



**MEDICINSKA FAKULTETEN**  
Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

**Sektionen för arbetsterapi och gerontologi**

## **Behov av arbetsterapeutkonsultation?**

**Observation av mötet mellan sjukvårdspersonal och äldre personer på ortopedens akutintag.**

Författare: Annika Wahldén,  
Marie Lindgren

Handledare: Pia Hovbrandt

December 2006

**Kandidatuppsats**

Adress: Sektionen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN  
Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

**Sektionen för arbetsterapi och gerontologi**

2006-12-13

## **Behov av arbetsterapeutkonsultation?**

### **Observation av mötet mellan sjukvårdspersonal och äldre personer på ortopedens akutintag.**

Annika Wahldén, Marie Lindgren

#### **Abstrakt:**

Det sker en ökning av äldre vilket medför att sjukdomar relaterade till hög ålder blir vanligare. Den nuvarande trenden är att de äldre bor kvar i de egna hemmen så länge som möjligt. Detta ställer större krav på utökad vård och social service eftersom äldre snabbt får reducerad aktivitetsförmåga och därför kräver direkt aktiv rehabilitering av sin skada. Syftet med denna studie var att undersöka sjukvårdspersonalens omhändertagande av äldre patienter på ortopedens akutintag. Metoden vi använde var observation av sjukvårdspersonalens möte med tretton ortopedpatienter. Resultatet visade att de flesta av patienternas inkomstorsak var att de fallit samt att få frågor ställdes av sjukvårdspersonalen med anknytning till arbetsterapeutens område. Vår studie bekräftar nödvändigheten av att undersöka vilka behov patienterna har och hur arbetsterapeuten kan bidra till att tillgodose detta redan på akutintaget.

Nyckelord: Arbetsterapi, Akutintaget, Äldre, Ortopedpatienter, Observation

Kandidatuppsats

Sektionen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

# Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1. 1 Arbetsterapi	1
1. 2 Akutkliniken	2
1. 3 Ortopediska skador	3
1. 4 Ortopedteamet	4
1. 5 Äldre	4
1. 6 Äldre på akutintaget	5
2. Syfte	6
3. Metod	6
3. 1 Urvalsförfarande	6
3. 1. 1 Undersökningsgrupp	6
3. 1. 2 Verksamhetsbeskrivning	7
3. 2 Metod och instrument för insamling av information	8
3. 3 Procedur	9
3. 4 Bearbetning av den insamlade informationen	9
4. Etiska överväganden	9
5. Resultat	10
6. Diskussion	13
6. 1 Metoddiskussion	13
6. 2 Resultatdiskussion	15
6. 3 Konklusion	18
7. Referenslista	20

# 1. Introduktion

På akutintaget ingår arbetsterapeuten inte i arbetsteamet, utan konsulteras vid behov, vilket kan medföra problem om äldre personers aktivitetsproblem inte beaktas redan vid akutintaget. Vi var intresserade av att observera sjukvårdspersonalens möte och omvårdnadsarbete med äldre personer över 75 år med ortopediska skador, eftersom dessa generellt är i behov av arbetsterapeutiska insatser. Vi ville ta reda på vilka frågor sjukvårdspersonalen ställde för att få en helhetssyn av patientens behov under den korta tid som ett besök på akutintaget utgör. Vidare ville vi undersöka om och i så fall när beslut togs att konsultera arbetsterapeuten. Genom att direkt observera sjukvårdspersonalens omvårdnadsarbete med patienten fick vi en överblick av vad som verkligen frågades. Var deras frågor tillräckliga för att avgöra om en arbetsterapeut skulle eller inte skulle konsulteras?

## 1. 1 Arbetsterapi

Arbetsterapeutens yrkesområde med äldre omfattar vanligt förekommande hälsoproblem som begränsar eller hotar att begränsa deras aktivitetsförmåga och delaktighet i det dagliga livet (Socialstyrelsen, 2001). Målet med arbetsterapi är bibehållen eller ökad förmåga till aktivitet, vilket leder till en för patienten tillfredställande balans mellan aktivitet och delaktighet i samhället (Townsend, 2002). För att nå dessa mål beskriver Kielhofner (2002) att arbetsterapi engagerar individer i aktiviteter som bidrar till att bibehålla, kompensera, återställa och/eller utveckla dessa förmågor och för att uppnå detta måste aktiviteten vara meningsfull för individen. Åtgärderna kan riktas mot individ, aktivitet och/eller miljö och kan vara förebyggande, förbättrande eller kompensatoriska (Socialstyrelsen, 2001). Det är omöjligt att förstå patienten utan att också förstå personens kontext (Dunn, Brown och Youngstrom, 2002). Genom att förstå den mening som patienten upplever i sin kontext kan arbetsterapeuten utveckla ett delat ansvar för de problem som påverkar patientens liv. Arbetsterapi är ett samarbetsprojekt där patienten bör uppleva meningsfullhet i görandet (Fleming, 1991). När det gäller personer med ortopediska skador kan arbetsterapeutens arbete bidra med breda behandlingsinterventioner, ordination av hjälpmedel samt råd och information för att underlätta hemgång för patienten (Hendriksen & Harrison, 2001; Persson & Wingstrand, 2005). Vid ordination av hjälpmedel är det viktigt att ta reda på hur hemmet ser ut, patientens funktionförmåga, samt att informera patienten angående hjälpmedlet (Persson & Wingstrand, 2005). Genom ADL-bedömning kan arbetsterapeuten bedömma individens aktivitetsförmåga för att avgöra vilka arbetsterapeutiska åtgärder som individen är i behov av. Dessa åtgärder

kan vara att prova ut gånghjälpmedel tillsammans med sjukgymnasten samt att prova ut hjälpmedel som griptång, strumppådragare, förhöjningsdynor till stolar, förhöjningsklossar till säng, toalettförhöjning samt badbräda (Akademiska sjukhuset, 2005). I en studie av Hedberg-Kristensson (2006) beskrivs att patienter oftast medverkar passivt i förskrivningsprocessen och endast lyssnar på förskrivaren utan att fråga eller prova hjälpmedlet i dess rätta miljö.

Eftersom arbetsterapeuten saknas på akutintaget saknas också kunskap vid viktiga ställningstaganden för de äldre patienternas eventuella aktivitetsproblem när de blir utskrivna till hemmet.

## **1. 2 Akutkliniken**

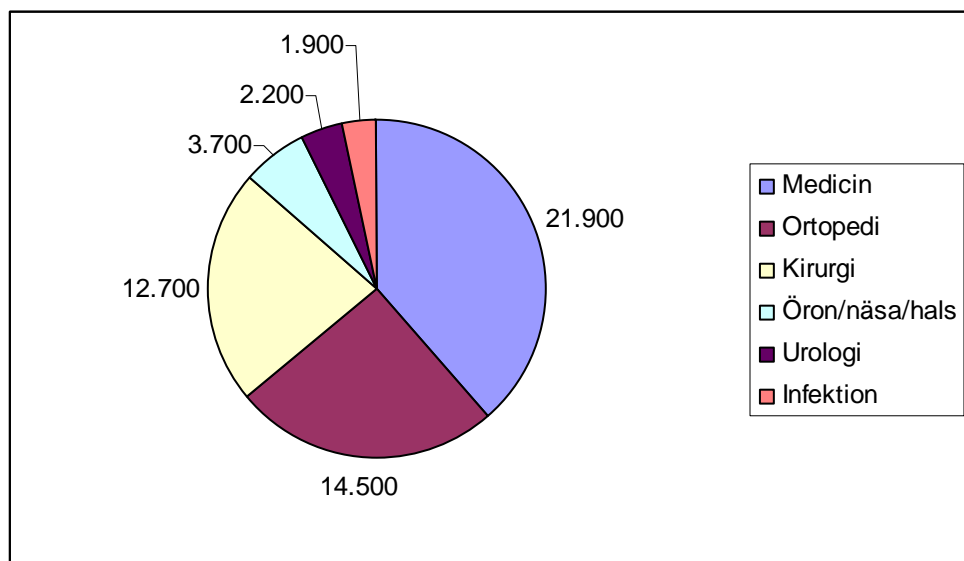
Följande beskrivning av akutkliniken är hämtad från intranätet på Universitetssjukhuset MAS (2006).

Akutkliniken ansvarar för det akuta omhändertagandet av svårt sjuka och skadade patienter som rör de flesta somatiska akutspecialiteter med undantag för barnmedicin, kvinnosjukdomar, förlossning samt ögonsjukdomar. Det akuta omhändertagandet är en process som sker i samverkan mellan flera enheter inom sjukhuset och samarbetspartners utanför sjukhuset. Till samarbetspartners utanför sjukhuset ingår ambulanssjukvården, räddningstjänsten, polisen, kommunens hälso- och sjukvård och primärvården. Akutkliniken omfattar idag verksamhet vid akutvårdsavdelning (AVA), korttidsvårdsavdelning (AKVA) och AKUTINTAG. Verksamheten omfattar också patientuppföljning, medicinsk katastrofplanering, akutbilsbemanning, utbildning och forskningsenhet.

AVA är en observationsavdelning med 22 vårdplatser. AVA tar emot patienter direkt från akutintaget och vårdplatserna är avsedda för patienter med behov av akuta behandlingar, täta kontroller, förberedelser inför akuta kirurgiska operationer och observation av oklara tillstånd. Patienter som kräver insatser från olika kompetenser är lämpliga att korttidsvårdas vid AVA. Antalet intagna patienter på AVA är cirka 11 500 per år. Patienterna stannar normalt upp till ett dygn.

AKVA är en akut korttidsavdelning med inriktning på rehabilitering. Avdelningen har 22 vårdplatser och tar i första hand emot patienter från akutintaget och i andra hand från AVA. De flesta av AKVA:s patienter är äldre personer med pågående stöd i kommunen och med förväntad återgång till befintligt boende efter en genomsnittlig vårdtid på fem dygn.

På AKUTINTAGET uppgår antalet akuta läkarbesök till cirka 58 000 per år, varav 14 500 är ortopedpatienter.



Figur. 1. Antal besök på akutintaget Universitetssjukhuset MAS, 2005

Akutintaget är indelat i tre specialinriktade team; medicin (öron/näsa/hals och infektion) kirurgi (urologi) och ortopedi. Varje team består av ansvarig sjuksköterska, undersköterskor och jourtjänstgörande läkare. Enligt Nyström (2003) är huvuduppgiften på akutintaget att göra en bedömning och snabbt inleda insatser som hindrar och minskar hot mot liv och hälsa när det krävs. Arbetet omfattar direkta insatser vid livshotande tillstånd, diagnostiska insatser för att fastställa eller utesluta akut somatisk sjukdom, avgöra behov av fortsatt slutenvård och att inleda behandling som följs upp vid annan enhet eller vårdgivare. Alla patienter som söker till akutintaget ska därför bedömas, prioriteras och sorteras till respektive medicinsk specialitet och rätt vård nivå.

### 1.3 Ortopediska skador

Enligt Wikström (2006) är sjukdomstillstånd så som nyckelbensfraktur, överarmsfraktur, axelluxation, underarms och handledsfraktur, höftfraktur, höftprotesluxation, lårbensfraktur, knäskåsluxation, fotledsfraktur samt ledinfektion vanliga ortopediska akuta skador på en ortopedisk akutmottagning. Höftfraktur är en av de vanligaste och mest vårdkrävande ortopediska skadorna och medelåldern för de drabbade är 81 år. Fler kvinnor än män får frakturen och det beror bland annat på att kvinnor med åren får skörare skelett, osteoporos. Frakturer hos äldre orsakas ofta av fall inomhus (Grimby & Grimby, 2001). Många patienter

som söker akut på en ortopedisk akutmottagning blir efter diagnos och behandling utskrivna till hemmet (Wikström, 2006). För dessa patienter är det viktigt att träna styrka, balans och självkänsla så att nya fall kan förhindras (Rundgren & Dehlin, 2004). Innan utskrivning till hemmet är det viktigt att informera patienten om följande åtgärder; mobilisering som kan bestå av hur patienten får belasta den skadade kroppsdel, hjälpmedel om sådana behövs för att patienten ska klara sig hemma, träningsprogram samt information om hur de ska gå tillväga för att rehabilitera sig på bästa sätt (Wikström, 2006). Det är också viktigt att ta reda på om det behövs insatser från exempelvis hemtjänst, vårdcentral, sjukgymnast och arbetsterapeut. I dessa fall kan kontakt etableras redan från sjukhuset. Det behövs kunskap för att se vilka dessa problem är, bedömningen på akutintaget måste därför vara bred. I dessa ovanstående åtgärder är arbetsterapeuten och sjukgymnastens insatser av avgörande betydelse.

#### **1. 4 Ortopedteamet**

Ortopedteamet består av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Personalen utgör ett väl fungerande arbetsteam där alla är väl införstådda med alla rutiner, arbetsuppgifter och skyldigheter. Vid brådskande händelser ska ingen tid behöva spillas på diskussioner om åtgärder eller om vem som ska göra vad. Det är viktigt att alla i teamet har sina uppgifter för ett väl fungerande samarbete där alla litar på varandra och missförstånd undviks (Pohl, 1996). Enligt Nyström (2003) arbetar sjuksköterskorna på ett akutintag under annorlunda förhållande än de sjuksköterskor som arbetar på andra avdelningar inom sjukhuset. På akutintaget finns ingen gräns för antalet besökare och patienterna utgör ett brett spektrum av åldrar, symtombild, kön och socialklass. Sjuksköterskorna integrerar avancerad teknologi och läkemedel tillsammans med patientens oro, rädsla, utsatthet samt lidande. Det medicinska inslaget dominerar och därför kan det försvåra för sjuksköterskan att möta patienten på ett fullständigt sätt.

#### **1. 5 Äldre**

Den nuvarande trenden är att de äldre bor kvar i det egna hemmet så länge som möjligt. Detta ställer större krav på utökad vård och social service (Haak, 2006). Prevalens av sjukdom ökar mycket med stigande ålder framför allt efter 75 till 80-års ålder. Det sker en ökning av medellivslängden vilket medför att sjukdomar relaterade till hög ålder blir vanligare. Under 1997 var 30 procent av gruppen 75-79 år intagna en eller flera gånger på akutsjukhus. De äldre drabbas av samma sjukdomar som yngre men symtomatologin är ofta annorlunda och de

har flera sjukdomar samtidigt vilket kan göra symtomen ännu mera svårfångad (Rundgren, 2001). I en artikel av Gustafson, Jarnlo och Nordell (2006) diskuteras vikten av att arbeta förebyggande eftersom risken för fallolyckor ökar ju äldre man blir. Ett fall kan leda till arm- eller benbrott med långdragna besvär som följd. Som en del av teamarbetet är det därför viktigt att eliminera dessa risker genom fallprevention. Vidare skriver Gustafson et al. (2006) att kostnaderna av äldres fallolyckor för kommuner och landsting beräknas årligen uppgå till drygt 5 miljarder kronor och beräknas bli större i takt med att de äldre i samhället ökar. Om inte trenden bryts kommer efterfrågan på vårdresurser för fallolyckor att nästan fördubblas för landsting och kommuner inom några decennier. Trots flertalet patienter med fraktur som kräver sjukhusvård i Sverige är 75 år och äldre, blir de sällan utredda eller får behandling för att minska risken för ny fraktur. De flesta av dessa har sjukdomen osteoporos. Osteoporos hos frakturpatienter är oftast underdiagnostiserade och underbehandlade (Grimby & Grimby, 2001). Ålder är en dominerande faktor för rehabilitering eftersom äldre behöver mer tid än yngre personer för att uppnå oberoende. Personens tidigare hälsotillstånd har också en inverkan på rehabiliteringen hos äldre som drabbats av en fraktur. Äldre personer som drabbas av sjukdom får reducerad aktivitetsförmåga. De vanligaste svårigheterna är då att förflytta sig och att klä på sig byxor, strumpor och skor. Även att kunna resa sig från stolen, sängen, toaletten samt att komma i och ur badkar innebär ofta svårigheter (Connon, Lohman & Padilla, 2004). Detta medför stora risker då den nedsatta funktionsförmågan såväl kondition som muskelkraft kan ta lång tid att förbättra. Äldre sjuka patienter kräver direkt aktiv rehabilitering av sin skada, för att inte förlora funktion och fortsätta vara oberoende. Att vidmakthålla de äldres oberoende är väl så viktigt som andra medicinska behandlingar (Rundgren & Dehlin, 2004; Grimby & Grimby, 2001). Utmaningen i vår tid är att göra de äldres återstående år i livet så aktivt och hälsosamt som möjligt, och att forskning fokuserar på att undvika eller att minska åldersrelaterade sjukdomar eller handikapp, att bibehålla fysisk hälsa och funktion, öka sociala roller och ge stöd, samt minska social isolering (Bass-Haugen, J., Henderson, M. L., Larson, B. A., och Matuska, K, 2005).

## **1. 6. Äldre på akutintaget**

Att bli intagen på ett akutintag är för de flesta människor en ny och främmande situation, vilket kan medföra oro och ångest. Enligt Nyström, Nydén och Pettersson (2003) är det viktigaste på en akutmottagning det snabba medicinska omhändertagandet, men det är också viktigt att komma ihåg den psykiska omvårdnaden. Nyström (2003) menar att på akutmottagningen är det särskilt viktigt att ta hänsyn till det etiska, eftersom det finns så



många olika aktörer här. I studien av Kihlgren, Nilsson och Sørli (2005) beskriver sjuksköterskorna vikten av att förstå de äldre patienternas situation och att det inte räcker att vara medveten utan att även ta ansvar för att ge god vård. Nyström (2003) beskriver akut medicinskt omhändertagande som samarbete med andra vård- och behandlingsenheter, många olika professionella vårdgivare och vikten av information till anhöriga kan innebära att patientens centrala roll i vårdarbetet glöms bort. Ibland är det främst oro som orsakat ett besök på akutmottagningen. I samtliga fall är det viktigt att sjukhuspersonalen kan förstå de existentiella frågor som kan dyka upp. Enligt Kihlgren et al. (2005) är det viktigt med en balans mellan kunskap och empati. Vidare skriver Nyström (2003) att sjukvårdspersonalen bör försöka sätta sig in i patientens subjektiva upplevelser av kroppen och vad det uppkomna hälsohindret innebär för patienten, både praktiskt och existentiellt. Först då kan personalen ge patienten en omsorgsinriktad omvårdnad, som i sin tur kan leda till ett ökat välbefinnande under vistelsen på akutmottagningen. I en studie av Nyström et al. (2003) beskrivs att omvårdnad av äldre måste utvecklas för att dessa patienter skall känna sig mer säkra och trygga på en akutmottagning. Därför var det viktigt för oss att undersöka vad vi som arbetsterapeuter kan tillföra omhändertagandet av de äldre som besöker akutintaget. Litteratur och forskning saknas angående arbetsterapeutens yrkesområde på akutintaget.

## 2. Syfte

Syftet var att undersöka sjukvårdspersonalens omhändertagande av äldre patienter på ortopedens akutintag.

## 3. Metod

### 3.1 Urvalsförfarande

Inklusionskriterier för denna studie var den tjänstgörande sjukvårdspersonal som omhändertog ortopedpatienter över 75 år. Sjukvårdspersonalen blev vi tilldelade av en bemannings sekreterare på akutintaget. Exklusionskriterier var de patienter som inte kunde uttrycka eller medge vår medverkan.

#### 3.1.1 Undersökningsgrupp

Personalen i ortopedteamet arbetade i tre skift mellan 6.45 och 22.00 då nattpersonalen tog över. Teamet bestod av en ansvarig sjuksköterska och tre undersköterskor. Läkarna var inte fast placerade på akutintaget utan jourtjänstgjorde från sina olika kliniker. Sjuksköterskan

följde läkarens givna ordinationer och var ansvarig för smärtlindring, provtagning, förberedde patienter för inläggning med exempelvis rapport och att skriva namnband. Sjuksköterskan ansvarade också för kontakten med distriktssjuksköterska och hemtjänst vid hemgång. Undersköterskorna följde läkarens och sjuksköterskans givna ordinationer och var ansvariga för gipsteknik och gipsinformation. De arbetade gemensamt med att ta in patienterna på rummet, hjälpte till med av- och påklädning, att ta puls och blodtryck, EKG, förbandsteknik, omläggning samt assisterade läkaren vid suturering, ledtappning och luxationer. De hjälptes även åt med att beställa röntgen och transport, skriva in/ut patienter i journalföringsprogram och allmän patientomvårdnad.

### *3. 1. 2 Verksamhetsbeskrivning*

De patienter som själv sökte vård för ortopedskador på akutintaget kom in och anmälde sin skada till en sjuksköterska i receptionen. Sjuksköterskan gjorde den första sorteringen utifrån "triage" som betyder att sortera/prioritera. Grundtanken med "triage" är att identifiera en instabil patient som snabbt kan bli sämre samt att identifiera patienter som inte behöver ytterligare bedömning. "Triageprocessen" går ut på att tolka ett symptom, sälla, åtgärda och utvärdera (L.Ottosson, personlig kommunikation, 10 november, 2006). Akutintaget hade även ett mottagande team som förberedde och angav prioriteringsordningen. Därefter fick patienten sitta ner i väntrummet och vänta på att bli hämtad av sjukvårdspersonal från ortopedsidan. Ortopedpatienter som kom in via ambulanshallen blev placerade i ortopedens sänghall. Överrapportering skedde från ambulanspersonal till sjukvårdspersonal som sedan skrev in patienten i akutjournalen och gjorde en "triagebedömning". Patienten fick sedan komma in på ett undersökningsrum och träffa sjuksköterska och undersköterska som förberedde patienten inför läkarundersökningen. De klädde av patienten, tog prover, anamnes och smärtlindrade vid behov. När läkaren undersökt patienten ställdes diagnos och bedömning gjordes om hemskrivning, inläggning och/eller röntgen och vidare vård. Sjuksköterskan och undersköterskan utförde sedan sina arbetsuppgifter efter läkarens givna ordinationer. Som exempel beställde de tid för röntgen, transport, tog ytterligare prover och förberedde patienten för utskrivning till hemmet eller inskrivning på avdelning där fortsatt vård skulle ges. Arbetsterapeut och sjukgymnast kunde konsulteras via telefon vid behov mellan klockan 7.30 och 15.00. Via ett anslag på ortopedexpeditionen erbjöd de hjälp med goda råd, mobilisering, hjälpmedel och funktionsbedömningar då patienten skulle skrivas ut till hemmet. De var även behjälpliga med kontakter till kommunen.

### 3. 2 Metod och instrument för insamling av information

Vi valde att använda oss av strukturerad observation för att befinna oss i den pågående sociala miljön med syfte att göra en analys av sjukvårdspersonalens arbete på akutintaget. Direkt personlig kontakt genom observation av miljön har flera fördelar. Patel och Davidson (1994) menar att händelserna observeras i ett naturligt sammanhang i samma stund som de inträffar. Enligt Patton (2001) ger direkt observation observatören en bättre förståelse genom att fånga den kontext där sjukvårdspersonalen interagerar i. Att förstå kontext är viktigt för att få ett holistiskt perspektiv. Vi använde oss av ett strukturerat observationsprotokoll där vi i förväg bestämt vilka frågeområde vi avsåg att undersöka. Patel och Davidson (1994) menar att ett observationsschema med i förväg valda kategorier identifierar och fokuserar de avsedda observationsfrågorna mer korrekt. Vid val av frågeområde utgick vi från ADL-taxonomin domäner för att använda ett arbetsterapeutiskt instrument som teoretisk grund för vår observation. Instrumentet fokuserar på en persons aktivitetsförmåga avseende personlig vård och boende (Törnqvist & Sonn, 2001). (Figur. 2.)

Domän		Ja		Ja		Ja		Ja	Pro
<b>Fysisk innemiljö</b>	Boende	<input type="checkbox"/>	Villa	<input type="checkbox"/>	Lägenhet	<input type="checkbox"/>	Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fysisk utemiljö</b>	Närmiljö	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
<b>Social miljö</b>		<input type="checkbox"/>	Ensamboende	<input type="checkbox"/>	Sammanboende	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>Hjälpmedel</b>		<input type="checkbox"/>	Personlig vård	<input type="checkbox"/>	Förflyttning	<input type="checkbox"/>	Hushåll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>P-ADL</b>		<input type="checkbox"/>	Självständigt	<input type="checkbox"/>	Delvis	<input type="checkbox"/>	Total hjälp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I-ADL</b>		<input type="checkbox"/>	Självständigt	<input type="checkbox"/>	Delvis	<input type="checkbox"/>	Total hjälp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikat.</b>		<input type="checkbox"/>	Telefonera	<input type="checkbox"/>	Läsa	<input type="checkbox"/>	Skriva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SHT</b>		<input type="checkbox"/>	Ingen SHT	<input type="checkbox"/>	SHT ggr/v				<input type="checkbox"/>
<b>Kontakt</b>	Sjukhusat	<input type="checkbox"/>	Kommunat	<input type="checkbox"/>	Bist.handl	<input type="checkbox"/>	Annan	<input type="checkbox"/>	
<b>Information</b>	Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	Hemtjänst	<input type="checkbox"/>	Hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	
	Återbesök	<input type="checkbox"/>	Uppföljning	<input type="checkbox"/>	Tr. progr	<input type="checkbox"/>	Övrigt	<input type="checkbox"/>	
<b>Resultat</b>	Inskrivnen	<input type="checkbox"/>	Orsak:		Hemskrivnen	<input type="checkbox"/>			

Figur. 2. Observations protokoll

Pro= Om sjukvårdspersonal frågar om domänen innebär ett problem för patienten

P-ADL innefattar personlig vård, på/avklädning och toalettbesök.

I-ADL innefattar matlagning, äta/dricka, tvättning, städning, inköp och resor

### **3.3 Procedur**

Vi följde sjukvårdspersonal i arbetet med äldre personer under fyra vardagar. För att få så komplett data som möjligt täckte vi en större del av dagen. Detta genomförde vi genom att dela upp vår tid, en av oss observerade på förmiddagen och den andra på eftermiddagen. Som observatör hade vi en passiv roll där vi inte tog något initiativ till kontakt med patienten. Innan studien påbörjades gjorde vi en provobservation med sjukvårdspersonal och patienter som inte ingick i vår studie. Detta gjordes för att kontrollera om det fanns några brister i observationsprotokollet. Vid provobservationstillfället insåg vi att våra domäner var allt för många och detaljerade. Åtgärder vidtogs att revidera observationsprotokollet genom att reducera antalet domäner samt komplettera med fritextrader. På akutintagets ortopedexpedition inväntade vi de äldre personer som passade våra kriterier. Efter att vi fått patientens godkännande att närvara presenterade sjukvårdspersonalen oss för patienten och vi påbörjade vår observation vid anamnesupptag och undersökning. Vi avslutade observationen när sjukvårdspersonalen antingen gick till annan patient, skrev ut patienten till hemmet, skrev in patienten på avdelningen eller när vi slutade vårt observationspass.

### **3.4 Bearbetning av den insamlade informationen**

Efter avslutad observation granskade vi tillsammans våra observationsprotokoll. Därefter skrev vi rent och förtydligade resultaten genom att gå igenom varje patients observationsprotokoll och skrev ner vilka av domänerna som sjukvårdspersonalen hade berört eller inte berört. De berörda domänerna redovisades sedan i en tabell där vi även angav ålder, kön och inkomsorsak. De domäner som inte berördes redovisades också i resultatet.

## **4. Etiska överväganden**

Godkännande av studien försäkrades av Vårdvetenskapliga etik nämnden, VEN. Vi fick även skriftligt godkännande från vårdchefen på akutkliniken. Studien presenterades för personalen på akutintaget vid deras informationsmöte, då de även fick möjlighet att ställa frågor. Skriftlig information sattes också i personalens informationspärm. Det insamlade observationsmaterialet är anonymt och kommer att förstöras när studien är genomförd och avslutad. Observationsprotokollen förvaras så att inga obehöriga får tillgång till materialet. Vi omfattas även av sekretesslagen.

## 5. Resultat

Observationen resulterade i att endast få domäner blev ifyllda eftersom sjukvårdspersonalen inte frågade om dessa i så många fall. Vid de tillfälle när någon av sjukvårdspersonalen ställde frågor som stämde med våra domäner på observationsprotokollet, frågade de inte i något fall vidare om denna aktivitet upplevdes som ett problem för patienten. Resultatet baseras på vad sjukvårdspersonalen frågade patienterna under vårt observationspass. De domäner som inte berördes var I-ADL, Kommunikation, Kontakt och Information.

För att resultatet ska bli så överskådligt som möjligt har vi delat upp resultatet i de olika domänerna som berördes från vårt observationsprotokoll (*Tabell. 3.*).

Tabell. 3. Domäner som sjukvårdspersonalen berörde vid de tretton observationerna

	Kön	Ålder	Ink.orsak	E / S Boende b)	Boende	Hemtjänst	Hjm c)	P-ADL	Diagnos & Skada	Åtgärd	Iskr/ Hemsk d)
1	K	85	Fallit i hemmet	S	-	Make har hemtjänst	-	-	Höft fraktur	-	I
2	K	75	Fallit i hemmet	-	Korttids boende	-	-	-	-	-	-
3	K	77	Fallit av cykel	S	-	-	-	-	Knäskada Ingen fraktur	Tubigrip tappad på vätska i knä	H
4	K	90	Smärta höft, inget trauma	-	-	-	-	-	-	-	-
5	K	92	Fallit i hemmet, sår i hand och smärta höft	-	-	-	-	-	-	-	-
6	M	78	Fallit i hemmet	-	Särskilt boende	-	-	-	Axel fraktur	Collar´n cuff	H
7	M	75	Fallit i hemmet	E	Särskilt boende	-	Går självst.	-	Höft fraktur	Lasse kudde	I
8	K	92	-	-	-	-	-	-	-	-	I
9	K	75	Fallit utomhus. Remiss från ort.spec via rtg	-	-	-	-	-	Under arms fraktur	Gipsad	H
10	K	84	Smärta höft, inget trauma	-	-	-	-	-	-	-	-
11	K	89	Fallit i hemmet. Sår skada ben, smärta arm	-	-	-	-	-	Bäcken & överarms fraktur	Collar´n cuff	I
12	K	85	Fallit i hemmet	S	Lgh	Hemtjänst	Inga hjm	Ja	-	-	H
13	M	76	Fallit utomhus	S	Villa	Ingen	Går självst	-	Höft fraktur	Lasse kudde	I

a)Kvinna=K, Man=M

b)Ensamboende=E, Sammanboende=S

c)Hjälpmedel=Hjm

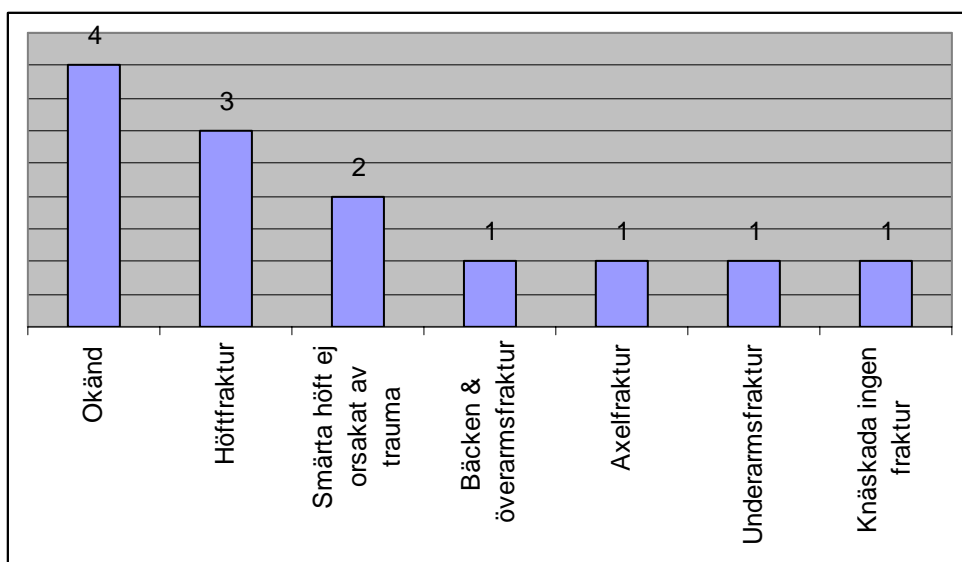
d)Inskriften=I, Hemskriften=H

Den sjukvårdspersonal vi följde träffade tretton patienter som stämde överens med våra kriterier. Patienterna var mellan 75 år och 92 år. Det var 10 kvinnor och 3 män.

I resultatredovisningen utgår vi från dessa tretton patienterna.

Av de tretton patienter vi mötte hade tio skador som var orsakade av fall, sju av dessa hade fallit inomhus och tre hade fallit utomhus (Tabell. 3.).

Figur 4 visar att av de tretton patienterna hade tre höftfrakturer, en hade bäckenfraktur samt överarmsfraktur, en hade axelfraktur, en hade underarmsfraktur och en hade knäskada, på grund av fall. Två patienter hade inte varit utsatta för något trauma som orsak till skadan utan sökte för tilltagande höftsmärta. För övriga fyra patienter är diagnos och/eller skada oklar, eftersom sjukvårdspersonalen inte träffade dessa patienter ytterligare under observationspasset.



Figur. 4. Diagnos och skador av de tretton patienterna

Fem av dem som fallit blev tillfrågade om hur de bodde. En var boende på korttidsboende, två på särskilt boende, en i villa och en i lägenhet, övriga åtta patienter tillfrågades inte. De två som bodde i lägenhet och villa blev även tillfrågade om de var ensamboende eller sammanboende. Båda var sammanboende.

Av de tretton patienterna blev tre tillfrågade om de hade hjälpmedel. Ingen av dessa patienter hade något hjälpmedel sedan tidigare och ingen av sjukvårdspersonalen frågade vidare om detta upplevdes som ett problem för patienten. Dessa tre hade fallit, två i sitt hem och en på

sin tomt. Två blev inskrivna till avdelning och en utskriven till hemmet. Den kvinnan som blev utskriven till hemmet blev även tillfrågad om hemtjänst, vilket hon hade sedan tidigare.

Förutom tidigare nämnda kvinna blev ytterligare tre av tretton patienter utskrivna till hemmet, dessa blev inte tillfrågad om hemtjänst. Fem patienter blev inskrivna på avdelning. Två av dessa blev tillfrågade om hemtjänst. Som tidigare nämnts är det okänt var resterande fyra patienter tog vägen på grund av sjukvårdspersonalen gick vidare till annan patient eller att observationspassen avslutades för dagen.

Ingen av patienterna blev informerade av sjukvårdspersonalen om möjligheter till vidare kontakt med andra yrkesprofessioner, hemtjänst, träningsprogram och övrigt.

Arbetsterapeuten konsulterades inte under våra fyra observationsdagar.

## 6. Diskussion

### 6.1 Metoddiskussion

Patel och Davidson (1994) menar att förutsättningen för god reliabilitet är att observatören är tränad och genom att observationen är strukturerad. Vi är medvetna om att vi är oerfarna observatörer och att detta kan ha påverkat vårt resultat. Genom att vi använt oss av ett strukturerat observationsprotokoll som reviderats efter provobservation har vi ökat tillförlitligheten. För att fördjupa kunskapen kring omhändertagandet, hade en större studie där vi följt patienten istället gett mer omfattande information att arbeta med. Eftersom vi följde sjukvårdspersonalen medförde detta att vi inte kunde följa någon patient under hela deras vistelse på akutintaget och därmed inte observerat allt.

Vid provobservationen upplevde vi att det kändes obekvämt för oss att vara två eftersom det redan fanns många olika personer i de små undersökningsrummen. Därför valde vi att utföra observationerna en och en med en gemensam överrapportering, så att den som observerade på eftermiddagen skulle kunna fortsätta följa samma patienter som observatören på förmiddagen gjort. Från början var det bestämt att vi skulle följa en sjuksköterska men detta gick inte att genomföra. Eftersom sjuksköterskan var ensam i ortopedteamet följde hon inte en och samma patient hela tiden, utan ansvarade för alla patienter. Därför följde den sjukvårdspersonal som mötte de patienter vilka passade våra inklusionskriterier.

Vi valde att observera under fyra vardagar mellan klockan 08.00 och 16.00 eftersom det var rimligt för studiens storlek och tid samt att det är den vanligast förekommande arbetstiden för



arbetsterapeuter. Det visade sig dock att förmiddagens observationspass innehöll få patienter som passade våra kriterier. Därför tror vi det hade varit bättre att utföra observationerna mellan klockan 11.00-20.00 då patientflödet var större. I en studie av Hendriksen och Harrisson (2001) beskrivs att många patienter besöker akutintaget utanför arbetsterapeutens ordinarie arbetstid.

Det var sjukvårdspersonalen vi avsåg att observera men eftersom det var patienter närvarande vid våra observationer, var vi medvetna om att de kunde uppfatta oss som övertaliga och uppleva det som en jobbig situation med många personer i undersökningsrummet.

Sjukvårdspersonalen presenterade oss för patienterna och frågade om de godkände vår närvaro. Vi tog även hänsyn till att sjukvårdspersonalen kunde känna sig kontrollerade av att vi observerade dem. Vi var därför tydliga med att förmedla att vi inte skulle involvera oss i deras arbete med patienterna, utan endast fysiskt närvara. Sjukvårdspersonalen och patienterna var anonyma och kunde när som helst be oss avsluta observationen.

Vi kom fram till att observationsmetoden var den bästa metod för att få förstahands information av vad sjukvårdspersonalen verkligen frågade patienterna på akutintaget. Genom att använda enkäter hade sjukvårdspersonalen blivit begränsad genom att svara på våra valda frågor. Det finns också en risk att de hade svarat på det sätt som de hade önskat bemöta patienterna, men som verkligheten kanske inte tillåter. Genom intervju hade vi fått ta del av sjukvårdspersonalens selektiva upplevelse, vi hade också fått lita helt på den andrahands information vi fått. Detta påstående styrks av Repstad (1993) som menar att intervjuundersökningar och textanalyser ofta bara ger indirekt och andrahandskunskap. Observation beskrivs av (Patton, 2001; Repstad, 1993) vara förstahands upplevelser av att befinna sig i den miljö och med de personer man har för avsikt att observera samt tillåter observatören att vara öppen. Genom att vara på plats, har observatören mindre behov av att lita på föregående föreställning av miljön, om dessa tidigare föreställningar är från skrivna dokument eller verbal information. Ytterligare fördelar är enligt Patton (2001) att observatören har möjlighet att observera händelser som genom rutin försvinner ur medvetandet hos sjukvårdspersonalen i miljön. Man får även chansen att få kunskap om saker som personer kan vara ovilliga att prata om i en intervju, speciellt till okända människor. Vår roll som passiv observatör blev svårare dag för dag. Detta tror vi berodde på att sjukvårdspersonalen dels accepterade vår närvaro och kände förtroende för oss genom att be om hjälp vid enklare omvårdnadsuppgifter, dels därför att vi själva blev mer vana vid miljön och arbetsrutiner efterhand på akutintaget. Genom att vi var behjälpliga med enklare omvårdnads uppgifter kändes det som vi fick förtroende av sjukvårdspersonalen och på så sätt

fick vi delta i deras naturliga arbete. Enligt Patton (2001) kan utförandet av en passiv observation få sjukvårdspersonalen att känna osäkerhet och aggression gentemot observatören om denna intar en total passiv roll. Detta kan lösas genom att hitta en balans i det sociala samspelet utanför observationssituationen. Det var en fördel för oss som observatör att inte vara förtrogen med miljön och arbetsrutiner sedan tidigare, eftersom vi på så sätt var mer öppna för alla intryck vi fick via miljön och sjukvårdspersonalen. Repstad (1993) menar att observatören bör gå in i en gästroll samt klart uttrycka sitt intresse för det man får veta och höra på fältet och att delta i samtal om vardagliga saker skapar en god grund för kommunikation. Det blev en utmaning för oss som blivande arbetsterapeuter att inte använda vår kunskap vid de möten med patienter där vi upplevde att behov av arbetsterapeutiska frågor fanns. Även om det inte var vårt syfte blev det uppenbart för oss att arbetsterapeuten också hade kunnat instruera sjukvårdspersonalen om hjälpmedelsanvändning och ergonomiskt riktiga arbetsställningar.

## **6. 2 Resultatdiskussion**

Resultatet av vår observation visade att få frågor ställdes av sjukvårdspersonalen med anknytning till arbetsterapeutens område. Enligt Patton (2001) kan observation av det som inte händer vara något av det viktigaste bidraget en observationsanalys kan ge eftersom det ger tillgång till information om det som ingen tänkt på att begära. Vi kan inte heller förvänta oss att sjukvårdspersonalen ska kunna ställa "våra" frågor. Varje yrkesområde är unikt inom sin specialitet. Enligt FSA (2005) är arbetsterapeutens yrkesområde unikt genom sin kunskap om aktivitetens betydelse och värde för oberoende. Resultatet visade också att tio av patienterna hade fallit och detta resultat tyder på att fallprevention är en viktig aspekt att tänka på vid omvårdnad om äldre. I studien av Gustafson et al. (2006) beskrivs att flera länder i Europa har lagar om fallförebyggande verksamhet. För att hindra onödigt lidande och minska kostnader är det av största vikt att även Sverige arbetar förebyggande med fallpreventiva åtgärder i ett så tidigt skede som möjligt. Räddningsverket (2006) skriver att genom skadeförebyggande arbete hade 4 200 höftfrakturer i Sverige kunnat undvikas, vilket skulle motsvara en kostnadsminskning på ca 1 miljard kronor.

För att öka arbetsterapeutens förmåga att planera relevanta och effektiva interventioner måste dessa ställas i relation till personens kulturella och sociala nätverk, fysiska miljö samt tillfälliga faktorer på grund av skadan (Dunn et al., 2002).

Om arbetsterapeuten varit en del av arbetsteamet på akutintaget hade följande interventioner för de patienter vi träffade kunnat göras. När det gäller de fyra patienter som blev utskrivna till hemmet anser/tror vi att en arbetsterapeut hade kunnat bidra med att ta en grundlig anamnes för att få reda på vad patienten upplever som hinder i vardagligt aktivitetsutförande. Arbetsterapeuten hade också arbetat med prevention av fallolyckor genom att informera patienterna om orsaker och risker till fall samt provat ut eventuella hjälpmedel och instruerat om dessa. För tre av patienterna som inte hade hemtjänst sedan tidigare, hade arbetsterapeuten initierat kontakt med en hemvårdsinspektör för eventuell vårdplanering i hemmet samt talat om vilka hjälpbehov som observerats. För den fjärde patienten som hade hemtjänst sedan tidigare hade kommunarbetsterapeuten kontaktats och som på så sätt varit bättre förberedd vid nästa möte med patienten. Detta tror vi hade effektiviserat och ökat kvalitén på vården av äldre både på kommun och på landstingsnivå.

Arbetsterapeuten hade också kunnat medverka för att ta beslut vid oklara fall om hemgång eller inskrivning på avdelning eller för vidare kontakt med distriktsarbetsterapeut. Under våra observationsdagar inträffade inte detta.

På de fyra patienter som blev utskrivna till hemmet hade arbetsterapeuten kunnat utföra gipsning på en av patienterna. Handen har en central roll i människans liv, därför kan en handskada skapa stora problem när det gäller utförandet av vardags aktiviteter (Lundborg, 1999). Med arbetsterapeutens kunskap om händer och ortoser kunde detta ha varit en lämplig arbetsuppgift. Detta är en arbetsuppgift som undersköterskan utför idag. Arbetsterapeuten hade i samband med detta gett information om hur patienten skulle träna och rehabilitera sig på bästa sätt, uppföljning hade utförts via tidsbeställning eller telefonsamtal.

Kvinnan som kom in på akutintaget för att hon fallit i hemmet och inte hade någon fraktur blev hemskriven utan att någon tog vidare kontakt eller intervjuade henne för att ta reda på hur hennes hemsituation fungerade. Hon hade inga hjälpmedel sedan tidigare men hon hade hemtjänst som hjälpte henne med personlig vård. Vi hade tagit kontakt med kommunen för att undersöka om kvinnan var i behov av utökade insatser som t.ex. hjälpmedel, ytterligare hemtjänst och bostadsanpassning. Gustafson et al., (2006) skriver att arbetsterapeuten kan ge råd och tips för att se över hemmet med till exempel att ta bort lösa mattor, fästa upp lösa el sladdar, informera patienten om att ha tänd lampa vid nattliga toalettbesök, använda stabila välsittande skor, separata läsglasögon för att undvika gående med dubbelslipade glasögon, trådlös telefon, borttagning av trösklar, sätta upp stödhandtag vid badkar och toalett, fästa en ledstång i trappan samt markera trapporna. Vidare kan information ges om aktivitet, kost och

motion, som förbättrar balans och styrka samt motverkar urkalkning av skelettet. Vid yrsel och balanssvårigheter kan arbetsterapeuten tillsammans med sjukgymnasten förskriva gånghjälpmedel.

Det var intressant att vara på akutintaget då denna verksamhet skiljer sig betydligt från våra tidigare upplevelser från andra avdelningar på sjukhuset. Miljön skiljer sig genom att händelserna på akutintaget är så oförutsägbara. Många personer rör sig på intaget, det är patienter, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, studenter, anhöriga, ambulans/transportpersonal, Röda-Kors värdinnor med flera. Ibland finns det 200 personer samtidigt på akutintaget (L.Ottosson, personlig kommunikation, 10 november, 2006). Sjukvårdspersonalen flyttar patienter in och ut ur behandlingsrummen för att på så sätt effektivisera omvårdnadsarbetet av patienterna. Detta ger läkaren fler tillfälle att undersöka/diagnostisera patienter, och väntetiderna för patienterna blir något kortare. Men det innebär också att antalet patienter som ligger i korridoren ökar under dagen. Det blir oframkomligt och rörigt vilket ger sjukvårdspersonalen en svårarbetad miljö. Att flytta patienterna fram och tillbaka skapar stress för personalen som måste dokumentera varje förflyttning i ett datorprogram. Görs inte detta direkt blir det oklart var patienten befinner sig och vilket undersökningsrum som är ledigt. Mötet med patienten går snabbt vilket medför att sjukvårdspersonalen många gånger endast hinner utföra det medicinska omhändertagandet före vad skadan kan innebära för patientens hälsa och livssituation. Detta fenomen beskriver sjuksköterskor i en studie av Kihlgren et al. (2005). I ytterligare en studie av Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad och Vimo (2004) beskrivs att patienter som bemöts genom att bli sedda som hela individer, lyssnade på samt blir involverade i sin omvårdnad får en känsla av tillit till sjuksköterskorna. Vilket skapar ett klimat med mindre missnöje och osäkerhet. Även upplevelsen av väntetiden blev positivare då patienter och anhöriga fick ta del av information. Patienten befann sig i en utsatt situation där det inte ges möjlighet till avskildhet och integritet. Integritet beskrivs i en studie av Nyström et al. (2003) som att det antagligen är lättare att behålla sin personliga integritet genom att se till att ha en god relation med sjuksköterskan. Ett sätt kan vara att inte klaga på de långa väntetiderna för att bli vänligt bemötta. Däremot visar studien av Byrne & Heyman (1997) att patienten nästan aldrig bemöts utifrån detta holistiska omvårdnadsperspektiv eftersom detta ideal är omöjligt att upprätthålla.

Vi upplevde att arbetsterapeut och sjukgymnast var svårtillgängliga för sjukvårdspersonalen. Vi tycker att den nuvarande miljön och arbetsrutinernas utformning inte möjliggör arbetsterapeutiska insatser eftersom det inte finns rum tillgängliga för avskildhet. Eftersom

arbetsterapeuten inte finns på plats blir det inte naturligt för sjukvårdspersonalen att kontakta arbetsterapeuten. Om arbetsterapeuten varit stationerad i en lugn miljö som ansluter till akutintaget skulle arbetsterapeuten på så sätt ha blivit en naturlig resurs till arbetsteamet. En lugn miljö kan resultera i att patienterna upplever trygghet och oron minskar. Detta beskrivs i en studie av Kihlgren et al. (2004) att miljön på akutintaget brukar kunna medföra förvirring samt göra det svårt för äldre personer att förstå situationen. Vi tycker också att de långa väntetiderna för de äldre borde ses över eftersom den äldre kroppens reservkapaciteter är mindre, och är därför i större behov av ett snabbt omhändertagande. Nydén, Petersson och Nyström (2003) menar att akutvården måste förbättras för de äldre genom att "triagera" varje äldre patient med hänsyn till det sociala, psykologiska, funktionella status samt hinder för att ta en aktiv del i beslutstagandet av sina hälsorelaterade problem.

Under vår vistelse på akutintaget blev vi informerade om ett nytt projekt på akutintaget vilket ska startas inom kort (J. Wixell Callmer, personlig kommunikation, 6 november, 2006). "Triage ut" kommer detta projekt kallas vilket bemannas av undersköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast vardagar mellan klockan 11.00 och 18.00. Tanken med projektet är att förbättra omhändertagandet av patienter med följande kriterier; patienter som behöver instruktion eller utprovning av hjälpmedel, oklart om hemgång eller inläggning, patienter som väntar på röntgensvar och bedöms kunna gå hem efter svar, patienter som ska hem men ej kan hämtas inom 30-45 minuter, patienter som väntar på samtal med kurator innan hemgång, patienter med övervakningsbehov och klara inläggningsfall. Projektet kommer att bedrivas i fyra rum på akutintaget. Vår studie bekräftar nödvändigheten av att ytterligare undersöka vilka behov patienterna har och hur arbetsterapeuten kan bidra till att tillgodose detta.

### **6. 3 Konklusion**

Denna undersökning visar att många av patienterna hade fallit och att få frågor ställdes om patienterna upplevde problem i aktivitetsutförandet före olyckan/skadan samt hur de tror att det kommer att påverka dem vidare. För att summera våra upplevelser under vår observation på akutintaget, tycker vi att sjukvårdspersonalen gör ett fantastiskt arbete med patienterna. De har en extremt stressig miljö där de inte kan kontrollera antalet besökare. Tiden är en bristvara och under dessa förutsättningar kan man inte begära att de alltid ska hinna med något annat än det medicinska omhändertagandet. Det är vi arbetsterapeuter som är experter på att se hela personens livssituation ur ett aktivitetsperspektiv. Vi kan inte förvänta oss och att sjukvårdspersonalen ska kunna utföra våra arbetsuppgifter. Det är därför viktigt att alla

professioner ingår redan på akutintaget. Stora besparingar kan då göras genom tidiga interventioner för att undvika onödiga inläggningar, återbesök samt lidande för patienten genom förebyggande och uppföljande verksamhet. Detta förbättrar också sjukvårdspersonalens arbetsförhållande genom att öka effektiviseringen av vården kring patienten. Det skall bli intressant att följa projektet ”Triage ut” för att undersöka om arbetsterapeut och sjukgymnast förbättrar kvalitén av patientens omhändertagande på akutintaget samt vidare ut på samhällsnivå.

## 7. Referenslista

Akademiska Sjukhuset (2005). *Metodbok i arbetsterapi för ortopedi*. Uppsala: Arbetsterapiavdelningen, Akademiska sjukhuset.

Bass-Haugen, K., Henderson, M.L., Larson, B.A., & Matuska, K. (2005). *Occupational issues of concern in populations*. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, and J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational Therapy: Performance, participation, and well being* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 168-180). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Byrne, G., & Heyman, R. (1997). Understanding nurses' communication with patients in accidents & emergency departments using a symbolic interactionist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 93-100.

Connon, S.B., Lohman, H., & Padilla, R.L. (2004). *Occupational Therapy with Elders*. St.Louis: Elsevier Mosby.

Dunn, W., Brown, C., & Youngstrom, M.J. (2002). Ecological Model of Occupation. I P. Kramer, J. Hinojosa & C. Brasic Royeen (Red.), *Perspectives in Human Occupation* (sid. 222-263). USA: Lippincott Williams & Wilkins

Fleming, M.H. (1991). Clinical Reasoning in Medicine Compared With Clinical Reasoning in Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 988-996.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*.

Grimby, A., & Grimby, G. (2001). *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Haak, M. (2006). *Participation and Independence in Old Age – Aspects of Home and Neighbourhood Environments*. (avhandling för doktorsavhandling, Lunds Universitet).

Hedberg-Kristensson, E. (2006). *Experiences of participation in the prescription process and use of mobility devices in old age*. (uppsats för lic. examen, Lunds Universitet).

Hendriksen, H., & Harrison, R.A. (2001). Occupational therapy in accident and emergency departments: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 727-732.

Kielhofner, G. (2002). *Models of Human Occupation – Theory and application* (3<sup>rd</sup> ed). Baltimore: William & Wilkins.

Kihlgren, A.L., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Vimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scand Journal of Caring Sciences*, 18, 169-176.

Kihlgren, A.L., Nilsson, M., & Sørli, V. (2005). Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 601-608.

Lundborg, G. (1999). *Handkirurgi – skador, sjukdomar, diagnostik och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning. Om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M., Nydén, K., & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit – a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 22-26.

Nydén, K., Petersson, M., & Nyström, M. (2003). Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 268-274.

Patel, R., & Davidson, B. (1994). *Forskningmetodikens Grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Patton, M.Q. (2001). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. United States of America: Sage Publications Inc.

Persson, M., & Wingstrand, H. (2005). *Ortopedisk Grundbok*. Lund: Studentlitteratur.

Pohl, I-L. (1996). *Akutsjukvård*. Norrköping: Athena lär AB.



Repstad, P. (1993). *Närhet och distans. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Rundgren, Å. (2001). Sjuklighet hos äldre. I A. Grimby & G. Grimby (Red.). *Åldrandets villkor* (sid. 48-65). Lund: Studentlitteratur.

Rundgren, Å., & Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård. Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2001). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*.

Townsend, E (ed). (2002). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. (2nd edition) Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Törnqvist, K., & Sonn, U. (2001). *ADL-taxonomi – en bedömning av aktivitetsförmåga*. Nacka: FSA.

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård. Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Kristianstad: Studentlitteratur.

### **Personlig kommunikation:**

Jessica Wixell Callmer, Avdelningschef, UMAS

Lars Ottosson, Ansvarig Triagesjuksköterska, UMAS

### **Internet:**

Universitetssjukhuset MAS. (2006). Tillgänglig från <http://webb.malmo.i.skane.se/akut/>. Hämtad 2006-11-04.

Räddningsverket. (2006). Tillgänglig från

[http://www.raddningsverket.se/templates/SRV\\_AreaPage\\_\\_\\_14993.aspx](http://www.raddningsverket.se/templates/SRV_AreaPage___14993.aspx). Hämtad 2006-11-22.

Gustafson, Y., Jarnlo, G-B., & Nordell, E. (2006). *Fall och höftfraktur hos äldre går att förebygga*. Tillgänglig från <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=5043>. Hämtad 2006-11-22.