



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Patientens upplevelse av den prehospitala omvårdnaden vid höftfraktur

Författare: Åse Bylinder

Handledare: Ami Hommel

Magisteruppsats

Mars 2013

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Patientens upplevelse av den prehospitala omvårdnaden vid höftfraktur

Författare: Åse Bylinder

Handledare: Ami Hommel

Magisteruppsats

Mars 2013

## Abstrakt

I Skåne permanentades år 2008 vårdprogrammet höftlinjen vilket innebär att patienten redan på skadeplatsen gavs smärtlindring och förberedelser inför kommande operation startades. För att kunna utvärdera och förbättra den prehospitala omvårdnaden krävs forskning av patienternas upplevelse. **Syfte:** Att belysa patientens upplevelse av den prehospitala omvårdnaden vid höftfraktur. **Metod:** Elva semistrukturerade intervjuer genomfördes. Analysprocessen utfördes med Graneheim & Lundmans metod för manifest innehållsanalys. **Resultat:** Det framkom fyra huvudkategorier: att få hjälp vid en höftfraktur- kommunikation- smärta/smärtbehandling- den egna rollen, att vara äldre. **Konklusion:** Patientens upplevelse av den prehospitala omvårdnaden vid höftfraktur har inte tidigare studerats. Denna studie visade att hjälplöshet, stark smärta och ett professionellt bemötande är gemensamma upplevelser av informanterna. Ambulanssjuksköterskans kunskaper i att ge en god smärtlindring och minska patientens hjälplöshet kan utvecklas.

## Nyckelord

Höftfraktur, vårdprogram, prehospital omvårdnad

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle Avdelningen för omvårdnad

Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Problembeskrivning .....	2
Bakgrund .....	2
Syfte .....	7
Metod .....	7
Urval av undersökningsgrupp .....	7
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument .....	8
Genomförande av datainsamling .....	8
Genomförande av databearbetning .....	9
Förförståelse .....	10
Etisk avvägning .....	10
Resultat .....	10
Att få hjälp vid en höftfraktur .....	11
Den egna rollen .....	12
– att vara äldre .....	12
Smärta/smärtlindring .....	13
Kommunikation .....	14
Diskussion .....	16
Diskussion av vald metod .....	16
Diskussion av framtaget resultat .....	17
Konklusion .....	21
Innehållsanalys .....	22
Referenser .....	24
Bilaga 1 (3) .....	27
Bilaga 2 (3) .....	28
Bilaga 3 (3) .....	30

## Problembeskrivning

I Sverige beräknas cirka 18 000 personer varje år drabbas av höftfraktur och med ökning av andelen äldre i befolkningen förväntas siffran öka. Enligt Rikshöfts årsrapport från år 2010 är medelåldern på patienter som drabbas av en höftfraktur 83 år och hälften av patienterna är ensamboende. Eftersom patienter med höftfraktur ofta har andra sjukdomar har de benägenhet att drabbas av komplikationer (Schmidt, Asnis, Haidukewychi, Koval och Thorngren, 2005) men god smärtlindring och förkortad tid från ankomst till operation förebygger komplikationer (Hommel, 2007). Inom ambulanssjukvården utförs dagligen omhändertagande av patienter som drabbats av en höftfraktur. Oftast drabbas den äldre människan efter fall i samma plan. En höftfraktur leder ofta till att personerna får nedsatt funktion, sjuklighet och ibland även död i efterförloppet. För att minska lidandet och belastningen för sjukvården är det viktigt att optimera behandlingen för patienten tidigt i vårdkedjan (Socialstyrelsen, 2003). En patient med höftfraktur upplevs i de flesta fall vara mycket smärtpåverkade och detta försvårar förflyttningen från skadepplats till ambulansbåren. Enligt Hommel, Ulander och Thorngren (2003) halverades väntan på smärtlindring från år 1998 till år 2000. Studier har visat på att ett snabbt omhändertagande med smärtlindring, tidig operation och immobilisering av frakturen leder till kortare vårdtid och minskat antal komplikationer. Olika snabbspår så kallade ”fast track” har implementerats inom sjukvården (Hommel, 2007; Larsson och Holgers, 2011). Patientens syn på omhändertagandet på sjukhuset har beskrivits (Hommel, Kock, Persson och Werntoft, 2012) men inga studier har till författarens kännedom inte belyst patientens upplevelser i samband med det prehospitalla omhändertagandet vid höftfraktur. Varför detta är betydelsefullt för att eventuellt kunna förbättra omhändertagandet ytterligare av denna stora patientgrupp.

## Bakgrund

Redan år 1999 genomförde Hommel med flera, en studie med syftet att förbättra smärtlindring, minska risken för trycksår samt minska tiden från att patienten med höftfraktur ankom till sjukhuset och blev opererad (Hommel, Ulander, Thorngren, 2003). Patienterna blev bättre omhändertagna när all personal hade samma fokus på patienterna, trycksåren minskade liksom förvirringstillstånden vilket ledde till en kvalitetsförbättring i vården av

patienterna med höftfraktur. I oktober 2003 infördes att ambulanssjuksköterskor i distrikt 2 (Lund) påbörjade behandling i ambulansen, de satte syrgas, intravenös vätska samt gav smärtlindring. Tiden på akutmottagningen minskades för patienterna som efter inskrivning transporterades till röntgen och därefter direkt till ortopedisk vårdavdelning. Patienter med höftfraktur har ofta dåligt allmäntillstånd och sjukdomar som till exempelvis hjärtbesvär varför det är viktigt att de blir snabbt omhändertagna för att minska risken för komplikationer (Hommel, 2007). I årsrapporten från Rikshöft (2011) framgår det att patienterna utgörs av 69 % kvinnor och 31 % män, att medelåldern beräknas vara 83 år samt att hälften av patienterna är ensamboende.

Ett regionalt vårdprogram kallat höftlinjen som infördes år 2008, vidareutvecklade det prehospitla omhändertagandet av patienter med höftfraktur där ambulanssjuksköterskorna förutom att administrera syrgas, intravenös vätska och smärtlindring även nu tar blodprover som lämnas vid ankomst till sjukhus samt tar och EKG som skickas från ambulansen in till hjärtintensiven (HIA) för att utesluta pågående hjärtsjukdom. Detta innebär att patienten redan på skadepåsar förbereds inför operation. Ambulanssjuksköterskorna informerar patienten att de utför alla dessa åtgärder för att möjliggöra tidig operation, vilket är inom 24 timmar. Under år 2009 var detta vårdprogram implementerat (med vissa variationer beroende på sjukhusens organisation) på alla akutsjukhus och ambulansdistrikt i Region Skåne. En sammanhållen vårdkedja för patienter med misstänkt höftfraktur hade därmed skapats (Vårdprogram höftfraktur-Region Skåne, 2012). I uppsatsen kommer vårdprogrammet att benämnas höftlinjen som innehåller delar av vårdkedjan fram till operation men fokus ligger i denna uppsats på den prehospitla omvårdnaden.

Tidiga omvårdnadsinsatser anses lika viktiga som en tidigt insatt operation enligt Hommel (2007) och ur ett omvårdnadsperspektiv har patientens omhändertagande förbättrats av ovanstående tidiga omvårdnadsinsatser. Förvirringstillstånden anses ha minskat hos patienter med höftfraktur med anledning av att patientens möten med vårdpersonal reducerats kraftigt i inledningen av vårdkedjan (Björkman Björkelund, Hommel, Thorngren, Gustafsson, Larsson och Lundberg, 2010) och att de fått adekvat smärtlindring samt blivit opererade snabbare (Larsson och Holgers, 2011).

Ambulanssjukvård innebär hälso-och sjukvård som utförs av hälso-och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans (SOSFS 2009:10). Prehospital omvårdnad blev genomförbart tack vare en kompetenshöjning av personal verksam inom ambulanssjukvården år 2005 då

Socialstyrelsen beslutade att akutambulanser skall bemannas med minst en grundutbildad sjuksköterska (SOSFS 2005:24). I Region Skåne beslutades samma år att varje akutambulans skulle bemannas med minst en specialistutbildad sjuksköterska, detta för att öka säkerheten vid bedömning av patientens tillstånd på skadeplats samt att patienten utifrån denna bedömning transporterades till rätt vårdnivå. Ambulansbesättningens specialistutbildade sjuksköterska kan vara utbildad inom ambulans, intensivvård och anestesi samt en grundutbildad sjuksköterska alternativt ambulanssjukvårdare eller undersköterska. I kompetensbeskrivningen för specialistutbildad ambulanssjuksköterska beskrivs fyra ansvarsområden; att främja hälsa; att förebygga sjukdom; att återställa hälsa samt att lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Dessa är vägledande för specialistutbildade ambulanssjuksköterskor. Under senare år har svensk ambulanssjukvård befunnit sig i stark utveckling genom att kompetensen i ambulanserna har ökat. Idag är ambulanssjukvården en del i vårdkedjan kring patienten och en integrering med akutsjukvården sker verksamhetsmässigt.

#### *Omvårdnad av patienter med höftfraktur prehospitalt*

På platsen där patienten drabbats av sin höftfraktur startar det första mötet med ambulanssteamet och här är det viktigt att möta patienten på ett respektfullt sätt genom att ge en god omvårdnad och skapa tillit. God omvårdnad i ambulansen ges av sjuksköterskan som är omvårdnadsansvarig för patienten under ett ambulansuppdrag vilket gör det möjligt att fokusera på relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Ahl, Hjalte, Johansson, Wireklint-Sundström, Jonsson och Suserud, 2005). Omvårdnadsteoretikern Halldorsdottir (2008) presenterar en modell över hur sjuksköterskan och patienten tillsammans bygger en bro för relationsskapande kommunikation i olika faser. En god sjuksköterske-patientrelationen ger inverkan på patient upplevelse av välbefinnande och hälsa. Professionell omvårdnad enligt Halldorsdottir (1996) består av tre grundläggande element, god omvårdnad, kompetens och förbindelse. God omvårdnad innebär att vara hängiven, öppen och mottaglig mot andra, genuint bry sig om patienten, ta ett moraliskt ansvar, ha modet att vara engagerad på ett lämpligt plan och att vara närvarande. Kompetens innebär anknytning mellan sjuksköterska och patient, utbilda, ge kraft, kunna utföra uppgifter och agera på andras vägnar samt göra kliniska bedömningar. Denna kombination av god omvårdnad och kompetens skapade hos patienterna en känsla av tillit vilket underlättade utvecklandet av en professionell kontakt mellan patient och den specialistutbildade ambulanssjuksköterskan. Information till

patienten ska ges om de planerade åtgärderna för att främja hälsa, förhindra ohälsa och försämring av hälsotillståndet. Detta ska om möjligt ske i samråd med patienten så långt det är möjligt (SOSFS 1993:17). Det finns omvårdnadsåtgärder såsom god smärtlindring, empatiskt bemötande och upprepande information som måste vidtas i omhändertagandet vid en höftfraktur för att patienten skall känna sig väl omhändertagen.

### *Smärta/smärtlindring*

Smärta vid en höftfraktur kan variera från patient till patient och det är viktigt för ambulanssjuksköterskan att bedöma patienten utifrån vitala parametrar (blodtryck, puls, andningsfrekvens och saturation) samt att kunna göra smärtskattning av patientens upplevelse av smärta. Toleransnivån av smärtan grundar sig på den subjektiva upplevelsen hos patienten. Smärta definieras enligt Internationella smärtorganisationen Association for the Study of Pain (IASP, 1979) som en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriver i termer av sådan skada. Det är angeläget att så snart som möjligt ge adekvat och tillräcklig smärtlindring. En höftfraktur uppkommer akut och medför en stark smärta för patienten i höftområdet vilket motiverar att så snart som möjligt ge adekvat och tillräcklig smärtlindring (Hommel, 2007). Enligt Hallström, Elander och Rooke (2000) anses det viktigt att lägga stor vikt på smärtlindring till patienten i förebyggande syfte, vilket betyder minskat lidande, en tidig mobilisering och en kortare sjukhusvistelse. I Erlandsson & Lundbergs kandidatuppsats utvärdering av ett vårdprogram för patienter med höftfraktur på Universitetet i Lund (2008) framkom det att patienter som vårdas enligt vårdprogrammet fick 87 % smärtlindring prehospitalt och att omvårdnaden förbättrats avseende patientens första smärtlindring.

Smärtan bedöms utifrån patientens upplevelse, vitala parametrar och NRS skala (numeric rating scale). NRS innebär att patienten får beskriva sin smärta verbalt från siffran noll (ingen smärta) till tio (värsta tänkbara smärta). Därefter ges patienten intravenös smärtlindring efter en generell ordination av läkemedel som doseras utefter patientens vikt och smärta. Ambulanssjuksköterskan genomgår årligen en obligatorisk kunskapstest för att upprätthålla sin personliga delegering för att kunna administrera läkemedel. Äldre personer har ibland svårt att uttrycka sin smärta. Den äldre patienten måste då tillåtas ta mer tid med både information om smärtskattning och att utföra smärtskattningen. Om den äldre har en kognitiv

svikt och inte klarar av ett självskattningsinstrument ska smärtan skattas utifrån beteendet (Smärtskattningsinstrument-Vårdhandboken, 2012).

Inom den prehospitalla ambulanssjukvården ges läkemedel i första hand intravenöst och läkemedel som används är morfin, ketogan, ketalar i kombination med stesolid.

Morfin och ketogan är narkotiskt smärtstillande läkemedel som verkar genom att påverka det centrala nervsystemet. För att uppnå en muskelavslappning hos patienten med höftfraktur ges oftast stesolid tillsammans med ett smärtstillande läkemedel, detta för att lättare kunna förflytta patienten. Ketalar är ett snabbverkande anestetikum och har i mindre doser analgetisk effekt som ibland används för att förflytta en patient som har mycket svåra smärtor dock måste ett smärtstillande läkemedel som morfin eller ketogan ges som komplement för att uppnå en smärtlindrande effekt ([www.fass.se](http://www.fass.se)).

### *Vårdprogram höftfraktur*

För att förbättra omhändertagandet av patienter som drabbats av höftfraktur utarbetades det tidigare nämnda evidensbaserade vårdprogrammet höftlinjen som innefattar en vårdkedja där delaktighet och samarbete mellan olika aktörer krävs (Kongstad, 2012). Vårdkedjan startar på SOS alarm när patienten eller anhöriga larmar för att patienten fallit och har ett förkortat utåtroterat ben vilket är det typiska kliniska symtomet. En ambulans rekryteras till patienten som blir undersökt av ambulanssjuksköterskan som i första hand utesluter svikt av vitala parametrar. Patienten bedöms utifrån inklusionskriteriet lågenergitrauma i form av fall i ett plan (från stående till golv) med smärta i höft/ljumske som skall föranleda en misstanke om höftfraktur samt utesluta att patienten inte uppfyller något av exklusionskriterierna som annan akut sjukdom som är högre prioriterad (Andersson, 2012).

När patienten fått diagnosen misstänkt höftfraktur kontaktas en kontaktperson (ortopedläkare eller sjuksköterska på akutmottagningen) som ansvarar för att röntgen och vårdavdelningen får kännedom om att en patient med misstänkt höftfraktur är på väg till sjukhuset med ambulans. Även SOS alarm meddelas om att patienten ingår i vårdprogrammet eftersom uppdraget för ambulanspersonalen kan fördröjas.



Patientens smärtnivå bedöms utefter NRS och smärtan reevalueras under hela patientomhändertagandet. Efter smärtlindring förbereds patienten inför kommande operation där stort fokus läggs på att informera patienten om vad som skall ske så att denne kan känna sig förberedd och trygg

## **Syfte**

Att belysa patientens upplevelse av den prehospitala omvårdnaden vid höftfraktur.

## **Metod**

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv forskningsansats. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är forskningsintervjuns syfte att förstå fenomenet utifrån den intervjuades eget perspektiv i sin livsvärld. I kvalitativ forskning innebär det att studera helheter och inte enskilda fenomen (Polit och Beck, 2010). Intervjuerna bearbetades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys för att kunna ses i sitt sammanhang för att återspegla innehållet i intervjuerna (Graneheim och Lundman, 2004).

## **Urval av undersökningsgrupp**

Under perioden juli till och med oktober 2012 inkom 38 personer som uppfyllde inklusionskriterierna, höftfraktur, inkomna via höftlinjen, 75 år och äldre, mentalt orienterade kom från eget boende samt förstod och talade svenska. Av dessa patienter förflyttades 23 personer inom några få dagar efter operation till andra sjukhus på grund av den stora platsbrist som rådde under perioden. Detta innebar att endast 15 patienter tillfrågades om de ville delta i studien. Förfrågan gjordes med hjälp av en kontaktperson på ortopedkliniken i Lund. Totalt var det 12 av de 15 personerna som tackade ja. Av de tillfrågade presumtiva informanterna avböjde tre medan tolv lämnade informerat samtycke. En person exkluderades under pågående intervju på grund av förvirring hos den intervjuade. Informanterna bestod av nio kvinnor och två män i åldersspridning mellan 77-90 år, medelålder 83 år och median 83 år. Av de elva informanterna var tio inlagda på ortopedisk vårdavdelning och en person var

utskrivna till hemmet vid intervjutillfället. Intervjuerna ägde rum i enskilt rum förutom vid två tillfällen då informanten inte kunde förflytta sig från sängen på ortopedisk vårdavdelning i Lund, men dessa två valde att intervjuas på sin sal då det samtidigt endast fanns en annan patient på salen och denne hörde dåligt.

## **Forskningstradition och valt undersökningsinstrument**

Författaren genomförde en kvalitativ intervjustudie med hjälp av ett semistrukturerat frågeformulär (Bilaga 1) som utgick från en huvudfråga och följdfrågor för förtydliganden. Intervjudata har bearbetats med manifest innehållsanalys (Graneheim och Lundman, 2004, 2008).

I den manifesta innehållsanalysen beskrivs det synliga och uppenbara i texten medan den latent analysen beskriver den underliggande meningen i texten som utgår från forskarens egen tolkning. Tolkningen kan vara mer eller mindre djup (Graneheim och Lundman, 2004).

## **Genomförande av datainsamling**

Verksamhetschefen på ortopediska kliniken Skånes Universitetssjukhus i Lund gav sitt tillstånd till att genomföra studien. Författaren kontaktade kontaktpersonen för att ge muntlig och skriftlig information om studien, dess syfte och vilken urvalsgrupp som skulle rekryteras. Kontaktpersonen hade ett samtal med höftopererade patienterna som uppfyllde inklusionskriterierna och informerade om studiens syfte samt inhämtade informerat samtycke. Kontaktpersonen kontaktade därefter författaren som kontaktade patienterna. Intervjuerna planerades i första hand att genomföras medan patienterna var inneliggande med ett undantag där patienterna blivit hemskickad tidigt efter operationen. Det planerade intervjutillfället blev mellan tredje och femte dagen efter operation beroende på författarens möjlighet i tid och patienternas hälsotillstånd.

Vid avtalat möte mellan författare och informanterna gavs en djupare information om syftet, genomförandet och möjligheten att ställa frågor. Informanterna informerades om rättigheterna att avbryta intervjun. En pilotintervju genomfördes för att kontrollera om intervjufrågorna kändes relevanta och meningsfulla. Pilotintervjun ledde till att författaren insåg vikten av att förtydliga sin yrkesroll, syftet med studien samt att ställa lite frågor kring hur patienterna

kände sig efter operation innan intervjun började, detta för att situationen skulle bli mer avslappnad. Forskningsfrågan ändrades inte och pilotintervjun valdes att inkluderas i studien. Förväntad tid för intervjuerna beskrevs till 60 minuter medan den tid som intervjuerna spelades in med en diktafon var i genomsnitt ca 20 minuter. Inom den totala tiden på 40-60 minuter upprepades innebörden av informerat samtycke samt syftet med studien samt lite småprat för att patienten skulle känna sig bekväm med situationen. Det medverkade till en avslappnad hållning i inledningen av samtalet. Kvale och Brinkmann (2009) anser att intervjuns första minuter är viktiga för att informanterna skulle känna en trygghet i intervjusituationen. Författaren hade som mål att intervjun skulle äga rum i enskilt rum och detta kunde inte genomföras i två fall på grund av att informanterna inte kunde förflyttas från sitt rum. Informanterna gav sitt medgivande till att intervjun genomfördes på sal. Författaren inledde med en öppen fråga, *Hur upplevde du omhändertagandet av ambulanspersonalen i samband med din höftfraktur?* Ytterligare sex öppna intervjufrågor ställdes så att personliga beskrivningar och upplevelser framkom i intervjun.

## **Genomförande av databearbetning**

Intervjuerna analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim och Lundman, 2004) vilket innebär att texterna granskas och tolkas i analysfasen. Alla intervjuerna transkriberades ordagrant. Författaren läste igenom intervjuerna flera gånger för att få en helhetsbild och uppfattning om texternas innehåll. Handledaren läste igenom intervjuerna oberoende av författaren för att få en uppfattning om textens innehåll och för att få en helhetsbild. Därefter diskuterade författare och handledare meningsbärande enheter. När meningsbärande enheter identifierades markerades dessa med överstrykspenna i transkriberade intervjumaterialet innan de kondenserade meningsenheterna kodades, om vilket innebär att texterna kortades ner och försågs med fler koder.

Därefter gjordes en gruppering av kategorier som återspeglade budskapet i intervjuerna och dessa kategorier utgör det manifesta innehållet. Koderna jämfördes avseende likheter och skillnader för att sedan dela in dem i subkategorier av författaren. Analysprocessen pendlar fram och tillbaka och inte enbart stegvis enligt Graneheim och Lundman (2004). Under analysen arbetes fördes en dialog med handledaren vilket resulterade i fyra subkategorier och fyra kategorier. Handledaren läste på nytt igenom samtliga intervjuer för att jämföra texten med kategorier och subkategorier.

## **Förförståelse**

Författaren är ambulanssjuusköterska med 12 års erfarenhet av att vårda patienter med höftfraktur. Informanterna upplystes såväl skriftligt som muntligt om författarens yrkesbakgrund men att en yrkesmässig relation under intervjun undveks. Författaren reflekterade i samband med intervjuerna och under analysens gång över sina egna erfarenheter inom valt forskningsområde för att på så sätt förvissa sig om att det blev informanternas erfarenheter som belystes.

## **Etisk avvägning**

För att uppnå resultat ur ett forskningsetiskt synsätt har autonomiprincipen, godhetsprincipen, rättvisepincipen och principen att inte skada beaktats i denna forskning (Helsingforsdeklarationen, 2008). Lagen om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460) har följts, informanterna informerades om studiens syfte och metod innan skriftligt samtycke inhämtades. Informanterna upplystes om att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta intervjun utan att ange orsak. Intervjumaterialet behandlades med sekretess och förvarades inlåst i ett skåp med undantag när författaren arbetade med materialet. När studien är färdigställd kommer det inspelade intervjumaterialet att raderas bort av författaren. Intervjuerna blev kodade och informanterna informerades om att de inte kommer att kunna identifieras i den slutliga rapporten. Ett yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 86-12) erhöles innan den planerade studien genomfördes.

## **Resultat**

Resultatet grundar sig på informanternas upplevelse av den prehospitla omvårdanden vid höftfraktur. Analysen resulterade i fyra huvudkategorier: Att få hjälp vid en höftfraktur, Den egna rollen-att vara äldre, Smärta/smärtlindring samt Kommunikation. Informanternas intervjuordning presenteras i siffror efter citaten.

## Att få hjälp vid en höftfraktur

### *Patientens syn på sin situation*

Av huvudfrågan som ställdes i studien, *Hur upplevde du omhändertagandet av ambulanssjuusköterskan i samband med din höftfraktur*, kom det fram en rädsla/förtvivlan om hur det skulle gå för patienten och någon nämnde också oro för vem som skulle hjälpa deras sjuka anhöriga. En trygghet upplevdes när ambulanssjuusköterskan kom på plats som uppvisade ett lugn och trygghet i sin yrkesprofession och kommunicerade med hemtjänstpersonal och anhöriga.

*”Jag kunde inte röra mig alls. Jag hade så ont och kunde inte röra mig. Tryckte på larmknappen så kom de från hemtjänsten jag tror de var där på tio minuter/.../ Sen kom ambulansen och började intervjua mig och jag fick smärtstillande spruta och de tog blodprover.”( Informant 5)*

Upplevelsen av att vara hjälplös i samband med att drabbas av sin höftfraktur i hemmet är en gemensam känsla hos informanterna. Betydelsen av ett trygghetslarm för den drabbade upplevdes som en trygghetsfaktor när det blev ett faktum då informanten inte kunde förflytta sig till en telefon.

*”Jag förstod att det var alldeles galet för jag kunde inte flytta mig på golvet, jag försökte åt alla håll för jag blev klart lite vilse men så tänkte jag-jag ska ju ringa på min klocka.”( Informant 11)*

Materialet beskriver väl att informanterna upplevde sig fått en höftfraktur i samband med fallet och därigenom en hjälplöshet och oro för hur det skall bli i framtiden. De informanter som hade anhöriga med ett vårdbehov upplevde en oro över deras tillsyn. Detta kunde lindras genom att hemtjänstpersonalen stannade kvar hos informanten tills ambulansbesättningen var på plats.

## Den egna rollen – att vara äldre

### *Patientens upplevelse av sig som äldre*

Materialet beskriver att patienten som på skadeplatsen blivit informerad om vikten av en tidig operation upplevde långa väntetider på operation som en följd av att de var äldre och med anledning av detta mindre brådskande. Någon beskriver även att tidig hemgång efter operation känns bekymmersamt.

*”Det var tal om att jag skulle bli opererad redan då på lördagskvällen så de gjorde den här tvätten och så. Men så låg jag där och så kom läkaren in, vi gör ingen operation det heter att det ska vara inom 24 timmar men vi väntar tills imorgon med unga friska krafter.” (Informant 1)*

*”De sa först på lördagskvällen men det förstod jag nästan att det inte blev någonting. Sen blev det på dagen. När de sa att det var ett akutfall då knusslade jag lite. Det är klart att jag låg och tänkte när jag låg där att attityden har liksom ändrat sig de sista 10 åren, vet inte varför jag fick det för mig. Fick för mig och tänkte ja jag är gammal de tyckte liksom det är ingenting att ha, nej fy det får man inte säga men jag fick för mig det att det var för att jag var så gammal.” (Informant 10)*

Väntan på operation upplever en del informanter som lång eftersom de fått information av ambulanssjusköterskan att operationen kommer att genomföras inom 24 timmar. Det framkommer också att informanterna tappar uppfattning om tid och rum. Under väntan till operation framkommer känslor som att vara förbrukad, uppgiven och upprördhet.

*”Jag ska hem imorgon, så får se hur det går/.../ jag bor själv. Men det kommer väl någon från hemhjälpen skulle jag tro.”  
(Informant 3)*

*”Man är ju gammal/.../ jag har ju gått dåligt innan så man kan ju inte förvänta sig något.” (Informant 4)*

I intervjumaterialet framkommer det att informanterna är i behov av upprepande och tydlig information kring varför operationen fördröjs och varför patientens hemgång blir tidigare än förväntad. Materialet beskriver också väl att informanterna upplever en glömska från det inledande mötet med ambulansbesättningen.

## **Smärta/smärtlindring**

### *Upplevelsen av smärta/smärtlindring*

I intervjumaterialet kan det utläsas att informanterna haft svår smärta i samband med sin höftfraktur. Enligt NRS skalan uppgav informanter 8-10 i sin uppskattning av smärta. Effekterna av smärtlindringen upplevs inte vara av god effekt eftersom några informanter upplevde en smärta under transporten in till sjukhus och att det inte framgår tydligt i intervjun att smärtlindringen varit fullgod, en lindring av smärta har uppfattats.

*”Ja det kan jag nog säga det gjorde hemskt ont.” (Informant 7)*

*”Sedan så lyfte de upp mig på båren och det gjorde ju ont för morfinet hade ju inte verkat så fort men de gjorde det väldigt lätt.” (Informant 8)*

*”Jag hoppade på ett ben och det gjorde fruktansvärt ont bara benet rörde sig.” (Informant 9)*

*”Det här har varit jätte svårt. Alltså jag har mer ont nu, alltså var ju själva lårbenshalsen som bröts.” (Informant 3)*

Informanterna upplever starkast smärta i höften i samband med rörelse och vid stillhet obefintlig smärta. Materialet beskriver att informanten erhållit smärtlindring i form av en spruta och att det hade god effekt. Någon informant kunde inte erinras om något smärtstillande givets men trodde att det hade getts. Författaren kunde utläsa av informanternas ambulansjournal att sju patienter fick morfin, två patienter ketogan, en patient ketalar och en patient fick stesolid på grund av allergi av morfinpreparat. Doserna av läkemedel upprepades ett flertal gånger så att exempelvis den totala smärtlindrande dosen var 10 till 12 mg morfin och 2,5 till 5 mg stesolid. Effekten av de olika smärtlindrande läkemedlen upplevdes av de

flesta informanterna som god medan några upplevde att effekten av smärtlindringen endast minskade smärtan något. Smärta är en individuell upplevelse som inte är beroende på smärtdos och dosen anpassas efter patientens kroppsvikt samt smärtupplevelse. Komforten under ambulanstransporten upplevdes av några informanter som smärtsam och det uttrycktes som skumpigt och att ambulansen saknade fjädring.

## **Kommunikation**

### *Mötet mellan patienten och ambulanssjuusköterskan*

Att bli bemött av ambulanspersonalen som uppvisade ett lugn och en empatisk förmåga gjorde att informanterna kände sig trygga och lugna. Intervjumaterialet beskriver att informanterna upplever en professionalitet i omhändertagandet vilket hade en lugnande påverkan på dem.

*”De var helt fantastiska, 2 unga flickor och de var helt fantastiska det tyckte jag som låg där och alla mina ungdomar som jag hade omkring mig. De sa ett sådant engagemang och så proffsigt-ja högsta poäng.” (Informant 1)*

*”Dom var lugna och där var en som höll mig i handen.” (Informant 2)*

*”De är så härliga precis som att man känt de i hela sitt liv. De är fantastiska. De är beundransvärda tycker jag.” (Informant 8)*

Materialet beskriver att informanterna blivit informerade om höftlinjen men att det finns minnesluckor relaterade till smärtlindringen. Informanterna beskriver inte att de saknar någon information vid omhändertagandet. I inledningen av intervjun uttryckte samtliga informanter att ambulanspersonalen var helt underbar och fantastisk de kände sig trygga.

*”De gav sig tid till att följa mig först till röntgen och sedan stå väntande utanför och vänta köra mig ner till avdelningen och la mig i den sängen jag ligger i nu det var fantastiskt.” (Informant 5)*



*”Jag kommer nog inte ihåg allt men.” (Informant 6)*

*”Sen undersökte dom mig gjorde precis allting som sjukhuset brukar göra när man kommer in där. Det var helt perfekt. Sedan åkte jag ambulansen in till Lund och ja jag kom in på röntgen med en gång och allting blev klart men en gång. Jag tyckte det var helt perfekt.” (Informant 3)*

Att bli bemött med ett lugn och en professionalitet betonas som betydelsefullt av informanterna. Ambulanspersonalen upplevdes som underbara och hjälpsamma. Informanterna upplevde sig blivit sedda och hörda vid omvårdanden av sin höftfraktur. En informant fick uppleva att ambulanspersonalen efter det akuta omhändertagandet situationsanpassade sitt arbete genom att låta informanten bli hyllad på sin födelsedag av sina anhöriga innan avresa till sjukhuset.

*”Innan de gick så sa de ska vi inte hurra för henne och sjunga för henne-jo det gjorde de.” (Informant 7)*

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

Syftet med föreliggande studie var att beskriva hur patienten upplevde omhändertagandet av ambulanspersonalen i samband med sin höftfraktur. Forskningsfältet inom upplevelser i omhändertagandet av patienter med höftfraktur av ambulanspersonal visade sig inte tidigare vara belyst. Författaren valde därför att beskriva informanternas upplevelser och en kvalitativ intervjustudie valdes (Kvale och Brinkmann, 2009). Eftersom författaren ansåg sig ha förförståelse samt möjlighet att kunna påverka forskningsresultatet i sitt arbete som ambulanssjuksköterska valdes inte patienter som författaren själv vårdat.

Författaren var medveten om att det kunde bli svårt att intervjua de äldre patienterna så snart efter deras operation. Därför följdes intervjuguiden som innehöll en öppen fråga samt riktade och ibland till viss del ledande frågeställningar. Författaren anser sig trots detta fått fram ett intervjumaterial som bearbetats utefter en manifest innehållsanalys. För att få en djupare tolkning av det underliggande budskapet i informanternas berättelser hade det krävts en latent innehållsanalys och mer omfattande intervjuer. Vilket kan vara förslag till ytterligare forskning inom området antingen med intervjuer redan under transporten till sjukhuset eller inkludera fler patienter.

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är intervjun ett outhärligt redskap inom den kvalitativa forskningen och syftet är att förstå fenomenet utifrån den intervjuades eget perspektiv. Ett rekommenderat antal intervjuer för kvalitativ studie är 15+/-10 stycken (a.a.). Föreliggande studie hade tolv intervjuer från början men exkluderade en intervju då informanten vid det tillfället var förvirrad. Intervjuerna spelades in med en diktafon så att inget som berättats gått förlorat och därefter transkriberades materialet för att bearbetas utifrån Graneheim och Lundman (2004) innehållsanalys. Denna innehållsanalys bearbetas i olika steg och intervjumaterialet läses igenom vid upprepade tillfällen för att få en helhet. Inledningsvis valdes meningar ut som ansågs relevanta för frågeställningarna dock så att sammanhanget kvarstår, detta kallas meningsbärande enheter. Författaren uppfattade att vissa

meningsbärande enheter kunde tillhöra mer än en kategori, därför valdes en representativ meningsbärande enhet ut som kategori. Detta moment föranledde att författaren fick gå fram och tillbaka i detta steg för att slutligen komma fram till kategorierna. I nästa steg kortades texten ned, meningsbärande enheter kondenserades och kodades och grupperades i kategorier som återspeglade budskapet i intervjuerna. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet. För att öka trovärdigheten läste handledare oberoende av författaren intervjumaterialet och tillsammans diskuterades kategorier och detta resulterade i fyra huvudkategorier. Enligt Lundman och Graneheim (2008) är det värdefullt att personer som är insatta i forskning och i ämnet, granskar koder och kategorier så dessa överensstämmer med text, benämningar och tolkningar (a.a.).

I studien deltog tio kvinnor och två män varav en kvinna blev exkluderad under pågående intervju på grund av att hon uppfattades som förvirrad. Könsfördelning i studien är helt slumpmässig. En jämnare könsfördelning hade varit önskvärt, för att eventuellt påvisa om det var någon skillnad i upplevelsen av den prehospitla omvårdnaden vid höftfraktur. Informanternas medelålder var 83 år varav den yngsta var 77 år och den äldsta var 90 år. Detta överensstämmer väl med årsrapporten från Rikshöft år 2011 trots att urvalet bestod av elva personer. Författaren läste igenom informanternas ambulansjournal i syfte att få inblick i vilken typ av smärtlindring patienten fått för att öka förståelsen och kunskapen i patientens upplevelse av smärta och smärtbehandling.

Författarens förhoppning är att informanternas upplevelse av den prehospitla omvårdnaden vid höftfraktur ger en inblick och ökad förståelse för hur de upplever omhändertagandet av ambulanspersonalen. Metoden anses lämplig för att få en inblick i den äldres upplevelse av omhändertagandet vid höftfraktur. Antalet informanter i denna studie anses vara få för att generalisera upplevelsen att drabbas av höftfraktur, men indikationer på att en större forskning vore önskvärt för att styrka resultatet från denna studie.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Resultatet bygger på informanternas upplevelse av den prehospitla omvårdnaden vid höftfraktur. Det visar att det kan vara svårt att intervjua äldre personer inom samma vecka

som de blivit opererade av sin höftfraktur på grund av effekterna av smärtstillandet och att patienten hamnar i en ny miljö. Detta yttrade sig i form av en del glömska i deras beskrivning av det prehospitala omhändertagandet. Med anledning av detta så förekom ledande frågor vid något tillfälle för att nå fram till informanternas upplevelse. Att intervjua informanterna efter utskrivning övervägdes men av praktiska skäl både för informanten och författaren gjordes inte detta. Reflektionen av författaren i efterhand är om informanten eventuellt upplevt en mindre glömska av händelsen om intervjuerna genomförts efter hemgång då smärtstillande behandling oftast reducerats samt att patienten var åter i sin vanliga miljö.

Sammanfattningsvis var informanternas upplevelse av ambulanspersonalens omhändertagande positivt även om det i inledningen fanns en oro över vad som skulle hända både när det gällde dem själva och eventuell anhörig som var i behov av tillsyn. Hemtjänstpersonal som var på plats visade sig vara ovärderliga i dessa situationer eftersom de erbjöd sig att hjälpa den anhörige i hemmet, detta hade en lugnande effekt på informanten. Upplevelsen av att vänta på operation innebar tankar som att vara förbrukad på grund av åldern och därmed inte prioriterad till operation. Enligt omvårdnadsteoretikern Halldorsdottir (1996) består omvårdnaden av att vara hängiven, bry sig om patienterna samt ta ett moraliskt ansvar genom att vara närvarande. Detta ger patienterna en tillit vilket underlättar utvecklandet av en professionell relation i omvårdnaden.

Den egna rollen som äldre upplevdes av några informanter som en fruktan över att vara förbrukad och detta relaterades till när väntan på operation blev för lång och vid tidig hemgång efter sjukhusvistelsen. En informant menade på att hon gått dåligt innan höftfrakturen och att åldern gör så att förväntningarna på en förbättring inte finns. Det är tydligt att en höftfraktur förändrar individens livssituation och även uppfattningen om sig själv förändras. Författaren tror att det är viktigt att personalen runt individen bejakar dessa känslor i form av upprepande information och stödjande samtal.

Informantens upplevelse av smärta motsvarade NRS 8-9 som kan översättas som värsta tänkbara smärta. Smärtlindringen uppfattades i form av att en spruta hade givits men informanten minns inte så mycket efteråt vid intervjutillfället. Läkemedel som givits i syfte att smärtlindra har varit i de flesta fall morfin och stesolid samt ketalar i något enstaka fall. Morfin är ett centralt verkande smärtstillande som minskar smärtimpulserna i centrala nervsystemet och biverkningarna av detta läkemedel är trötthet, illamående och ibland

andningspåverkan. Morfinet används som smärtstillande i en ambulans och doseras efter generell ordination enligt gällande delegering.

I ett muskelavslappnade syfte ges stesolid i kombination med morfin, detta läkemedel har en risk för andningsdepression. Ett annat läkemedel som kan ges är ketalar ett snabbverkande anestetikum som i mindre doser kan ges i smärtlindrande syfte utan att vara andningsdeprimerande dock skall stesolid ges som en premedicinering för att minska biverkningar i form av hallucinationer (FASS, 2011). Enligt Hommel, Ulander och Thorngren (2003) så kunde det påvisas en förbättring i smärtlindrande behandling från 1998 mot 1999-2000 då patienten erhöll smärtlindring redan efter 30 minuter istället för 1 timmes väntan. Sammanfattningsvis har majoriteten av författarens informanter erhållit morfin som smärtlindring och ur intervjumaterialet kan det inte utläsas hur effekten varit i de enskilda fallen. Upplevelse av informanternas effekt av smärtlindringen är att denna inte varit tillräcklig och att detta område borde ses över.

En studie av Dihle, Bjolseth och Helseth (2005) påvisades att sjuksköterskor hade olika sätt att kommunicera med patienten. Den sjuksköterskan som ställde direkta frågor om hur patienten upplevde sin smärta fick ett tydligare svar och smärtan kunde behandlas bättre. När otydliga frågeställningar användes mot patienten var det lättare för feltolkningar i patientens upplevelse av smärtan och en smärtlindring uteblev (a.a). Hur ska vi kunna göra höftfrakturpatienten smärtfri på ett optimalt sett? Enligt Hommel (2007) resulterade utbildning i smärtbehandling till berörd personal att höftpatienten tidigare blev smärtlindrad. En prehospital smärtlindringsutbildning riktad mot höftfrakturpatienterna känns angeläget efter författarens resultat. Enligt Larsson & Holgers (2011) har fast-track, snabbspåret för patienten förbättrat omvårdnaden vid en höftfraktur genom att behandlingen påbörjades av ambulanssjuksköterskan direkt på plats vilket resulterade i att patienten fick smärtlindring tidigare och minskade komplikationer.

En kvalitets förhöjning i omvårdnaden av patienter som drabbas av höftfraktur kunde ses när det gemensamt inom vården började fokusera på smärtlindring, kortare operationsväntetider och trycksårs behandling (Hommel, Ulander & Thorngren, 2003). Det är viktigt att sjuksköterskor tillsammans med andra professioner utbyter erfarenheter för att ytterligare förbättra omvårdnaden av patienter med misstänkt höftfraktur (ibid). Syftet med att patienten på skadeplats möts av en ambulanssjuksköterska anses vara en kvalitetshöjning för patienten. Sjuksköterskan är specialistutbildad inom ambulanssjukvård och därmed van att arbeta i en

ibland komplicerad miljö som kan innebära att en patient befinner sig på en svåråtkomlig plats som kräver att rätt beslut i avseende smärtlindring och förflyttning från skadepplats till ambulansbår tas. Enligt kompetensbeskrivningen för ambulanssjuksköterskan skall ett professionellt förhållningssätt med respekt för patientens hemmiljö tillämpas, ett etiskt förhållningssätt samt identifiera riskfyllda miljöer och skapa säkra vårdrum. Vård och behandling skall utvärderas under en säker transport till sjukhuset. Behovet av ambulanssjukvård ökar med fler äldre människor i samhället (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Mötet mellan patient och ambulanssjuksköterskan upplevdes som tryggt och professionellt. Informanternas känslor om att bli bemött av respekt, vänlighet och trygghet uttrycktes i samtliga intervjuer. Författarens upplevelse av att vårda en patient med misstänkt höftfraktur är att patienten visar en tacksamhet över omhändertagandet från ambulanssteamet. Att få sammanställa 11 intervjuer där ingen av informanterna varit missnöjd med omhändertagandet av ambulanssteamet känns positivt. Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det att sjuksköterskan skall kunna kommunicera med patienter och närstående på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor, 2005). En god patientrelation leder till att ambulanssjuksköterskan känner sig nöjd med sin arbetsinsats.

Enligt Hommel, Ulander & Thorngren (2003) erhöll patienten med höftfrakturen mer adekvat smärtlindring, operationstider förkortades och trycksåren minimerades genom att förändra riktlinjer i omvårdnaden av denna patientgrupp. Eftersom samtliga informanter upplevt svår smärta i samband med sin misstänkta höftfraktur och inte blivit helt smärtfri inför ambulanstransporten vore det önskvärt med framtida forskning inom smärtlindringen till patienter med misstänkt höftfraktur. Genom att minimera smärtupplevelsen hos patienten redan prehospitalt kan risken för att patienter drabbas av wind up effekt (vilket innebär allt svårare smärtor om inte den onda cirkeln bryts) minskas och därmed kommer patienterna att må bättre och ha bättre möjlighet att mobiliseras snabbt efter operationen. Vilket minskar riskerna för komplikationer.

I studien av Kock & Persson (2008) framkom att sjuksköterskan bör lägga stor vikt på att tolka patientens smärtuttryck och utbildningsdagar för sjuksköterskor i smärtbehandling.

Ytterligare forskning kan ske med intervjuer redan under transporten till sjukhuset eller inkludera fler patienter för att få en större trovärdighet av resultatet.

## **Konklusion**

Författarens uppfattning är att patienterna generellt är nöjda med den prehospitla omvårdnaden vid höftfraktur och detta berodde på ambulanssjuksköterskans förmåga att inge trygghet, empati och respekt för patienten. Patienterna är nöjda med att ingå i höftlinjen flera uttryckte att de varit rädda för långa väntetider på akutmottagningen som det skrivs så mycket om i media. Det framkom att patienterna upplever stark smärta och en viss hjälplöshet. Som ambulanssjuksköterska behöver vi förbättra smärtlindringen till patienterna som drabbats av höftfraktur vilket skulle kunna ske med hjälp av regelbundna utbildningsdagar. Om patienten upplevde mindre smärta är det möjligt att även känslan av hjälplöshet minskat vilket framtida forskning skulle kunna påvisa eller förkasta.

## Innehållsanalys

Analystabell med exempel från analysprocessen.

<b>Kategorier</b>	Att få hjälp vid en höftfraktur	Kommunikation	Smärta/ smärtlindring	Den egna rollen -att vara äldre
<b>Subkategori</b>	Patientens syn på sin situation  Svårighet att klara sig	Mötet mellan patient och ambulanssjuksköterska	Upplevelsen av smärta och smärtlindring	Patientens upplevelse av sig som äldre
<b>Kod</b>	Konsekvenser av höftfraktur	Känslan av att patienten blivit sedd och hörd.	Känslan av smärta och att få smärtlindring	Patientens syn på sin egen roll
<b>Kondensering</b>	Kunde inte flytta mig, Plötsligt låg jag ner	Kände engagemang och så proffsig -ja högsta poäng	Hade fruktansvärt ont fick nog redan där på gräset en spruta	Kände sig gammal & förbrukad
<b>Menings- Bärande enhet</b>	//Jag förstod att det var alldeles galet för jag kunde inte flytta mig på golvet//  //Jag har inte något dåligt balanssinne, men jag råkade vända på mig och helt	//De var väldigt vänliga och rara Men jag kan inte anmärka på deras omhändertagande//	//Jag hade ont. Ja, alltså låg jag bara alldeles stilla så fort jag försökte ändra ställning så var det 8-9//  // Jag fick nog redan där på gräset	//Jag låg och tänkte när jag låg där att attityden har liksom ändrat sig de sista 10 åren  // När man är äldre känner man en viss fruktan. Det är att



	plötsligt så låg jag ner på höger sida och hade smällt ur höften//	//Ett sådant engagemang och så proffsigt –ja högsta poäng//	en spruta//	jag är förbrukad//
--	--	---	-------------	--------------------

*Figur 1. Databearbetning enligt Graneheim och Lundman (2004). Exempel på Meningsbärande enhet, kondensering, kod, subkategori, kategorier och tema.*

## Referenser

Andersson, T. Faktaägare (2012) Region Skånes Prehospitala Centrum-RSPC. Hämtat 10 oktober, 2012 från <http://www.skane.se/rspc>

Björkelund KB, Hommel A, Thorngren K-G, Gustafsson L, Larsson S & Lundberg. Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multifactorial intervention study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2010 Jul; 54(6):678-88.

Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint Sundström, B., Jonsson, A. & Suserud, B-O. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency Nurse*, 13(8), 30-36.

Dihle, A., Bjolseth, G., & Helseth, S. (2005). The gap between saying and doing in postoperative pain management [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.

Erlandsson, C., & Lundberg Hall, I. (2008) *Utvärdering av ett vårdprogram för patienter med höftfraktur på Universitetssjukhuset i Lund*. Kandidatuppsats, Lunds Universitet, Institutionen för hälsa, vård och samhälle.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (2004) 24, 105-112.

Halldorsdottir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care-Developing a theory*. Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Health Sciences.

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science* (2008), 643-652

Hallström, I., Elander, G., Rooke, L. (2000). Pain and nutrition as experienced by patients with hipfracture (Elektronisk version). *Journal of Clinical Nursing*, 9, 639-646.

Helsingforsdeklarationen. VMA declaration of Helsinki-Ethical principles for medical research involving human subjects. The World Medical Association. (VMA, 2008). Från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Hommel, A., Ulander, K. & Thorngren, KG. (2003). Improvements in painrelief, handling time and pressure ulcers through internal audits of hip fracture patients. *Scandinavian Journal of caring Sciences* 2003 Mar;(1):78-83

Hommel, A. (2007). *Improved safety and quality of care for patients with a hipfracture*. Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Institutionen för hälsa, vård och samhälle.

Hommel A, Kock ML, Persson J, Werntoft E. The Patient's View of Nursing Care after Hip Fracture ISRN Nurs. 2012;2012:863291. doi: 10.5402/2012/863291

IASP, (1979). International Association for the Study of pain. Hämtat 20 september 2012, från <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.

Larsson, G., & Holgers, K-M. (2011). Fast-track care for patients with suspected hip fracture. *Injury, Int.J.Care Injured* 42 (2011) 1257-1261

Lundman, B., Hällgren Graneheim, U. Kvalitativ innehållsanalys. (2008) I M. Graneskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (s. 159-172).

Läkemedelsindustriföreningens Service AB.(2001).Källan till kunskap om läkemedel. Hämtad den 12 februari 2013 från <http://www.fass.se>

Kongstad, P, Faktaägare (2012) Region Skånes Prehospitala Centrum- RSPC. Hämtat 10 oktober, 2012 från <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Region-Skanes-Prehospitala-Centrum/>

Polit, D.F., & Beck, C.T., (2010). *Essentials of nursing Research Methods, Appraisal and Utilization* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.

RIKSHÖFT.(2010). Årsrapport 2010. Hämtad 12 mars, 2012 från <http://www.rikshoft.se/se/index.php>

RIKSHÖFT.(2011). Årsrapport 2011. Hämtad 12 mars, 2012 från <http://www.rikshoft.se/se/index.php>

Schmidt, A.H., Asnis, S.E., Haidukewychi, G.I., Koval, K.J., & Thorngren, K.G. (2005). Femoral neck fractures. *Instructional Course Lecture*, 2005;54:417-445.

SFS (2003:460) *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Regeringen. Hämtad 20 maj 2012 från: <http://www.notisum.se/Rnp/sls/lag/20030460.htm>

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

SOSFS 2005:24. *Socialstyrelsens ändring i föreskrifterna och allmänna råden om läkemedelshantering i hälso-och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSF 2009:10. *Socialstyrelsens allmänna föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.* Hämtad den 10 oktober 2012 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>

Socialstyrelsen. (2003). *Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterskor*. Hämtat den 10 oktober 2012 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm. Svensk sjuksköterskeförening.

Smärtskattningsinstrument-Vårdhandbok. Hämtat den 20 november 2012, från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Smarts kattningsinstrument/>

## Bilaga 1 (3)

### Intervjuguide

Författaren inleder intervjun med en öppen fråga:

Hur upplevde du omhändertagandet av ambulanspersonalen i samband med din höftfraktur?

- Hur upplevde du det inledande bemötandet med ambulanspersonalen?
- Hur skulle du beskriva din smärta i samband med fallet på en skala mellan 0-10 där 0 är ingen smärta alls och 10 är värsta tänkbara?
- Hur upplevde du smärtlindringen?
- Vill du beskriva din upplevelse av förflyttningen från golvet till ambulansbåren
- Hur är din upplevelse av att ingå i höftlinjen
- Hur upplevde du informationen om vad som skulle hända

Ämnen att beröra:

Vården

Trygghet

Professionalitet av ambulanspersonal

Smärta/smärtbehandling

Rädsla

Kommunikation

Information

## Bilaga 2 (3)



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV 2012-06-21

### Patientens upplevelse av den prehospitala omvårdnaden vid höftfraktur

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie som är ett examensarbete i magisterprogrammet.

I Skåne startades år 2007 projektet höftlinjen på Universitetssjukhuset i Lund vilket innebar att ett så kallat snabbspår infördes och projektet permanentades 2008. För dig som patient innebär det att du redan före ankomst till sjukhuset (vilket kallas prehospitalt) fått smärtlindring och förberetts inför kommande operation. Ambulanssjuksköterskan följde med dig till röntgenavdelningen och därefter direkt till ortopediskvårdavdelning. Tidigare rutiner innebar att patienten lämnades av ambulanssjuksköterskan på akutmottagningen och det dröjde flera timmar innan patienten kom till vårdavdelningen.

Med anledning av beskrivna förändrade riktlinjer i omhändertagandet av patienter som drabbas av höftfraktur är det betydelsefullt att belysa patientens upplevelser i samband med det prehospitala omhändertagandet. Därför önskar jag att få intervjua dig om hur du upplevde omvårdnaden som gavs av ambulanspersonalen.

Intervjun beräknas ta maximalt 60 minuter och genomförs av mig ambulanssjuksköterska Åse Bylander. Intervjun kan ske i ett avskilt rum på vårdavdelningen eller om du så önskar på annan plats. Med din tillåtelse kommer intervjun att bandinspelas. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. När uppsatsen har godkänts förstörs det insamlade materialet.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för din behandling. Resultatet av studien kommer att redovisas så att du inte kan identifieras.

Om du vill delta ber vi dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom en vecka om du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig eller min handledare klinisk lektor Ami Hommel.

Med vänlig hälsning

Åse Bylinder  
Ambulanssjuksköterska  
Tfn 0703-576811

e-post ase.bylinder.108@student.lu.se

Handledare Ami Hommel  
Doktor Med Vet  
Rörelseorganens forsknings avdelning

Ort.Klin Sus Lund  
Tfn 046-177106  
e-post ami.hommel@med.lu

## Bilaga 3 (3)

### Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om Patientens upplevelse av den prehospitla omvårdnaden vid höftfraktur.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun bandinspelas.

*Underskrift av undersökningsperson*

*Underskrift av student*

---

---

Ort, datum

Ort, datum

---

---

Underskrift

Underskrift

---

---

Telefon

Telefon



