–35 minuter vilket gjorde att tid fanns för frågor och funderingar efter avslutad intervju.

En pilotintervju genomfördes för att säkerställa frågornas användbarhet i intervjuguiden och för att författaren skulle få tillfälle att öva intervjumetodik samt för att öka trovärdigheten. Pilotintervjun utvärderades och resulterade i att frågorna i intervjuguiden justerades. En ny pilotintervju utfördes kort därefter. Båda pilotintervjuerna genomfördes

under maj månad 2012 och den första ingår inte i resultatet, däremot ansågs den andra pilotintervjun ge tillräckliga svar på frågorna och inkluderades därför i resultatet.

För att öka tillförlitligheten har data som samlats in under studiens gång inte ändrats. Författaren utförde själv alla intervjuer. En intervjuguide med semistrukturerade frågor användes för att få informanterna att berätta om det som var aktuellt för studiens syfte. Tillförlitlighet handlar enligt Morse, Barrett, Mayman, Olsson och Spiers (2002) om hur noggrant författaren beskriver sina ställningstaganden och val som har gjorts under hela arbetets gång. Intervjuerna transkriberades i direkt anslutning till intervjuerna.

Samtliga sju intervjuer ägde rum under en treveckorsperiod i maj månad 2012. Intervjuerna gjordes på 3-5 dagen efter operation. Intervjuerna spelades in på band för att sedan direkt efter transkriberas. En intervjuguide med semistrukturerade frågor användes (Bilaga II). Enligt Hartman (2004) innebär en semistrukturerad intervju att frågorna ställs i en viss ordning och att den som intervjuas har möjlighet att fritt uttrycka sig. För att få ett djup i intervjuerna ställdes följdfrågor fortlöpande under intervjuerna. Intervjuerna började med att informanterna fick berätta vad de hette och hur gamla de var. Den första frågan var sedan: *Du har brutit din höft och blivit opererad, kan du berätta för mig hur det kändes efter operationen?*

Dataanalys

Avsikten med studien var att med kvalitativ innehållsanalys göra en empirisk beskrivning av patienters upplevelser av smärtbehandling efter en höftfraktureoperation då de vårdas på en ortopedavdelning. Författaren har använt en manifest kvalitativ innehållsanalys eftersom det beskriver vad som faktiskt sägs, det tydliga och uppenbara (Graneheim & Lundman, 2004). Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter och används mycket inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Inom omvårdnadsforskning används kvalitativ innehållsanalys för att granska och tolka texter t ex utskrifter av bandade intervjuer (Kvale & Brinkman, 2009). Utmaningen i kvalitativ analys är att skapa mening ur en massiv mängd data där det handlar om att skilja mellan det betydelsefulla och det triviala (Patton, 2002). Utmaningen ligger även i att identifiera betydelsefulla mönster.

Intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet och för att hitta det uppenbara som framkommit och som är relevant för att svara på studiens syfte. Utmaningen ligger även i att identifiera betydelsefulla mönster. De delar av texten med upplevelser som beskrev studiens syfte ströks över med färgpenna och de meningar som beskrev samma upplevelse numrerades med samma nummer. Den kvalitativa innehållsanalysen sker genom att meningar och fraser som är relevanta för syftet hittas, de bildar meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades ned till kortare meningar och kodades. Kondensering innebär att de meningsbärande enheterna kortas ned utan att det centrala innehållet går förlorat. Sedan grupperades koderna efter innehåll och sammanfördes till kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Meningsbärande Enhet	Kondenserad Text	Kod	Kategori
Det började värka i höften lite grann, sen blev det värre och värre, det spred sig neråt benet och till slut kunde jag inte tänka på något annat	Värk i höften som spred sig neråt benet och blev värre och värre, kunde inte tänka på något annat	Smärta som är svår att fokusera bort	Smärta vid vila
Jag har inte speciellt ont när jag sitter uppe eller ligger i sängen, det är mest när jag skall utföra olika moment där jag måste röra på benet.	Smärta vid olika rörelser, inte speciellt ont vid vila	Smärta vid rörelse	Smärta vid rörelse
Personalen har sagt till mig att jag måste säga till om jag har ont för då kan jag få mer värktabletter	Kan säga till om jag har ont och få extra värktabletter	Bestämna när jag behöver extra värktabletter.	Möjligheten att själv kunna påverka smärtbehandlingen
Hade förfärligt ont på natten, ropade på hjälp och då kom nattsystern och jag fick en spruta direkt och då kändes det bättre igen. Nattsystern kom flera gånger och frågade mig om jag hade ont, gav mig en spruta så fort jag behövde det.	Väldigt ont på natten, fick en spruta av nattsyster och då kändes det bättre igen.	Snabb lindring med hjälp av spruta på natten.	Möjligheten att själv kunna påverka smärtbehandlingen

Exempel på meningsbärande enhet, kondenserad meningsenhet, kod och kategori från den manifesta innehållsanalysen enligt Graneheim och Lundman (2004).

Forskningsetiska överväganden

God forskningsed har uppnåtts genom fyra principer: Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att författaren skall informera alla deltagare i studien om deras uppgift samt om vilka villkor som gäller för

deras deltagande, detta har uppnåtts genom att de som var berörda av studien såsom informanter, verksamhetschef och avdelningschef informerades om forskningsprocessen, studiens syfte, metod, hur insamlad data kommer att användas och förvaras samt på vilket sätt deltagarna kommer att ingå i studien. Informanterna informerades om att de själva bestämde över sin medverkan samt att de hade rätt att avsluta sin medverkan när de ville om de så önskade. Informanterna i studien gav först ett muntligt samtycke och därefter lämnades ett informationsbrev där skriftligt samtycke inhämtades. Samtyckeskravet innebär att varje enskild deltagare själv har rätt att bestämma över sin medverkan. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om alla som ingår i en studie skall ges största möjliga skydd och uppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Detta har uppnåtts genom att intervjumaterialet har förvarats i ett låst skåp så att ingen utomstående skulle kunna ta del av det. Personuppgifter togs inte med i materialet. Informanternas integritet skyddades på ett sätt så ingen skulle kunna identifiera vederbörande. Författaren samlade in uppgifter om förnamn samt ålder. Förnamnet ersattes vid transkriberingen av en siffra istället. Ljudbandsinspelningarna raderades innan bandspelaren lämnades tillbaka till utlånaren. Endast författaren och handledaren har läst det transkriberade materialet. I enlighet med nyttjandekravet har insamlat material endast använts för forskningsändamål och intervjumaterialet kommer efter godkänd examination av arbetet att förstöras, detta i enlighet med God forskningsed (Codex, 2013).

Eftersom författaren arbetar på vald avdelning var det viktigt att inget beroende eller makt förhållande fanns mellan författare och informant då dessa hade kunnat känna sig skyldiga att delta i studien eller lämna felaktig information. Författaren har därför inte vårdat patienterna som blev intervjuade. Kvale och Brinkman (2009) menar att forskningsintervjun inte skall betraktas som en helt öppen och fri dialog mellan jämlika parter. Om forskaren visar för mycket dominans är risken att informanterna undanhåller information som skulle kunna vara viktigt för studiens syfte. Det behöver inte handla om avsiktlig makt från forskarens sida men forskaren bör reflektera över den roll som makten har. Robertson och Hale (2011) menar att det kan vara problematiskt att genomföra en forskningsintervju om personen samtidigt arbetar som sjuksköterska eftersom personen i fråga behöver byta sitt sjuksköterskeperspektiv till forskarperspektiv. Ett annat dilemma som kan uppstå i intervjusituationen är att informanten ångrar vad han sagt (Patton, 2002). Enligt Gillham (2008) är det viktigt att forskning som utförs inom sjukvården tydliggör vilket syfte intervjun har samt vilken roll forskaren har.

RESULTAT

Resultatet kommer att redovisas med hjälp av de sju kategorier som framkom vid dataanalysen.

Gemensamt för informanterna var att samtliga upplevde smärta i större eller mindre utsträckning, trots det var de nöjda med smärtbehandlingen de fått och de upplevde bemötandet från personalen som bra. De sju kategorierna är: Smärta vid rörelse, smärta vid vila, konstant smärta, patienters upplevelse av VAS, upplevelse av hur smärtan påverkar sinnesstämningen, upplevelse av möjligheten att själv kunna påverka smärtbehandlingen och upplevelse av rädsla för beroende och biverkningar.

Resultatet kommer att förstärkas med hjälp av citat.

Smärta vid rörelse

Samtliga informanter upplevde smärta i rörelse, de upplevde smärta både när de självständigt skulle utföra olika rörelse med benet som t ex att byta läge på benet när de låg i sängen och när personal skulle hjälpa dem med olika moment t ex att komma upp på sängkanten. Smärtan vid rörelse beskrevs som förfärlig och outhärdlig. De upplevde olika moment som väldigt påfrestande som att gå på toaletten och att resa sig upp från sängen. Det upplevdes som mycket besvärligt att sätta sig ned på t ex toaletten om personalen inte hade satt på toalettförhöjaren och det var även svårare att resa sig upp igen då den inte var på. Några av informanterna ville inte vara till besvär och be personalen om detta då de kände att det var omständigt för personalen. Informanterna berättade att de upplevde en känsla av att benet inte ville lyda dem att det kändes annorlunda, stumt på ett sätt de inte varit med om tidigare, benet kändes tungt och det upplevdes som en stor ansträngning att röra det, de var även rädda för att det skulle göra mer ont eller att de skulle förstöra något i benet om de rörde för mycket på det. De berättade om en smärta som var konstant men som blev värre vid rörelse. Informanterna berättade att de i början knappt kunde ta sig ur sängen p g a smärtan. De första dagarna efter höftfrakturopoperationen upplevde informanterna att minsta lilla rörelse var en väldigt stor påfrestande och mycket ansträngande. En informant berättade att bara tanken på hur de första dagarna varit gav rysningar. Smärtan vid rörelse beskrevs som stickande. De upplevde mindre smärta i samband med att de kände att de själva hade kontroll över situationen och själva fick hjälpa till vid olika moment där de skulle röra på benet. Informanterna upplevde det lättare att stå ut med smärtan då. De beskrev att vissa i personalen var väldigt snabba vid olika moment t ex att sätta sig upp på sängkanten och vid dessa tillfällen upplevdes ökad smärta. När det var personal som tog det lugnt och informerade om vad de skulle göra kände sig informanterna trygga och upplevde mindre smärta. Informanterna upplevde att det oftast kändes bättre när de väl kommit upp i gående.

”Det är när jag skall upp från sängen och gå, det gör så hemskt ont att jag bara vill skrika”

”Det är värst när jag skall räta ut benet och ta upp det i sängen, det känns som knivstick”

”De allra flesta i personalen tar det lugnt och då går det bättre, när jag får hjälpa till själv. Jag kan stå ut med smärtan bättre då”

Smärta vid vila

Informanternas upplevelse av smärta i vila varierade mellan att uppleva smärta i vila och att uppleva smärtfrihet då de höll benet stilla. Det beskrevs som besvärligt att hitta ett läge som kändes bra att ha benet i, de upplevde att personalen försökte hjälpa dem att hitta ett bra läge med hjälp av olika kuddar och genom att ändra läget på sängen. Informanterna beskrev en smärta som upplevdes svår att bli av med, de beskrev att den molande värken fanns där hela tiden och att den upplevdes värre på natten. De berättade att det är på natten alla tankar kommer och att det är lättare att ligga och tänka på smärtan när allt är tyst runtomkring och att det är svårare att komma till ro. En informant berättade hur han låg och räknade timmarna tills det var morgon och sköterskan skulle komma med morgonmedicinen. En annan informant berättade att hon haft så förfärligt ont tidigt på morgonen och bett nattpersonalen om hjälp att få komma upp men inte fått det för personalen tyckte det var för tidigt. Informanterna beskrev att smärtan minskade om de

hittade rätt ställning för benet men även att smärtan ökade om de haft benet i samma läge för länge, vilket gjorde att de kände sig osäkra på om de skulle sitta uppe eller ligga i sängen. De var även oroliga för att inte få hjälp att komma till sängen när de suttit uppe en stund och önskade detta. Informanterna berättade att de ibland satt längre i stolen än vad de egentligen ville eftersom de upplevde att personalen tyckte det var bra om de satt uppe en längre stund. Smärtan vid vila beskrevs i termer som sprängande, huggande och malande. De upplevde det som svårare att be personalen om hjälp nattetid då de inte ville störa sina medpatienter samt att de vet att det inte är så många i personalen nattetid.

”På natten när jag legat i samma ställning länge gör det väldigt ont, det värker och spränger i hela benet och jag måste försöka ändra läge på det”

”Det är inte så farligt om jag håller benet stilla, kan ibland vara besvärligt att hitta ett läge som känns bra”

Konstant smärta

Informanterna beskrev en konstant smärta som i vissa fall blev värre vid rörelse och bättre vid vila men ändå hela tiden fanns kvar. De beskrev smärtan som molande och upplevde att den fanns där hela tiden oavsett om de tog värktabletter eller ej. Informanterna ansåg att det var den naturliga processen efter en operation där de varit inne och skruvat i benet som gav den här ihållande värken som de upplevde inte gick att göra något åt. De upplevde att värktabletterna tog bort den värsta udden av smärtan och att de då kunde slumra till en stund och på så sätt komma bort från smärtan en stund. De upplevde det lättare att fokusera på något annat än smärtan dagtid men på natten var det svårare.

”Det gör lite ont hela tiden, det liksom värker mer eller mindre kan man säga. Det är en värk som trots värktabletter inte går att bli av med”

Upplevelse av VAS-skalan

Informanterna hade blivit tillfrågade att ange sin smärta på VAS skalan i det akuta förloppet men på hemortslasarettet hade de inte blivit tillfrågade om VAS skalan någon gång. Informanterna berättade att de fått ange sin smärta på en skala från ett till tio. Några informanter förstod inte riktigt vad den skulle vara bra för eller vad den skulle göra för nytta. Några andra informanter tyckte syftet med VAS skalan var bra men de upplevde att de fick använda den för kort tid för att kunna utvärdera effekten av den.

”Har fått ange min smärta på en skala från ett till tio, vet inte riktigt vad den skulle vara bra för och vad den skulle göra för nytta”

”De visade mig en sticka som jag fick säga hur ont jag hade.....,den är säkert bra men jag var ju inte i Lund så länge så jag vet faktiskt inte”

Hur smärtan påverkar sinnesstämningen

Informanterna berättade att de upplevde att smärtan påverkade deras sinnesstämning på ett eller annat sätt. De upplevde det jobbigt att ha ont och att smärtan påverkade deras humör. De uttryckte känslor som hopplöshet och hjälplöshet de dagar smärtan var som värst, de

upplevde att ingenting kändes riktigt roligt dessa dagar. Informanterna berättade att det även var jobbigt då anhöriga kom och hälsade på och såg att de var ledsna och hade ont, de berättade att de därför försökte hålla humöret uppe under besöket för att inte göra dem ledsna och oroliga. De dagar då smärtan var bättre upplevde de att humöret också var bättre och att det var lättare att se ljus på framtiden. De upplevde att det kändes bättre på dagen då det är lite mer aktivitet på avdelningen, de kunde läsa tidningen och barnen kom kanske och hälsade på, då gick tiden lite snabbare och tankarna kunde vara på annat håll en stund. Informanterna upplevde det påfrestande att vara beroende av andra, att inte klara sig själva och de önskade att allt skulle vara som innan de trillade och bröt höften. De dagar då allt kändes bra upplevde informanterna också att de vågade tro att framtiden skulle bli bra och att de skulle klara sig bra när de kom hem. De dagar då de hade mer smärta kom tankarna att de aldrig skulle kunna komma hem igen och att de alltid skulle vara beroende av andra. De informanter som klarat sig själv innan frakturen upplevde en större oro gällande hur det skall gå när det är dags att komma hem och även en oro över att behöva hjälp från kommunen, de kände en skam över att inte klara t ex toalett besök självständigt utan var tvungna att be om hjälp. De informanter som inte led av inkontinens berättade att de ändå hade fått en blöja som extra säkerhet och att personalen vid några tillfällen bett dem kissa i blöjan när de egentligen ville gå på toaletten. Dessa informanter berättade att trots smärtan när de skulle upp och gå ändå hellre ville få lov att gå på toaletten och göra sina behov där. De tyckte det kändes obehagligt att ha en stor blöja när de inte behövde det, men de hade en förståelse för att det nog var så när de var inlagda på sjukhus och protesterade därför inte.

”Humöret är ju inte det bästa alla dagar, speciellt inte när det gör ont. Man blir på dåligt humör och känner sig ledsen”.

”Vissa dagar känns det jättebra och då känns det som allt skall gå bra och att jag snart kan komma hem, andra dagar känns det helt hopplöst, det gör ont och jag klarar ingenting”.

Möjligheten att själv kunna påverka smärtbehandlingen

Informanterna var i stort sett nöjda med smärtbehandlingen de fått och fortfarande fick då intervjuerna ägde rum. De upplevde att personalen ofta frågade dem om de hade ont och i de fall de uppgav smärta erhöll de smärtstillande läkemedel. De upplevde även att läkarna frågade dem när de gick rond om smärtan och gjorde ändringar i smärtbehandlingen i de fall som det behövdes. Samtliga informanter erhöll smärtstillande i tablettform och var nöjda med det och de var alla informerade om att de bara kunde säga till om de behövde extra smärtstillande.

Trots detta ville flera av informanterna inte besvära personalen i onödan och bad därför inte om smärtstillande trots att de hade behov av det. En informant berättade att han endast bad om smärtstillande nattetid om smärtan var outhärdlig, annars försökte han stå ut. Anledningen till detta var att de ansåg att personalen hade tillräckligt mycket att göra och de upplevde att personalen inte alltid hade tid med dem, de undvek att ringa på klockan och be om hjälp då de upplevde att viss personal tyckte det var jobbigt, de kände sig som en belastning och önskade att personalen skulle ha mer tid. De informanter som hade bett om smärtstillande nattetid upplevde att nattpersonalen var väldigt måna om att hjälpa dem och att de kommit in flera gånger efter att de gett smärtstillande antingen i tablettform eller som spruta för att utvärdera effekten. Deras upplevelse av hur möjligheten varit att själv

kunna påverka läkemedelsbehandlingen varierade från att de upplevt att de hade kunnat påverka behandlingen till att anse att det var läkarnas sak att avgöra hur smärtbehandlingen skulle se ut och att de inte kunde påverka den samtidigt som de berättade att personalen hade sagt till dem att de skulle säga till när de fick ont så de kunde få extra smärtstillande.

Vidare upplevdes det viktigt av informanterna att känna tillit till personalen, att personalen engagerade sig och att kommunikationen angående smärtan var god för att smärtbehandlingen skulle bli så bra som möjligt.

”Ber inte om extra smärtstillande eftersom jag inte vill besvära i onödan, det finns de som har det mycket värre”

”Läkarna och sjuksystrarna frågar mig varje dag hur det går och hur det känns och ändrar sedan min medicin efter vad jag säger”

Rädsla för beroende och biverkningar

Det framkom att informanterna upplevde en rädsla att ta smärtstillande läkemedel och därför undvek att be om värktabletter trots att de hade smärta. De uttryckte att det inte kunde vara bra för kroppen att ta för mycket läkemedel och att de därför avstod den extra tabletten eller sprutan de kunde ha fått. Informanterna stod hellre ut med smärtan och kunde säga till sjuksköterskan att de inte hade ont för att slippa bli erbjuden extra smärtstillande läkemedel. De berättade att de hade läst och hört så mycket om biverkningar och att det var lätt att bli beroende av olika mediciner och att de därför hellre avstod. De berättade att de upplevde biverkningar i form av dåsighet och förstoppning och avstod av den anledningen att ta extra smärtstillande läkemedel. Smärtstillande sprutor var det som informanterna var mest oroliga för att ta p g a rädslan att bli beroende av morfin, de ansåg att sprutor endast var till för akuta situationer.

”Doktorn har sagt att jag kan få så mycket smärtstillande som jag behöver, men man vill ju inte överkonsumera, det kan inte vara bra för kroppen tänker jag. Jag har aldrig varit den som tagit medicin i tid och otid”

”Jag blir så dåsig av dem så oftast när de frågar om jag har ont så säger jag att det inte är så farligt. Man får vara försiktig med vad man stoppar i sig, man läser så mycket om olika biverkningar och att det är lätt att bli beroende av olika mediciner. Så jag har hellre lite ont måste jag säga”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ett strategiskt urval gjordes för att få en så bred variation som möjligt i berättelserna. Enligt Granskär och Höglund (2012) innebär ett strategiskt urval att informanterna handplockas utifrån olikheter såsom ålder och kön. Elva lämpliga informanter valdes ut genom granskning av journaler. Tre informanter valde att ej delta i studien p g a trötthet, en av dessa tre var en kvinna i åldern 67 år. Då övriga informanter var mellan 79-91 år gamla skulle det vara intressant att få höra den yngre kvinnans upplevelser. Hur detta

påverkade resultatet är svårt att säga, men möjligheten finns att upplevelser från lite yngre deltagare skulle ha tillfört studien ytterligare kunskap. Enligt Granskär och Höglund (2012) har strategier för val av deltagare betydelse för resultatets giltighet.

Intervjuer som datainsamlingsmetod kan med fördel användas för att fånga upplevelser (Kvale & Brinkman, 2009). En nackdel med intervjuer kan vara att informanterna måste avsätta tid för intervjun samt vara villiga att dela med sig av sina upplevelser. För att underlätta för informanterna var författaren flexibel gällande tidpunkten när intervjuerna skulle utföras, informanterna fick bestämma dag och tid och vid några intervjuer ändrades tiden precis innan intervjun skulle utföras på att informanten fick oväntat besök eller kände sig för trött just då. Eftersom författaren arbetar på avdelningen där intervjuerna ägde rum var detta inte något problem då informanterna kunde meddela när de kände sig redo för intervjun och författaren faktiskt kunde gå ifrån sina arbetsuppgifter och utföra intervjun. Detta kunde ha varit ett problem om författaren inte hade arbetat på vald avdelning eller inte haft tid att gå ifrån ordinarie uppgifter.

Eftersom intervjuerna utfördes under tiden informanterna var inlagda på sjukhuset ansågs avdelningens samtalsrum vara lämpligt att använda då samtliga informanter låg på salar tillsammans med andra patienter. Åtta intervjuer genomfördes ett par dagar efter att informanterna blivit opererade, detta för att fånga upplevelserna de haft under dessa dagar. Enligt Graneheim och Lundman (2004) speglar de upplevelser som framkommer under intervjun informantens upplevelser just där och då.

Om intervjuerna hade genomförts efter utskrivning från sjukhuset är det fullt möjligt att informanterna hade haft andra upplevelser när de fått lite distans till sin skada. Om intervjuerna hade genomförts med en annan intervjuguide eller med en annan intervjumetod t. ex som ostrukturerad med en öppen inledande fråga t. ex : *Kan du berätta om hur du upplever smärtbehandlingen av din opererade höft?* Skulle också resultatet kunna se annorlunda ut.

Samtliga intervjuer spelades in på band för att säkerställa att ingen information skulle gå förlorad eller förvrängas. Bandinspelningarna transkriberades sedan i direkt anslutning till intervjun av författaren. Nackdelen med att författaren själv transkriberade intervjuerna var tidsåtgången. Fördelen kan vara att författaren själv varit med under intervjun och kunnat tolka ansiktsuttryck och känt stämningen under intervjun. Enligt Granskär och Höglund (2012) innebär transkriberingen att materialet bearbetas omedvetet över tid hos forskaren, de menar därför att transkriberingen av de egna intervjuerna är en viktig del i forskningsprocessen. Transkriberingarna lästes igenom flera gånger och sedan påbörjades innehållsanalysen.

Två av innehållsanalysens utmaningar är att få en så fullständig förståelse av texten som möjligt samt att identifiera alla kategorier. Om någon kategori missas kan det leda till att datapresentationen inte blir korrekt (Hsieh & Shannon, 2005). Detta har tagits i beaktande under dataanalysen. Alla meningsbärande enheter som identifierades i texten kodades och sorterades in i kategorier. De meningsbärande enheterna lästes igenom flera gånger vilket resulterade i att kategorier ändrades under arbetets gång. I denna process hade det varit en fördel att vara två författare som kunde diskutera de olika kategorierna och var de skulle höra hemma. Till hjälp har författaren haft sin handledare som gett konkreta tips och råd.

Trovärdighet innebär hur väl författaren tänkt igenom och beskrivit sitt arbetssätt, hur materialet kategoriserats och att relevanta data finns med och att irrelevanta data uteslutits. Vidare innefattar trovärdigheten i ett forskningsresultat av hur författaren bedömer likheter och skillnader mellan kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004). Trovärdigheten i en studie är även avhängig den mängd information som informanterna kunnat ge (Patton, 2002). Ett större urval med personer från andra sjukhus och i mer spridda åldrar hade kunnat påverka studiens resultat. Utifrån studiens omfattning och av ekonomiska skäl har detta inte varit möjligt.

Trovärdigheten handlar även om hur författarens förståelse har satt sin prägel på analysen. Förförståelsen handlar om den kunskap och bild författaren har sedan tidigare om valt fenomen. Genom viss förförståelse hos författaren kan möjligheten finnas att upptäcka ny kunskap och därigenom få en djupare förståelse. Sätter författaren sin förförståelse inom parentes är risken att budskap som kräver en förförståelse går förlorade (Granskär & Höglund, 2012). Enligt Malterud (2001) är det viktigt att klargöra författarens förförståelse för att öka studiens tillförlitlighet. En öppen inställning till studiens resultat stärker tillförlitligheten. För att öka tillförlitligheten ytterligare kan insamlat material lämnas ut till informanterna så de kan bekräfta att intervjuaren har uppfattat vad de sagt korrekt (Robertson & Hale, 2011). Detta skulle blivit svårt då flera av dem antagligen skulle ha blivit utskrivna från sjukhuset, däremot blev samtliga informanter erbjudna att få arbetet hemskickat till sig när arbetet är godkänt. Enligt Morse et al (2002) betyder tillförlitlighet även hur noggrant författaren har beskrivit sina ställningstaganden under hela arbetsprocessen. Detta redovisas utförligt i metoddelen. Enligt Granskär och Höglund (2012) har valet av deltagare betydelse för studiens giltighet eftersom kvalitativ forskning syftar till att beskriva variationer. Informanterna informerades om studiens syfte innan intervjuerna ägde rum vilket ökar sannolikheten för att deras beskrivningar är uppriktiga och stämmer överrens med studiens syfte, detta i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). För att öka tillförlitligheten ytterligare spelades samtliga intervjuer in med en bandspelare. Enligt Kvale och Brinkman (2009) ger bandinspelningar intervjuaren möjligheten att koncentrera sig på intervjun och dynamiken i intervjun. Detta anses mer tillförlitligt än att förlita sig på sitt minne. Att skriva anteckningar under en intervju kan vara distraherande och avbryta det fria samtalsflödet (Kvale & Brinkman, 2009). Genom att använda citat från intervjuerna i resultatredovisningen ges läsaren en chans att själv tolka om resultaten är tillförlitliga (Graneheim & Lundman, 2004). För att öka studiens giltighet ytterligare gjordes ett strategiskt urval där både män och kvinnor inkluderades och valdes ut. Giltigheten kunde ökas om författaren hittat deltagare i mer spridda åldrar och på olika sjukhus. Studien kan bidra till att patienter som opererats för en höftfraktur i fortsättningen kan bli bättre smärtlindrade på vald avdelning. Eftersom vården av patienter efter en höftfrakturopoperation ser liknande ut på många ställen i Sverige bör resultatet kunna tillämpas på andra patienter som vårdas efter en höftfrakturopoperation. Med överförbarhet menas i vilken utsträckning kvalitativa resultat kan överföras till andra grupper (Polit & Beck, 2012). Det är viktigt att författaren ger en tydlig bild av urval, deltagare, datainsamling och analys för att underlätta bedömningen om resultatet är generaliseringsbart (Granskär & Höglund, 2012).

I slutändan är det läsaren som avgör om resultatet är överförbart till andra likvärdiga grupper (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatdiskussion

Informanterna i studien upplevde en fungerande vård vad gäller smärta och smärtbehandling, de var i stort nöjda med behandlingen de fick och personalens bemötande i samband med detta. Trots det upplevde de det som svårt att be om extra smärtstillande när det behövdes av rädsla att vara till besvär eller av rädsla för biverkningar och beroende. De upplevde det påfrestande att vara beroende av andra, att inte klara sig själv.

Smärta vid olika rörelser är vanligt förekommande bland de patienter som blivit opererade för en höftfraktur, informanterna i föreliggande studie upplevde alla smärta när de t ex skulle ändra läge på benet eller när personal skulle hjälpa dem med olika moment. Flera av de moment som görs i samband med omvårdnad och mobilisering förorsakar smärta hos patienten, smärtan kan variera beroende på vilka rörelser patienten skall utföra (Bergh et al., 2005). Ökad smärta i samband med förflyttningar upplevs som mycket smärtsamt hos denna patientkategori (Archibald, 2003). Ett sätt att lindra smärtan för dessa patienter skulle kunna vara att låta patienten själv ta kontroll över situationen och vara den som bestämmer i vilken takt rörelserna skall utföras. Om patienten upplever att personalen är hårdhänt eller hanterar denne vårdslöst skapar det en stor otrygghet och ett ökat lidande för patienten (Archibald, 2003). Om personalen däremot har ett gott handlag i hanteringen av patienten skapas en ökad trygghet och ett minskat lidande (Kralik, Koch & Wotton, 1997). Informanterna i föreliggande studie berättade att de kände mindre smärta i de situationer då de själva hade kontroll över vad som skulle hända, därför är det viktigt att sjukvårdspersonal tar sig den tid som behövs för varje enskild patient vid olika moment som skall utföras. Eftersom upplevelsen av smärta kan bero på den aktuella situationen och variera över tid kan vi som sjukvårdspersonal genom att ge patienten ett bra bemötande även påverka deras upplevelse av smärtan i just den situationen (Hall-Lord et al., 2004).

Informanterna beskrev skiftande upplevelser av smärta i vila. Några upplevde smärta även när de vilade och höll benet stilla medan andra upplevde smärtfrihet då de höll benet stilla. Samtliga upplevde det dock som besvärligt att hitta ett bra läge för benet. Enligt Bergh et al (2005) upplever äldre patienter smärtan vid vila efter en höftfrakturoperation som acceptabel. Detta kan enligt Hallström, Elander och Rooke (2000) bero på att vissa upplever smärtan som en naturlig del av läkandet, vilket också framkom i föreliggande studie.

Informanterna i föreliggande studie upplevde smärtan på natten som värre, de ville inte be nattpersonalen om hjälp eftersom de var rädda att besvära samt att de inte ville störa sina medpatienter. Det är viktigt att sjukvårdspersonal uppmärksammar dessa patienter då det finns en risk att akut smärta övergår i långvarig eller kronisk smärta (Norrbrink & Lundberg, 2010). Herrick et al (2004) visar att långvarig smärta är sömnstörande, aptitnedsättande och energikrävande, vilket kan bidra till längre vårdtider och ett ökat behov av t ex sömntabletter. Även Archibald (2003) beskriver hur patienten utsätts för känslor av hjälplöshet och hopplöshet när de befinner sig i en beroendesituation. Ett sätt att minska dessa känslor kan vara att nattpersonalen när de går på sitt skift informerar patienterna om att de skall säga till om de får ont. Med tanke på att äldre människor med smärta dagligen har en ökad risk att drabbas av depression känns det extra angeläget att hitta en fungerande smärtbehandling för dessa (Landi et al., 2005)

I studien beskrev informanterna en smärta som fanns där hela tiden men som lindrades eller ökade beroende på aktivitet. De beskrev vidare att den molande smärtan fanns kvar

trots värktabletter. Liknande upplevelser framkommer i studien av Archibald (2003) där patienterna uppgav att de inte alltid hade så stor effekt av värktabletter utan istället hade en önskan om ett annat sätt att få hjälp med smärtan. Många patienter kan bli hjälpta av att personalen hjälper dem att hitta en behaglig ställning i sängen eller när de sitter uppe, kanske med hjälp av olika kuddar exempelvis Lasse kudden som kan stabilisera benet när patienten ligger i sängen och som dessutom förebygger trycksår på hämlarna (Resch, 2005). Skulle kanske en kombination av farmakologisk behandling och möjligheten att få hjälp att hitta ett bra läge med t ex kuddar kunna vara till stor glädje för dessa patienter?

Smärta hos äldre kan vara svårt att bedöma p g a olika kommunikationsproblem t ex nedsatt syn och hörsel eller att de inte berättar att de har ont (Arderly et al., 2003). Informanterna i föreliggande studie berättade att de blivit tillfrågade om VAS-skalan i det akuta förloppet men inte efter att de kommit till hemortslasarettet. Några förstod inte syftet med skalan medan andra tyckte den verkade bra men inte fått använda den tillräckligt många gånger för att kunna värdera effekten av den. Det är viktigt att vårdpersonal använder sig av smärtskattningsinstrument eftersom de anses öka frekvensen av att upptäcka smärta hos patienterna men också för att utvärdera given smärtlindring, detta känns särskilt angeläget då smärta hos den äldre befolkningen kan vara kraftigt underbehandlad (Arderly et al., 2003). En fråga författaren ställer sig är om informanterna skulle ha varit bättre smärtlindrade om personalen på avdelningen använt sig av något smärtskattningsinstrument exempelvis VAS-skalan.

Känslor av hopplöshet och hjälplöshet var upplevelser som informanterna berättade om, dessa känslor kom när smärtan var som värst, då kändes ingenting roligt, däremot upplevde de att humöret var mycket bättre de dagar då smärtan var bättre. Många patienter ser ett hopp inför framtiden och tror att det skall bli bättre medan andra patienter visar en rädsla inför hur framtiden kommer att se ut (Bergh et al., 2005). För att kunna hjälpa dessa patienter med sina känslor är det viktigt att sjukvårdspersonal lyssnar på varje enskild patient och dennes önskemål och behov och inte på rutin t ex sätter på en blöja på alla patienter bara för att de är på sjukhus oavsett om det behövs eller ej. Det är även viktigt att sjukvårdspersonal är lyhörda för patienternas sinnesstämning och erbjuder samtal med kurator i de fall som behov finns.

Informanterna i studien upplevde det jobbigt att vara beroende av andra, de önskade att allt skulle vara som innan de trillade och bröt höften. För att underlätta för patienten som är beroende sjukvårdspersonal är det viktigt att vi värnar om patientens integritet och autonomi. Sjukvårdspersonal måste se till varje enskild individ och anpassa sitt förhållningssätt så patientens värdighet bibehålls trots den beroendesituation patienten befinner sig i (Randers & Mattiasson, 2004). Det kan vara mycket svårt för patienter att förmedla sitt lidande till andra personer t ex sjukvårdspersonal. Genom att skapa en vårdrelation som bygger på ömsesidig respekt och tillit kan en trygg grund för patienten skapas där denne kan öppna sig inför vårdaren (Wiklund, 2003). Det är viktigt att sjukvårdspersonal inte förväntar sig att få någonting tillbaka från patienten utan att de agerar professionellt och att deras målsättning är att erbjuda ett minskat lidande och ökat välbefinnande genom god vård (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

Informanterna berättade att de försökte hålla humöret uppe när de hade besök av anhöriga för att inte göra dem ledsna och oroliga. Sjukdomslidande orsakas av de symtom och problem som kan uppstå i samband med sjukdom. En typ av sjukdomslidande kan vara

ensamhet vilket inte behöver betyda att patienten inte har några anhöriga eller vänner utan en ensamhet i sin upplevelse av smärta eftersom ingen annan fullt ut kan förstå och dela den upplevelse patienten har (Wiklund, 2003). Det finns möjlighet för sjukvårdspersonal att genom denna kunskap kunna begränsa patientens lidande. Precis som Wiklund (2003) menar Dahlberg et al (2003) att det framförallt är vårdrelationen som ligger till grund för sjukdomslidandet. Genom ett gott bemötande och engagerad vårdpersonal kan patientens känsla av lidande förändras till det bättre.

I studien framkom en rädsla att be om smärtstillande läkemedel eftersom de upplevde att de störde personalen, samtidigt uppgav informanterna att de var nöjda med smärtbehandlingen och de upplevde även att personalen ofta frågade om deras smärta, de var alla informerade om att de skulle säga till om de behövde extra smärtstillande läkemedel. Detta framkom även i studien av Pownall (2004) där patienterna var rädda att störa personalen då de såg så upptagna ut samtidigt som de såg sig tvungna att fråga efter en värktablett för att få lindring. En lösning för dessa patienter skulle kunna vara att patienten alltid hade en dos värktabletter stående hos sig som de kunde ta när det behövdes under förutsättning att patienten är adekvat och förstår meningen med det. Pownall (2004) menar att patienter som själv får vara med och styra över sin smärtbehandling upplever kontroll och ett lugn över att inte behöva störa personalen hela tiden.

I föreliggande studie framkom det även att informanterna undvek att be om smärtstillande läkemedel p g a rädsla för att bli beroende eller rädsla för oönskade biverkningar. De stod hellre ut med smärtan och kunde säga till sjuksköterskan att de inte hade ont för att slippa bli erbjuden extra smärtstillande. Några upplevde biverkningar i form av dåsighet och förstoppning. De var mest rädda för att få morfin i injektionsform då de var rädda för beroende. Detta visas även i Feldt och Finch (2002) studie där patienterna många gånger avstod från värktabletter av just dessa anledningar, de upplevde att biverkningarna ibland kunde vara värre än själva smärtan. Det är viktigt att sjukvårdspersonal känner till de olika biverkningarna som läkemedel har för att kunna hjälpa patienterna att undvika dessa t ex genom att rutinmässigt ge laxantia till de patienter som får morfinpreparat samt genom att informera dem om hur de olika läkemedlen verkar i kroppen. Detta är särskilt viktigt då äldre patienter behandlas eftersom det sker olika förändringar i kroppen som påverkar läkemedelsmetabolismen och som kan leda till en rad oönskade biverkningar (Norrbrink & Lundberg, 2010)

Slutsats

Patienter som vårdas efter en höftfraktur operation är utsatta på många olika sätt. De är beroende av hjälpen som sjukvårdspersonal ger dem både vad gäller personlig omvårdnad och smärtlindring. I studien framkom att denna patientkategori i det stora hela är nöjd med smärtbehandlingen men också att den kan bli bättre genom ökad kunskap om smärta och smärtbehandling i samband med en höftfraktur ur ett patientperspektiv. Studien kan ge en ökad förståelse hos sjukvårdspersonal på ortopediska avdelningar gällande äldre patienters smärta och hur smärtbehandlingen av dem ser ut.

REFERENSLISTA

- Archibald, G. (2003) Patient's experiences of hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*, 44,(4), 385-392.
- Arderly, G., Herr, K., Hannon, B.J & Titler, M.G. (2003). Lack of opioid administration in older hip fracture patients (CE). *Geriatric Nursing*, 24(6), 353-360.
- Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Bergh, I., Jakobsson, E., Sjöström, B & Steen, B. (2005). Ways of talking about experiences of pain among older patients following orthopaedic surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52,(4), 351-361.
- Chang, S-J., Lee, K-J., Kim, I-S., & Lee , W-H. (2007). Older Korean people's desire to participant in health care decision making. *Nursing ethics*, 15, 74-88.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I., (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, E & Eriksson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar – specifik omvårdnad – medicinsk behandling – patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur
- Feldt, K.S & Finch, M. (2002). Older adults with hip fractures: treatment of pain following hospitalization. *Journal of Gerontological Nursing*, 28, 27-35
- Foss, N.B., Kristensen, M.T., Palm, H & Kehlet, H. (2009). Postoperative pain after hip fracture is procedure-specific *British Journal of Anaesthesia*, 102 (1): 111-116.
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun. Tekniker och genomförande*. Malmö: Studentlitteratur
- Graneheim, U & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nusing Education Today*, 24, 105-112
- Granskär, M & Höglund – Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- Hall-Lord, M., Wilde Larsson, B., Bååth, C & Johansson, I. (2004). Experiences of pain and distress in hip fracture patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, 221-230.
- Hallström, I., Elander, G & Rooke, L. (2000). Pain and Nutrition as experienced by patients with hip fracture. *Journal of Clinical Nursing* , 9, 639-646.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Harrefors, C., Sävenstedt, S & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perception of how they want to be cared for, an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 23, 353-360.

- Herrick, C., Steger-May, K., Sinacore, D., Brown, M., Schechtman, K & Binder, E. (2004). Persistent Pain in Frail Older Adults After Hip Fracture Repair. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 2062-2068.
- Higgins, I., Slater, L, Van Der Riet, P., & Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in acute hospital setting: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse* 26 (2), 225-237.
- Hsieh, H-F & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 15(9), 1277-88.
- Högh, A., Dremstrup, L., Skov Jensen, S & Linholt, J. (2008). Fascia iliaca compartment block performed by junior registrars as a supplement to pre-operative analgesia for patients with hip fracture. *Strat Traum Limb Recon*. 3, 65-70.
- Kralik, D., Koch, T. & Wotton, K., (1997). Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 399-407.
- Kvale, S & Brinkman, S (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landi, F., Onder, G., Cesari, M., Russo, A., Barillaro, C & Bernabei, R. (2005). Pain and Its Relation to Depressive Symptoms in Frail Older People Living in the Community : An Observational Study. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 29, 3, 255-262.
- Lotus Shyu, Y., Chen, M., Chen, M., Wu, C & Su, J. (2008). Postoperative pain and its impact on quality of life for hip-fractured older people over 12 months after hospital discharge. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 755-764
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet*. 358, 483-88.
- Montin, L., Suominen, T & Leino-Kilpi, H. (2002). The experiences of patients undergoing total hip replacement. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, 23-29.
- Morse, J.M., Barrett, M., Mayman, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), www.ualberta.ca/ijqm/
- Norrbrink, C & Lundberg, T (red). (2010). *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Parker, J-M. (2008). Fractures of the neck of femur. *Trauma*, 10, 43-53.
- Parker, J-M & Handoll, HHG. (2006). Pre-operative traction for fractures of the proximal femur in adults. *Cochrane Library* 4.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. London: SAGE Publications Inc.
- Pawnall, E. (2004). Using a patient narrative to influence orthopaedic nursing care in fractured hips. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, 151-159.

Polit , D.F & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and Assesing Evidence for nursing Practice*. Philadelphia, Baltimore, New York, London: Lippincott.

Randers, I & Mattiasson, A-C. (2004). Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 63-71.

Resch, S., Bjärnetoft, B & Thorngren, K-G. (2005) Preoperative skin traction or pillow nursing in hip fracktures: A prospective, randomized study in 123 patients. *Disabilyty and Rehabilitation*, 27(18-19): 1191-1195.

Rikshöft (2009) hämtat den 18/3 2013 från:

http://www.rikshoft.se/se/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=37

Robertson, L & Hale, B. (2011). Interviewing Older People; Relationchips in Qualitative Research. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 9(3) ISSN 1540-580X (elektronisk version).

Socialstyrelsen (2006) *Fallskador i vården*. Hämtat den 18/3 2013 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Sidor/SimpleSearchPage.aspx?q=h%c3%b6ftfraktur&defqe=hidden%3a-meta%3asiteseker.archived%3aarchived&resid=913986970&defbn=2&uaid=DB5C1F93F72AE13EDEF35916333B392%3a3139322E3136382E3234352E36%3a5246678154231031346>

Codex (2013). God forskningsed. Hämtad den 18/3 2013 från:

http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf

Webster, C & Bryan, K. (2009). Older peoples views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of clinical Nursing*, 18, 1784-1792.

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

Informationsbrev

Jag vänder mig till Dig som är patient på en ortopedisk avdelning. Du har tidigare fått en muntlig förfrågan om deltagande i denna studie. Därför får du nu denna skriftliga information.

Höftfrakturer drabbar ca 18 000 personer i Sverige varje år. Flertalet av dessa personer är 65 år eller äldre. Smärta i samband med en höftfraktur är mycket vanlig och kan hindra patienten att bibehålla tidigare funktioner såsom att t ex självständigt klara toalettbestyr. Syftet med studien är att beskriva patientens upplevelse av smärtbehandlingen på sjukhuset några dagar efter en höftfrakturopoperation.

Du kommer att intervjuas vid ett tillfälle på avdelningen, intervjun kommer spelas in med bandspelare. Beräknad tid för intervjun är ca 30-60 min.

Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt och du kan välja att avbryta ditt deltagande när som helst utan att ange orsak för detta. Din intervju kommer då att plockas bort och inte vara med i uppsatsen. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Vid databearbetning kommer ditt namn att ersättas med ett nummer så att svaren inte går att spåras till dig som individ. All insamlad data kommer att behandlas konfidentiellt och vid studiens slut kommer samtlig data att förstöras. Endast jag som är ansvarig för studien har tillgång till dina uppgifter.

Din medverkan i denna studie kan bidra med ökad kunskap hos vårdpersonal gällande smärta och dess behandling efter en höftfraktursoperation.

När uppsatsen är godkänd så kommer en kopia om så önskas att sändas per post till dig. Du är alltid välkommen att ta kontakt med mig för ytterligare information om studiens resultat.

Frågor

Om du har frågor angående studien eller din medverkan kan du kontakta mig Evelina Bauer eller min handledare Louise Egberg.

Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien.

Vänlig hälsning
Evelina Bauer

Namnunderskrift

Datum

Sjuksköterska

Evelina Bauer

Tfn: 0418-433500

Mail: evelina.c@telia.com

Handledare

Louise Egberg

Tfn: 08-4062940

Mail: louise.egberg@shh.se

Intervjuguide

Vad heter du?

Kan du berätta för mig hur gammal du är?

Du har brutit din höft och blivit opererad, kan du berätta för mig
Hur det kändes efter operationen?

Hade du ont?

Vad gjordes för att hjälpa dig med detta?

Hur upplever du smärtbehandlingen som du har fått och får?

Hur har din smärtbehandling sett ut?

Har du själv varit med och påverkat den?

Har du fått ange din smärta på en skala från 0 – 10 ?

Vad tycker du om det?

Hur har höftfrakturen påverkat dina kroppsliga förmågor som tex att klara toalettbestyr?

Är det något som du önskar hade gjorts annorlunda?

Är det något du vill tillägga innan vi avslutar intervjun?

Exempel på följdfrågor

Kan du berätta mer om detta? (exempel på följdfrågor)

På vilket sätt?

Hur menar du då?

Hur påverkar detta dig?

Kan du berätta mer?

Hur påverkar detta din rörelseförmåga?

Har du bett om extra smärtstillande?

Till verksamhetschef

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Medicinska kliniken, xxxxxxxxx Lasarett

Jag heter Evelina och är sjuksköterska, jag arbetar på avd 4 xxxxxxxxxx lasarett. Just nu studerar jag specialistsjuksköterskeprogrammet vård av äldre vid Sophiahemmet Högskola. I mitt examensarbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera patienters upplevelse av smärta och smärtbehandling i samband med höftfrakturer (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Jag är därför mycket intresserad av få genomföra studien vid medicinska kliniken avd 4, xxxxxxxxxx Lasarett.

Om Du godkänner att studien genomförs på avdelning 4, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner Dig tveksam till att studien genomförs på avdelning 4 är jag tacksam för besked. Har Du frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Vänlig hälsning

Evelina Cederholm Bauer

Telefonnummer: 0418-433500

E-postadress: evelina.c@telia.com

Handledarens namn: Louise Egberg

Telefonnummer: 08-4062940

E-postadress: louise.egberg@shh.se

Äldre personers upplevelse av smärta och smärtbehandling efter en höftfrakturopoperation

Många av de som söker sjukhusvård och blir inlagda på ortopediska avdelningar är äldre personer som ådragit sig en höftfraktur. Var tredje person som är 65 år eller äldre och som bor i eget boende ramlar minst en gång per år. För äldre personer som bor i särskilda boenden är fallfrekvensen den dubbla, även på sjukhus inträffar många fallolyckor. Av dessa fallolyckor resulterar 1-2% i en höftfraktur. Frakturen uppkommer oftast genom en lindrig fall olycka på plant underlag, t ex halkar på golvet eller snubblar över en matta. I Sverige drabbas ca 18 000 personer per år av höftfrakturer. Den globala siffran för höftfrakturer har under 90 – talet varit ca 1,3 miljoner per år, denna siffra beräknas stiga till 2,6 miljoner per år 2025 och 4,5 miljoner per år 2050. Ökningen beror främst på att antalet personer som blir över 80 år kommer att stiga.

Smärta i samband med en höftfraktur är mycket vanlig. Studier visar att patienterna får god smärtlindring i det akuta förloppet däremot är den postoperativa smärtbehandlingen av höftpatienter bristande. För att patienterna skall kunna mobiliseras ordentligt krävs en adekvat smärtbehandling. Många av de patienter som blivit opererade för höftfraktur uppger att de har smärta i sin höft både postoperativt och upp till 3 månader efter operationen som leder till nedsatt livskvalitet och svårigheter att klara sin dagliga ADL.

Smärta är en upplevelse som är obehaglig både sensoriskt och emotionellt. Att ha smärta är energikrävande och belastar både cirkulation och andning. Smärta framkallar en stressreaktion i kroppen med frisättning av kortisol, glukagon och adrenalin vilket i sin tur framkallar en katabol metabolism. Personer som har långvarig smärta känner sig därför ofta utmattade och tömda på energi. Smärta kan framkalla ångest, depression och oro. Det är därför viktigt att dessa patienter blir adekvat smärtlindrade

Med anledning av detta är det viktigt att belysa hur äldre patienter som vårdas postoperativt upplever sin smärta och behandlingen av denna. Detta för att vårdpersonalen skall få ökad förståelse för denna patientgrupp.

Syftet med studien är belysa äldre patienters upplevelse av smärta och smärtbehandling i eftervården av en höftfraktur operation då de vårdas på en ortopedisk avdelning.

Metoden som kommer att användas är kvalitativ forskningsmetod, vilket innebär att jag kommer intervjuva ca 7 patienter som vårdas efter en höftfrakturopoperation. Intervjuerna kommer att ske 3-5 dagar postoperativt. Patienterna skall vara orienterade till tid och rum enligt MMT:s första två frågor. För att hitta patienter som uppfyller studiens inklusions- och exklusionskriterier kommer journaler på patienter som opererats för en höftfraktur att läsas. Intervjuerna kommer att spelas in med en bandspelare och sedan transkriberas. Allt insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt. Intervjuerna planeras äga rum under vecka 17 och 18, data kommer att analyseras med kvalitativ innehållsanalys. Studien beräknas vara färdig i juni 2012.

Jag godkänner härmed att Evelina Cederholm Bauer får utföra studien:
”Äldre personers upplevelse av smärta och smärtbehandling efter en höftfrakturopoperation”
på kliniken under följande tidsperiod: våren 2012.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande