



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

MAGISTERUPPSATS

Omvårdnad avancerad nivå 30hp



Upplevelse av hemgång dagen efter en knä- eller höftplastik

En intervjustudie

Ann Grüneberger och Anna Tärnqvist

Omvårdnad avancerad nivå 15hp

Halmstad 170914

Upplevelse av hemgång dagen efter en knä- eller höftplastik

En intervjustudie

Författare:

Ann Grüneberger
Anna Tärnqvist

Ämne
Högskolepoäng
Stad och datum

Omvårdnad avancerad nivå
15 hp
Halmstad 2017-09-14

Titel	Upplevelse av hemgång dagen efter en knä- eller höftplastik- En intervjustudie.
Författare	Ann Grüneberger & Anna Tärnqvist
Sektion	Akademien för Hälsa och Välfärd
Handledare	Åsa Roxberg, Universitetslektor, Vårdvetenskap, Med dr
Examinator	Ingela Skärsäter, Professor i omvårdnad med inriktning mot hälsa och livsstil
Tid	Hösten 2017
Sidantal	26
Nyckelord	Fast-Track, Höftplastik, Innehållsanalys, Knäplastik, Patientupplevelse, Salutogenes.

Sammanfattning

Knä- och höftplastik är bland de vanligaste kirurgiska ingreppen och har en stor positiv inverkan för den enskilda individens livskvalitet. Det har utarbetats flera vårdmodeller för patientkategorin som genomgår en knä- eller höftplastik, dels för att minska vårdkostnader men även för att förbättra vården. Det behövs emellertid mera kunskap om patientens upplevelse eftersom vården är i ständig utveckling. Studiens syfte var att beskriva patientens upplevelse av hemgång från en specialiserad elektiv enhet, den första postoperativa dagen efter knä- eller höftplastik och första tiden efteråt. Telefonintervjuer utfördes med 12 patienter och analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys, med en induktiv ansats. Resultatet utmynnade i fem huvudkategorier med respektive underkategorier. Huvudkategorierna som framkom var; Den betydelsefulla hemmiljön, Information från sjukhuset, Oundvikligt hjälpbehov, Återhämtningens utmaningar och Hälsofrämjande kontakt. Informanterna delade en positiv upplevelse av hemgång den första postoperativa dagen och kunde hantera eventuella svårigheter på ett adekvat sätt, på egen hand eller med stöd av medskickad dokumentation, anhöriga eller kontakt med sjukhuset. Hemgång dagen efter knä- eller höftplastik upplevs som tryggt.

Title	The experience of home-coming the day after a knee or hip arthroplasty - an interview study.
Author	Ann Grüneberger & Anna Tärnqvist
Department	School of Health and Welfare
Supervisor	Åsa Roxberg, Assistant Professor, Nursing PhD
Examiner	Ingela Skärsäter, Professor of Nursing Science with focus on Health and Lifestyle
Period	Autumn 2017
Pages	26
Key words	Content analysis, Fast-Track, Hip arthroplasty, Knee arthroplasty, Patients experience, Salutogenesis.

Abstract

Knee and hip arthroplasty are among the most common surgeries available today and have a great impact on the quality of life of the individual. Several care models have been developed for patients having had knee or hip arthroplasty, not only to address the cost of healthcare, but also to improve the quality of the care itself. However, more knowledge about a patients experience following surgery is required as the care is continually progressing. The purpose of this study was to document the experience of a patient following a knee or hip arthroplasty. We aim to document their experiences returning home from a specialized elective unit, their first day post operation, as well as the initial period of recovery. Phone call interviews were carried out with 12 patients, and analyzed according to qualitative content analysis with inductive approach. The results were divided into five main categories, each with their own sub-categories. The main categories were; the importance of the home environment, information from the hospital, the necessity of help, challenges of recovery and health promotion contact. The participants reported a positive experience returning home after the first postoperative day and were able to handle potential issues in an adequate manner; on their own, with support from informative documentation, with help from relatives or through contact with the hospital. The experience of returning home the first day post operation, after a knee or hip arthroplasty is considered comfortable.

Innehållsförteckning

Sammanfattning

Inledning	1
Bakgrund	1
Vårdmodeller vid tidig hemgång.....	2
Omvårdnad	2
Teoretisk referensram	3
Problemformulering	4
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Urval	5
Datainsamling.....	6
Dataanalys	7
Etiska överväganden	8
Resultat	9
Den betydelsefulla hemmiljön	10
Skönt att komma hem	10
Anhöriga som möjliggörare	10
Välbefinnande.....	11
Information från sjukhuset	12
Nöjd med informationen.....	12
Önskemål om information	13
Oundvikligt hjälpbehov	13
Praktiska förberedelser	13
Det egna hjälpbehovet.....	14
Anhörigas stöd.....	15
Återhämtningens utmaningar	15
Utförande av vardagssysslor	15
Begränsningar i vardagen.....	16
Genomförande av träning	16
Hantering av fysiska besvär.....	17
Hälsöfrämjande kontakt	18
Trygghetsskapande telefonkontakt	19
Trygghetsskapande kontaktmöjlighet	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22

Konklusion..... 25

Implikation 26

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Informationsbrev

Bilaga B: Samtyckesblankett

Inledning

Vården av protesopererade personer har genomgått stora förändringar under kort tid bland annat gällande operationsmetoder, omvårdnadsåtgärder och utskrivningsprocesser. Vårdtiden har förkortats med flera dagar genom att nya vårdmodeller har utarbetats (Bernard & Foss, 2014; Husted, 2012; Kehlet & Thienpont, 2013; Van Den Eeden, De Turck & Van Den Eeden, 2017). Knä- och höftplastiker är vanligt förekommande operativa ingrepp (Gademan, Hofstede, Vliet Vlieland, Nelissen & Marang-van de Mheen, 2016). Enligt OECD (2016) (Organisation for Economic Cooperation and Development) är incidensen för knäplastik i Sverige 131 per 100 000 och 234 för höftplastik. Motsvarande siffror i Europa är 130 för knäplastik och 189 för höftplastik. Knä- och höftledsartros är de dominerande diagnoserna för en protesoperation (Gademan et al., 2016) och artros utvecklas oftast under lång tid (Litwic, Edwards, Dennison & Cooper, 2013). Artros drabbar uppskattningsvis 10 % av männen och 18 % av kvinnorna i OECD länderna (OECD, 2016). Smärta och rörelseinskränkning är symptom vid artros, som medför begränsningar i det dagliga livet för den individ som drabbas och är de vanligaste indikationerna för att genomgå en protesoperation (Choi & Ra, 2016; Gademan et al., 2016; OECD, 2016). En protesoperation ger möjlighet att fortsätta utföra fysiskt arbete eller fritidsaktiviteter (Litwic et al., 2013).

Bakgrund

På flera kliniker i Sverige och även utomlands har postoperativa vårdtider minskat, vilket medför att utskrivning till eget hem sker dagen efter kirurgisk operation eller inom några dagar (Cox, Cormack, Prendergast, Calestino, Willis & Witteveen, 2016; Husted, 2012; Reay, Horner & Duggan, 2015). Bara för några år sedan ansågs tidig hemgång vara flera dagar postoperativt (Husted, 2012). Tidig hemgång efter en protesoperation har inte visat sig ge ökade fysiska komplikationer (Husted, 2012; Kehlet & Thienpont, 2013). Vanliga postoperativa besvär är smärta, yrsel och illamående (Husted, 2012; Kehlet & Thienpont, 2013). Reay et al. (2015) beskriver bland annat att personlig frustration och social isolering förekommer vid tidig hemgång efter en höftprotesoperation. Van De Eeden et al. (2017) visar en hög patienttillfredsställelse, låg frekvens av återinläggning och få komplikationer, vid en vårdtid omkring 24 timmar i samband med höftplastik. En studie påvisar hög frekvens av fysiska besvär efter knäplastik och bensvullnad som det vanligaste förekommande, följt av smärta och sömnsvårigheter (Szöts, Pedersen, Hørdam, Thomsen & Konradsen, 2015). Choi & Ra (2016) beskriver i en systematisk litteraturstudie sambandet mellan olika faktorer och patientens tillfredsställelse efter knäplastik. Resultatet visade att om patientens förväntningar inte uppfylldes, upplevdes missnöje. Detta framkommer även i Johanson-Starks (2016) studie om patienters upplevelser av återhämtningsfasen efter utskrivning från sjukhus.

Vårdmodeller vid tidig hemgång

Benämningen Fast-Track som vårdmodell i samband med höft- eller knäplastik är vanligt förekommande och kan enligt Husted (2012) ses som en vårdfilosofi. Gemensamt för denna vårdmodell är fokusering på tidig postoperativ mobilisering, patientinformation, smärtlindring och ett tydligt och konsekvent förhållningssätt när det gäller förväntad vårdtid. (Husted, 2012; Kehlet & Thienpont, 2013; Van Den Eeden et al., 2017). Målet för vårdmodellen är en reducerad vårdtid, bibehållen patientsäkerhet och "nöjda" patienter (Husted, 2012; Specht et al., 2015). För att inte kompromissa med patientsäkerheten har Husted (2012) utformat utskrivningskriterier. Dessa är bland annat, att patienten självständigt behöver klara av vissa moment, exempelvis trappgång och toalettbesök. Husted (2012), framhåller även vikten av en specialklinik och specialutbildad vårdpersonal för att optimera Fast-Track modellen. Specht et al. (2015) beskriver en ökad aktivitet på en Fast-Track klinik, samt minskad vårdtid, vilket ställer högt krav på kompetens och behov av ändrade arbetsuppgifter. Med ökad aktivitet menas att exempelvis flera omvårdnadsåtgärder utförs under kortare tid med bibehållen personalstyrka (Specht et al., 2015). I Patientlagen (SFS 2014:821) står det att: *Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten* (Patientlag, SFS, 5 kap 1§). Resultatet från en studie av Berthelsen & Frederiksen (2017) beskriver sjuksköterskors svårigheter att individanpassa omvårdnad vid tidig hemgång. Jørgensen & Fridlund (2015) beskriver fyra förekommande copingstrategier hos patienter som genomgår höftplastik enligt en Fast-Track modell. Dessa strategier är för att försöka nå upp till förväntningarna beskrivna i Fast-Track modellen. Patienternas mål var att återfå den förlorade psykosociala- och fysiska integriteten, som varit hämmad preoperativt under lång tid (Jørgensen & Fridlund, 2016).

Vårdmodellen ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) är en annan benämning på en process som har samma egenskaper som Fast-Track. ERAS finns beskrivet för flera olika kirurgiska ingrepp (Bernard & Foss, 2014; Sibbern, Sellevold, Steindal, Dale, Watt-Watson och Dihle, 2016). En systematisk litteraturstudie av Sibbern et al (2016) beskriver patientens upplevelse av ERAS. Den visade fyra huvudteman; informationsöverföring, individualiserad behandling vs standardiserad, balansering av besvärliga symtom med förväntad snabb återhämtning och känsla av säkerhet efter utskrivning (Sibbern et al., 2016).

Omvårdnad

Svensk sjuksköterskeförening (2016) har definierat sjuksköterskans kärnkompetenser. Dessa är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, säker vård, informatik och förbättringskunskap. I Patientlagen (SFS 2014:821) står det att: *Patienten ska få information om... det förväntade vård- och behandlingsförloppet... väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård...* (Patientlag, SFS, 3 kap 1§). Information om operation och förväntat förlopp är en viktig del för att individen ska kunna förbereda sig väl både praktiskt som

emotionellt. Knier, Stichler, Ferber & Catterall (2015) beskriver att en strukturerad vårdprocess med tydlig information ökar patientens möjligheter att förbereda sig både före och efter operationen, vilket leder till en förbättrad förmåga till egenvård. Lika viktigt som faktakunskaper om ingreppet är att individens önskemål om information tillgodoses. I Patientlagen (SFS 2014:821) står det att: *Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen* (Patientlag. SFS, 3 kap, 7§). Genom ett personcentrerat förhållningssätt ges möjlighet för individen och sjuksköterskan att ingå ett partnerskap som bygger på både mellanmännsliga relationer och professionellt kunnande (Leksell & Lepp, 2015). Individens egen berättelse ska ligga till grund för på vilket sätt information ges och vilket innehåll som samtalet bör utgå ifrån. ICNs etiska kod beskriver sjuksköterskans ansvar för att individen *"får korrekt, tillräcklig och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt, som grund för samtycke till vård och behandling."* (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) har sjuksköterskan möjlighet att välja mellan att se individen och dennes resurser eller välja ett mer patogenetiskt synsätt, där individen blir till sin sjukdom. Genom att organisera vården utifrån ett personcentrerat perspektiv kommer individens och närståendes behov av information och kunskap kunna tillgodoses på ett mer effektivt sätt. Anhöriga såsom make, maka eller partner bör ses som en resurs för fortsatt säker vård i hemmet och behöver därför få ta del av sjuksköterskans information om vården (Johansson-Stark, 2016; Berthelsen & Kristensson, 2016). Patienten är ofta beroende av stöd i hemmet direkt efter hemkomsten (Bernard & Foss, 2014), då rehabiliteringsprocessen idag sker till största delen i hemmet med eller utan stöd från anhöriga (Johansson-Stark, 2016). Johansson-Stark (2016) menar att en individanpassad patientutbildning ger både patient och anhörig möjlighet att bättre hantera sin vardag och ta kontroll över sin situation, vilket i sin tur har en positiv inverkan på rehabiliteringen.

Teoretisk referensram

Antonovsky (1987) har utvecklat den salutogenetiska teorin där individen ses som en helhet vilken utgår från individens upplevelse av hälsa och ohälsa men även att individen är en del av sin omgivning. Teorin ses som ett komplement till det patogena synsättet (Antonovsky, 1987; Eriksson, 2015). Frågeställningen utgår från frågan kring varför någon drabbats av sjukdom. Antonovsky (1987) och Gassne (2008) framhåller tanken om att individen, trots sjukdom eller andra svåra förhållanden under livet kan uppleva hälsa i någon form. Den salutogenetiska teorin söker efter de faktorer som främjar hälsa och kan ses som den motsatta sidan till det patogena synsättet. Att identifiera dessa faktorer hos den enskilde individen kan ge möjlighet till att stärka förmågan till bibehållen hälsa och ge möjlighet till personlig mognad trots sjukdom. Antonovsky (1987) betonar vikten av att se människans förmåga att kunna anpassa sig till aktuell situation med så mycket bibehållen hälsa som möjligt, en ständig rörelse inom kontinuumet hälsa-ohälsa. Sense of Coherence (SOC) delas in i olika teman vilka är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1987).

Delarna kan också beskrivas som; Jag vet, Jag kan och Jag vill. Till skillnad från salutogenesen fokuserar det patogenetiska synsättet på sjukdom eller hur sjukdom kan förhindras, vilket kan leda till objektifiering av individen (Antonovsky, 1987).

Stressorer är en del av individens vardag och ska ses som en naturlig del av livet enligt Antonovsky (1987). Dessa behöver inte bekämpas utan hanteras på bästa sätt, vilket är motsatsen till det patogenetiska synsättet. I vilken utsträckning individen hanterat sina stressorer på ett balanserat sätt och inte skapar ohälsa, beror på hur väl komponenterna i SOC hanteras parallellt med de generella motståndsresurserna (GMR). GMR innefattar alla delar av livet bland annat fysiska, emotionella och livsåskådning. En stark SOC byggs av individens möjligheter till att reflektera kring sina GMR och därigenom identifiera vilka resurser som finns tillgängliga. Begriplighet kan uppnås genom att information från olika yrkesgrupper ges och därmed möjlighet till att bättre kunna identifiera och hantera de stressorer som kan uppkomma (Eriksson, 2015). Informationen som ges behöver omsättas till egen kunskap av individen, som därigenom kan bilda sig en uppfattning om vilka resurser som finns att tillgå, både egna och närståendes vilket då kan ge ökad hanterbarhet (Eriksson, 2015). Enligt Antonovsky (1987) är meningsfullhet den viktigaste komponenten eftersom den innehåller individens motivation.

Mittelmark et al. (2017) påvisar att en stark känsla av SOC ger bättre förutsättningar, välmående och resultat i samband med sjukhusvård än en låg känsla av SOC. Tidigare har Antonovsky (1987) hävdade att SOC är något som grundläggs under barn- och ungdomsåren och att utvecklingen avstannar i 30-års ålder. I boken Salutogenes- om hälsans ursprung (Eriksson, 2015) fortsätter denna diskussion. Forskningen visar att känslan av SOC utvecklas under hela livet (Nilsson, Leppnet, Simonsson & Starrin, 2010; Feldt, Lintula, Suominen, Koskenvuo, Vahtera & Kivimäki, 2007).

Problemformulering

Det finns ett begränsat antal kvalitativa studier som beskriver patientens upplevelse av tidig hemgång efter en protesoperation. Få studier beskriver upplevelsen av hemgång den första postoperativa dagen samt första tiden i hemmet. En fördjupad kunskap om den första tiden i hemmet kan exempelvis bidra till fortsatt utveckling av omvårdnaden. Ökad kunskap om vad som patienterna upplever som viktigt efter utskrivning möjliggör ett förbättrat stöd vid telefonkontakt, likaså att utveckla specifika omvårdnadsåtgärder riktade mot hemgång första postoperativa dagen. Vården av protesopererade personer är under ständig medicinsk och organisatorisk utveckling men vilken kunskap finns det för att vidareutveckla omvårdnaden? Hur upplever patienten det är att skrivas ut från sjukhuset dagen efter en knä- eller höftplastik?

Syfte

Studiens syfte var att beskriva patientens upplevelse av hemgång från en specialiserad elektiv enhet, den första postoperativa dagen och den närmaste tiden efter knä- eller höftplastik.

Metod

Design

För att fånga individens perspektiv på upplevelsen av hemgång dagen efter en knä- eller höftplastik och för att skapa en djupare förståelse för det upplevda, valdes en beskrivande kvalitativ metod för att besvara syftet. För att fånga en upplevelse är den kvalitativa intervjun en adekvat metod (Kvale & Brinkmann, 2014). En induktiv analys användes för att förutsättningslöst beskriva det valda fenomenet (Elo & Kyngäs, 2007). Verksamhetschefen för den elektiva enheten initierade och deltog aktivt i val av forskningsmetod.

Urval

Ett strategiskt urval genomfördes med inklusionskriterierna; patienter som genomgått en primär höft- eller knäprotesoperation för första gången och som skrevs ut den första postoperativa dagen. Den första postoperativa dagen är lika med dagen efter operationen. För att undvika patientens förförståelse för fenomenet gjordes valet att informanterna inte tidigare skulle ha genomgått en protesoperation. Informanterna skulle kunna tala och förstå svenska, vara över 18 år samt vara kognitivt adekvata och bo i ett eget hem. Informanter med olika tillgång till anhörigstöd var önskvärt för att öka variationen i analysen. En jämn fördelning mellan män och kvinnor eftersträvades (Tabell 1) för att få ett genusneutralt resultat. Exklusionskriterierna för att medverka var hörselnedsättning som försvårar muntlig kommunikation, demensdiagnos eller grav postoperativ förvirring. Ytterligare exklusionskriterier var behov av vårdplanering, att ha hemtjänst eller vara inskriven i kommunens hemsjukvård som innebar stöd av sjukvårdskunnig personal.

Samtliga informanter har vårdats på samma ortopediska klinik i södra Sverige. Upptagningsområdet för den aktuella kliniken är regionen i sin helhet men inkluderar även patienter från närliggande områden. På kliniken finns en specialiserad elektiv enhet, med inriktning på knä- och höftplastik, där arbetssättet är enligt processen för Fast-Track. Informanterna identifierades utifrån inklusionskriterierna tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska på utskrivningsdagen. Information om studien gavs personligen av magisterstudenterna inne på patientrummet. Informationsbrev (Bilaga A) samt samtyckesblanketten (Bilaga B) lämnades för genomläsning. Möjlighet till att ställa frågor gavs i samband med påskrift av samtyckesblanketten, vilket skedde innan hemgång.

Tabell 1. I tabellen beskrivs samtliga 12 deltagande informanter. Yngsta informanten var 45 år och äldsta 72 år med ett median intervall på 61 år.

Informant	Ålder	Kön	Typ av operation	Social situation
1	51-60	Man	Höftplastik	Hjälp av hustru hela dagen
2	61-70	Kvinna	Höftplastik	Ensamboende. Hjälp av barnbarn delar av dagen
3	61-70	Kvinna	Höftplastik	Ensamboende. Hjälp av vänner delar av dagen
4	71-80	Kvinna	Knäplastik	Ensamboende. Begränsad hjälp av son delar av dagen
5	41-50	Man	Höftplastik	Hjälp av hustru delar av dagen. Barn boende hemma
6	61-70	Man	Höftplastik	Hjälp av hustru hela dagen
7	61-70	Man	Knäplastik	Hjälp av hustru hela dagen
8	41-50	Kvinna	Höftplastik	Hjälp av make delar av dagen. Barn boende hemma
9	51-60	Man	Höftplastik	Hjälp av hustru hela dagen
10	61-70	Kvinna	Höftplastik	Hjälp av make hela dagen
11	51-60	Kvinna	Knäplastik	Hjälp av make delar av dagen
12	71-80	Kvinna	Knäplastik	Ensamboende. Hjälp av barn och grannar

Datainsamling

Det planerades inledningsvis att utföras intervjuer med omkring 10 informanter men det slutliga antalet blev 12 för att försöka tillgodose inklusionskriterierna. Tidsintervall för intervjuerna var mellan dag 5-11 efter utskrivning och perioden för intervjuerna var mellan april och maj 2017. Telefonintervju valdes för att undvika geografiskbegränsning av informanter. Telefonintervjuerna spelades in via högtalar-telefon och båda magisterstudenterna närvarande. Intervjusituationen säkrades genom att de genomfördes i ett särskilt rum på kliniken. Vid inspelningsmomentet låstes dörren och märktes med stör ej. Innan telefonintervjun startade upprepades frågan om samtycke till att delta i studien. Under intervjuerna ställde student 1 frågorna och förde samtalen med informanten medan student 2 ansvarade för inspelning samt stödanteckningar. Denna fördelning alternerade så att båda studenterna fungerade som intervjuare i hälften av intervjuerna.

Tiden för varje intervju varade mellan 15-35 minuter. För att testa frågornas tydlighet och relevans genomfördes två provintervjuer som inte inkluderades i resultatet. En öppen inledningsfråga användes där informanten uppmuntrades att tala fritt om sin upplevelse och följdfrågor ställdes därefter för att svara mot syftet (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2014). De öppna frågorna som ställdes var; Hur upplevde du det att få komma hem dagen efter operationen? Vad har varit viktigt för dig i samband med hemkomsten? Följdfrågorna baserades på tidigare forskning och magisterstudenternas egna erfarenheter av omvårdnadsarbete på den elektiva enheten. Alla personuppgifter avidentifierades och kodades med nummer enligt Informant 1, 2, 3 och så vidare. Allt material behandlades konfidentiellt och förvarades i ett låst dokumentskåp på den elektiva enheten. Efter att ljudfilen hade transkriberats raderades innehållet. Det var enbart magisterstudenterna och deras handledare som hade tillgång till materialet före den slutliga presentationen. Det utskrivna studiematerialet destruerades efter att studien färdigställts.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades genom induktiv innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2007). Enligt Polit & Beck (2014) och Graneheim & Lundman (2004) samt Graneheim, Lindström & Lundman (2017) innebär en kvalitativ innehållsanalys att textens framträdande berättelse fångas. Denna delas upp i meningsenheter som svarar mot syftet och därefter kondenseras. De kondenserade meningsenheterna förses med en kod som speglar textens betydelse. Koderna förs därefter samman utifrån likheter och skillnader, där det sedan sker en abstraktionsprocess, som leder till kategorier och underkategorier. Målet med den kvalitativa innehållsanalysen är att ny kunskap ska genereras (Elo & Kyngäs, 2007; Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Polit & Beck, 2014).

Efter varje genomförd intervju lyssnade båda magisterstudenterna till det inspelade materialet och reflekterade gemensamt om det övergripande innehållet. Den transkriberade texten lästes enskilt vid upprepande tillfällen av magisterstudenterna för att fånga en helhetskänsla av innehållet. Nästa steg i analysprocessen innebar att de meningsbärande enheterna, som svarade mot syftet, identifierades och markerades i texten för att därefter kondenserades och slutligen kodas. Koder med liknande innebörd färgmarkerades. Färgmarkeringen representerade de olika kategorierna. Processen utfördes av magisterstudenterna enskilt för att sedan diskuteras och jämföras. Beslut om meningsbärande enheter, kondenserade meningsenheter och koder gjordes gemensamt av båda magisterstudenterna.

Med stöd av handledaren har materialets koder sammanförts till huvudkategorier med tillhörande underkategorier. I analysen ingår både manifest och latent innehåll då även tolkning av textens betydelse ligger till grund för huvudkategorierna med respektive underkategorier (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017).

Tabell 2. Tabellen visar exempel på analysprocessen där meningsenheter kondenserats till en mindre mängd text. Koden utgör textens egentliga betydelse och kategorierna består av många sammanförda koder. Underkategorierna bidrar till att tydliggöra resultatet.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Underkategori
"(...) Och att jag har en trygghet att kunna kontakta dem om jag vill, om jag är orolig. Det kan jag tycka är viktigt." Informant 10.	Trygghet att kunna kontakta om jag vill. Det är viktigt	Kontakt- möjlighet är trygghet	Hälso- främjande kontakt	Trygghets- skapande kontakt- möjlighet
"Har förberett matlådor för att underlätta och så har jag handlat så att jag hade det mesta hemma. Så städade jag och så innan så att man inte skulle ha för smutsigt." Informant 2.	Förberett matlådor, handlat och städade för att underlätta	Underlätta med förberedelser	Oundvikligt hjälpbehov	Praktiska förberedelser
"Det är ju så att min läkning blir bättre av att vara hemma. Jag tror inte att ligga i en sjukhussäng (...) blir bättre än att jag kan göra samma sak hemma." Informant 1.	Läkning blir bättre av att vara hemma	Bättre läkning i hemmet	Den betydelsefulla hemmiljön	Välbefinnande

Etiska överväganden

I enlighet med The World Medical Association (WMA, 2016) värnades det om informanternas integritet och anonymitet. Informationsbrevet (bilaga A) till informanterna innehöll information om studien. Vidare betyder det att medverkan när som helst kunde avbrytas utan att orsak behövde anges och att patientens vård på kliniken inte påverkas. Skriftligt samtycke inhämtades och innan intervjustarten ställdes frågan åter om samtycke. För att undvika etiskt dilemma, mellan informant och intervjuare, har magisterstudenterna inte varit omvårdnadsansvarig sjuksköterska till någon av informanterna.

Informanterna är i en sårbar situation och en telefonintervju kan innebära en extra påfrestning. Genom en medverkan i studien fanns det risk för emotionell påverkan i samband med intervjun och tiden efteråt (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2014), där intervjufrågorna kunde väcka negativa känslor, som exempelvis ensamhet eller rädsla, har uppmärksammats. Det var därför viktigt att vara lyhörd för hur informanten mådde och inte forcera en intervju. Både i informationsbrevet och efter avslutad intervju erhöll informanterna information om att kontakta magisterstudenterna eller sjuksköterska på den elektiva enheten, om frågor eller bekymmer

skulle uppträda efter avslutad studie. I de fall extra telefonrådgivning skett har samtalet dokumenterats i sjukhusets befintliga journalsystem. Om namn eller andra identifierbara kännetecken skulle uppenbara sig i samband med transkriberingen, utelämnades dessa. Utskrivna citat i resultatet kan enbart identifieras av den enskilda informanten.

Tillstånd har erlagts av personuppgiftsombudet på aktuellt sjukhus och studien följer personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Etiskt godkännande från Regionala Etikprövningsnämnden i Lund har inhämtats och har registreringsnummer, Dnr 2017/39.

Resultat

Resultatet av analysen visar att hemgångssituationens samtliga aspekter hanterades av den enskilda informanten med hjälp av anhöriga eller i samråd med sjukvården via telefon. Ingen av informanterna var i behov av sjukhusvård mellan hemgångsdatum och intervjutillfället. Analysprocessen resulterade i fem huvudkategorier med respektive underkategorier (Tabell 3). Resultatet presenteras i löpande text med utvalda citat för att tydliggöra informanternas upplevelse av hemgång den första postoperativa dagen.

Tabell 3. Tabellen visar resultatets huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategorier	Underkategorier
Den betydelsefulla hemmiljön	<ul style="list-style-type: none"> ○ Skönt att komma hem ○ Anhöriga som möjliggörare ○ Välbefinnande
Information från sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nöjd med informationen ○ Önskemål om information
Oundvikligt hjälpbehov	<ul style="list-style-type: none"> ○ Praktiska förberedelser ○ Det egna hjälpbehovet ○ Anhörigas stöd
Återhämtningens utmaningar	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utförande av vardagssysslor ○ Begränsningar i vardagen ○ Genomförande av träning ○ Hantering av fysiska besvär
Hälsöfrämjande kontakt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trygghetsskapande telefonkontakt ○ Trygghetsskapande kontaktmöjlighet

Den betydelsefulla hemmiljön

Hemmiljön beskrevs av informanterna som mycket värdefull för återhämtningen efter protesoperationen. Frasen *"Det var skönt att komma hem"* upprepades flitigt och inleder beskrivningen av hemmiljöns betydelse. För att hemgången den första postoperativa dagen skulle vara genomförbar, framkom det att anhöriga var den viktigaste resursen för informanterna. Olika beskrivningar av välbefinnande i hemmiljön förklaras därefter.

Skönt att komma hem

Majoriteten av informanterna upplevde det som skönt att komma hem till hemmiljön. Hemkomsten kändes som en trevlig upplevelse och tillgången till egna saker beskrevs som viktig. Två betydelsefulla komponenter som särskilt framhölls var den egna sängen och hemlagad mat. En informant gav uttryck för att det besvärliga med att komma hem övervägdes av tillgången till egna saker i hemmet. Kännedom om det egna hemmet, alltså vetskapen om alla sakers plats i hemmiljön, var en bidragande faktor till att det var skönt att komma hem från sjukhuset.

"Det var skönt att komma hem, att det va (...) Det var väl skönt samtidigt och komma hem och kunna lägga sig i sin egen säng" Informant 11.

"Allting går ju... men det onda övervägs av att komma hem. Att ha alla grejer och vet vart allt är och så" Informant 6.

Anhöriga som möjliggörare

De informanter, som hade en make eller maka hemma, uttryckte specifikt att utan deras närvaro hade hemgången varit svår. Att ha en nära anhörig i hemmiljön beskrevs som en förutsättning för att den tidiga hemgången efter operationen skulle kunna genomföras. Hemgång dagen efter en protesoperation hade inte varit genomförbar utan anhörigas aktiva medverkan.

"Jag kan säga så här att hade jag inte haft min älskade make så hade jag inte fixat det" Informant 10.

"Det var ju att det var någon här så jag hade hjälp för jag hade aldrig klarat det själv ju. Mitt barnbarn har vart hos mig lite då och då. Det har varit mycket bra"
Informant 2.

Ensamboende informanter beskrev exempelvis barn, barnbarn, grannar eller nära vänner som möjliggörare vid hemgången. En kontinuerlig tillgång till hjälp sågs inte som en avgörande faktor för en tidig hemgång, utan även sporadisk hjälp ansågs värdefull. Gemensamt för alla informanter var sambandet mellan tillgången på hjälp

och stöd av andra, för att en hemgång dagen efter protesoperationen skulle vara en behaglig upplevelse.

Välbefinnande

Hemkomsten dagen efter operationen beskrevs som en positiv upplevelse och hemmiljön innebar trygghet. Flera var förvånade över hur smidig hemkomstprocessen varit. En informant beskrev en upplyftande och euforisk känsla av, dels att operationen gått bra och dels att processen runt omkring varit välfungerande. Informanterna hade inte i förväg föreställt sig att så tidigt uppleva starkt välbefinnande i den postoperativa återhämtningen i hemmiljön.

"Jag var upplyft på något sätt att ha varit med om ett ganska stort ingrepp (...) Och hela upplevelsen gjorde så att man var lite euforisk känsla utav att ha varit med om någonting stort och att allt verkar att fungera både det runtomkring en och i kroppen. Det var en upplyftande känsla. Mycket positivt" Informant 1.

En lättnadskänsla över att operationen var avklarad och att vara tillbaka i hemmet beskrevs. De informanter som hade väntat länge på att bli opererade uttryckte en lättnad över att åter vara i hemmiljön. En lättnadskänsla över att komma hem upplevdes även för de som oroat sig inför själva operationen.

"Det var skönt. Att jag har klarat det här. Att det blivit av för jag har ju gått i så många år och varit dålig i benet. Har liksom inte tagit det steget" Informant 4.

Tron på att hemmiljön kunde vara läkande beskrevs och att den därmed kunde påskynda tillfrisknandet. Vantrivsel i sjukhusmiljö sågs som en bidragande orsak till att hemmiljön kändes som en bättre miljö för återhämtning. Hemmiljön upplevdes trygg och trivsam och bidrog till informanternas välbefinnande.

"Hemmamiljö är ju alltid hemmamiljö. Jag tror på något sätt att man läker snabbare när man kommer hem (...) man känner sig tryggare på något sätt" Informant 2.

"Jag tyckte det var skönt att det var tyst och lugnt och ingen som liksom störde precis (...) och det är väl också det som jag kan tycka är skönt att man har varit själv hemma att man har kunnat vara uppe det man orkar och sedan har man kunnat gå och lägga sig, så kan man sova en stund" Informant 8.

Att vara ensam under dagtid upplevdes av flertalet informanter som positivt och skönt. Den lugna hemmiljön möjliggjorde vila och tid för återhämtning, vilket gav energi över till umgänge med anhöriga. Självbestämmande över sin dagsplanering beskrevs som ytterligare en fördel med ensamhet under dagen. Det ansågs viktigt att själv bestämma över när vila, respektive fysisk aktivitet var bekvämt att utföra.

Ensamheten utgjorde ingen otrygghet för de informanter som uppskattade att vara ensamma både korta och längre stunder. Någon föredrog att vara ensam i hemmet under hela dagarna, medan make/maka jobbade och barnen var i skolan.

Information från sjukhuset

En stor del av berättelserna om hur den tidiga hemkomsten gestaltade sig handlade om information i någon form. Informanterna delade en positiv syn på den information som sjukhuset bidragit med och kände sig därmed nöjda. Det fanns ett behov av att delge informationen vidare till anhöriga. Även om informationen upplevdes som bra, uttrycktes önskemål om utökning av informationen. Detta tas upp i kategorins sista del där även förbättringsförslag omnämns.

Nöjd med informationen

Den information som erhöles från sjukhuset beskrevs som omfattande, lättförståelig och underlättande för hemkomsten från sjukhuset den första postoperativa dagen efter protesoperationen. Majoriteten upplevde sig nöjda med den informationen som sjukhuset bidragit med. Den beskrevs som en av de viktigaste komponenterna i samband med den tidiga hemkomsten och då menades både den skriftliga och den muntliga. Informationsmängden beskrevs som stor och svår att ta till sig i början, men därefter upplevdes innehållet som tillförlitligt och ändamålsenligt.

"Det viktigaste för mig har varit stöd i hur jag ska ta mina mediciner, vad jag kan förvänta mig utav bandaget det vill säga, ser det bra ut eller inte bra ut. Den dokumentation som då sjukvården då skickat med tycker jag har varit det viktigaste i samband med hemkomsten. Det är den jag har förlitat mig på" Informant 1.

"Jag har haft informationen liggande jämte mig och när jag haft benet i högläge, så ibland har det varit lite frågor, så då har jag läst en gång extra även om jag vet vad det stod. Så läser jag i alla fall för att försäkra mig om att läst rätt" Informant 9.

Bilder i den skriftliga informationen bidrog till att jämföra med den egna situationen och beskrevs som bra och värdefulla. Färgbilder på olika förbandsscenarioer tillförde viktig kunskap om när det egna förbandet behövde bytas eller när en omläggning av förbandet kunde vänta. Det fanns ett behov av att läsa informationen flertalet gånger, som en försäkran om att den uppfattats på rätt sätt. Den skriftliga informationen gjorde det lättillgängligt att upprepade gånger läsa allt material om så behövdes.

"Alla som velat och fått i familjen har tagit del av informationen" Informant 6.

"Hon har ju läst pappren också. Det var ju rätt så mycket som skulle fungera så jag sa till henne att nu läser du också så att vi får med allt i hopa så att jag inte glömmer av någonting" Informant 9.

Både den muntliga och skriftliga informationen från sjukhuset delgavs vidare till anhöriga. Majoriteten av informanterna önskade att delge informationen för att hela processen skulle vara välbekant för den närmaste anhöriga, men även för andra familjemedlemmar. För att inte missa någon viktig information uppmanades anhöriga att läsa allt material och gärna upprepade gånger. En informant ansåg att information till maken inte var viktigt, då han inte var hemma på dagtid. När maken var hemma kunde informanten ge information och instruktioner.

Önskemål om information

Ett önskemål fanns att informationen från sjukhuset skulle innehålla livsberättelser från framförallt yngre personer, som blivit protesopererade och att informationen skulle fokusera mer på livet efteråt. Då inte den erhållna informationen innehöll alla komponenter som efterfrågades, samtalande informanterna med andra som genomgått samma operativa ingrepp.

"Jag har fått ta reda på från annat håll (...) Det som jag har gjort är att jag har pratat med andra som har gjort liknande operation och på det viset har jag blivit betydligt lugnare ju. Det hade kunnat vara relevant att där fanns information från andra som hade gjort samma då, för andra som ska opereras sedan. Det känns jätte viktigt hur det påverkar livet och annat och hur bra det kan bli sedan efteråt"
Informant 5.

Livsberättelser och erfarenheter från andra hade en lugnande inverkan och utgjorde en betydelsefull del i återhämtningsprocessen. Genom att ta reda på hur livet kan bli efteråt och exempelvis på vilken nivå fysisk aktivitet går att utföra efter en protesoperation, infann sig ett lugn. Dessutom upplevdes en tillfredsställelse med den egna livssituationen. En informant uttryckte en önskan om att inte inhämta en stor informationsmängd och kände sig trygg med det beslutet.

Oundvikligt hjälpbehov

För att underlätta i vardagen efter hemkomst gjordes olika förberedelser. Fokus var på de praktiska vardagssysslorna. Genom att förbereda för det egna hjälpbehovet kunde vardagen underlättas efter hemkomst. Anhörigas stöd var viktigt för att få vardagen att fungera smidigt.

Praktiska förberedelser

De informanter som levde ensamma och hade stöd delar av dagen beskrev att de förberedde sig genom att handla mer rejält, så att det inte behövdes direkt efter hemkomsten. Att förbereda matlådor eller att handla hem färdiglagade frysta matlådor var ytterligare ett sätt att underlätta den första tiden i hemmet. Detta gjordes oberoende om hjälp fanns av anhörig hela dagen eller delar av dagen. En majoritet av de kvinnliga informanterna beskrev att de städade strax innan operationsdagen

så att det inte skulle behöva göras den första tiden.

"Har förberett matlådor för att underlätta och så har jag handlat så att jag hade det mesta hemma och så städade jag och så innan så att man inte skulle ha för smutsigt" Informant 2.

För att öka tryggheten efter hemkomst, både för sig själv och anhörig, gjordes förberedelser i form av införskaffande av hjälpmedel. Det var bland annat kryckor och duschpall, men även larm om något skulle hända när de var ensamma hemma. Ett sätt att försäkra sig om daglig hjälp från vänner var att i förväg göra upp ett schema. Genom att utforma schemat i förväg skapades en trygghet i att kunna få hjälp med matlagning och andra praktiska vardagssysslor utan att belasta vännerna alltför mycket.

"Jag hade lagt upp ett schema för att här skulle vara folk varje dag, inte hela dagarna, men att någon var här varje dag och fixade med mat och så (...) att jag säkert vet att någon kommer" Informant 3.

"Ett larm har jag skaffat, det var dottern som absolut ville att jag skulle ha det, eftersom jag bor själv ju (...) Jag har inte behövt använda det, men det är tryggt att ha" Informant 12.

Det egna hjälpbehovet

Det upplevdes på olika vis att vara beroende av hjälp från anhöriga efter hemkomsten. Här fanns både självklarheten i att hjälpbehovet existerade och att det inte var konstigt att ta emot hjälpen från anhöriga, vilket är en del av att vara en familj. Det nytillkomna behovet kunde också ge en konstig känsla. Känslan beskrevs som annorlunda, eftersom det tidigare inte funnits något behov av att ta emot hjälp.

"Det känns inte konstigt att behöva hjälp. Vi har alltid hjälpt varandra om det hänt något. Det är aldrig någon diskussion att inte hjälpa till eller att något är jobbigt eller så" Informant 9.

Tanken på att hemkomsten och första tiden i hemmet kunde bli besvärlig fanns före operationen. Det blev dock inte som förväntat, utan lättare. Någon egentlig oro för hur det skulle bli att klara sig i hemmet fanns inte hos någon av informanterna. För att kunna bibehålla sin självständighet så långt som möjligt införskaffades de hjälpmedel som rekommenderats från sjukhuset. Hjälpmedlen gjorde det möjligt att till viss del bibehålla sin självständighet. Det var emellertid svårt i samband med bland annat dusch och påklädning, där anhörigas stöd behövdes. Det kunde röra sig om att få hjälp med strumporna och nå ner till fötterna i samband med dusch, eftersom rörelsen i leden var inskränkt.

"Ja att ta på sig är helt ok för jag har min man och jag har strumppådragare om inte han är med i närheten" Informant 10.

Anhörigas stöd

Flertalet av informanterna beskrev stödet från anhöriga som värdefullt när den egna förmågan var nedsatt. Stödet gavs oftast genom att sköta hemmet med bland annat matlagning, städ och tvätt. En del informanter beskrev att de upplevde att deras anhöriga fått en ökad arbetsbelastning, vilket inte kändes tillfredställande, eftersom de tidigare delat på sysslorna. Detta beskrevs av de som hade tillgång till hjälp hela dagen, vilket skilde sig från de informanter som hade mer begränsad tillgång till stöd. För de som hade begränsat stöd bestod hjälpen oftast i att få skjuts till affären och till fysioterapeuten. Denna hjälp var mycket viktig för att kunna klara sig i hemmet och uppskattades både som praktisk hjälp och som sällskap.

"Det är ju mest min fru som får dra lasset just nu. Hon får ju ta hand om allt liksom, matlagning och städning och sånt som jag hjälpte till med innan ju" Informant 7.

Anhörigas närvaro i hemmet beskrevs som en viktig del i form av sällskap. De bidrog med ompyssling och den lilla extra omvårdnaden som behövdes för ett gott välmående. Det fanns en skillnad mellan hur viktigt det upplevdes vara att ha tillgång till sällskap och att ha känslomässigt stöd under hela dagen. Att få vila i ensamhet under dagen gav möjlighet till att njuta mer av anhörigas sällskap under kvällen, likväl som att det var skönt med närvaro av någon i hemmet under dagarna.

"De var här två nätter när jag kom hem (...) Inte så mycket den praktiska hjälpen, för det hade man ändå på något sätt fixat själv, utan den psykologiska biten att det fanns någon runt omkring en" Informant 12.

Återhämtningens utmaningar

Förutsättningarna för att få vardagen att fungera på ett bra sätt var förändrade efter hemkomsten. Utförandet av vardagssysslor upplevdes ta längre tid än innan operationen vilket ansågs vara oundvikligt. Begränsningar i vardagen var vanligt förekommande men uppgavs vara hanterbart, då det rörde sig om en kortare period. Vardagen bestod i att alternera mellan aktivitet, genomföra träningsprogram samt att vila. Genom detta kunde bland annat ett av de fysiska besvären hanteras.

Utförande av vardagssysslor

Att utföra de vanliga sysslorna i hemmet beskrevs av informanterna som besvärligt och tidskrävande. Vardagen handlade om att göra små saker och låta det få ta den tid som behövdes. Hämta posten, äta och röra lite på sig sågs som de små vardagssysslorna. Genom att själv finna lösningar på hur bland annat saker skulle förflyttas, blev vardagen lättare att hantera.

"Det är ju verkligen att det man gör under dagen är... att man är uppe och rör på sig lite och ser till att man får i sig mat, mer gör man inte" Informant 8.

"Man kommer ju underfund mer hur man ska klara sig men det tar ju lite tid. Rätt var det är så kommer man på att gör jag så, blir det bättre. Det är med att förflytta saker och så med" Informant 7.

Begränsningar i vardagen

Det var de små vardagliga sakerna som kunde upplevas vara både svåra och jobbiga. Att klä sig, komma i och ur sängen, samt bära mat ansågs vara svårt och ibland omöjligt. Vetskapen om att begränsningarna var under en kortare period och att återhämtningen behövde få sin tid uttrycktes. Vardagens nya långsamhet var accepterad. De informanter som uppgav att de tidigare varit mycket aktiva hade tagit ett beslut om att sakta ner tempot i vardagen för att inte riskera att göra något som kunde äventyra operationen. Det kunde dock ta tid att finna vardagens långsamhet då en känsla av att vara uppvarvad, direkt efter hemkomst, förhindrade möjligheten till att få ro.

"... Men sedan sitter du där på sängkanten på kvällen och ska ta av strumporna. Hur gör du då? Det är det här med de små grejerna..." Informant 10.

"Det tar ju med operationen och sen så att man skyndar långsamt för att det här ska bli bra" Informant 9.

De begränsade möjligheterna till att promenera utomhus beskrevs. Oro för att falla uppgavs vara det största hindret. Oron beskrevs utifrån funderingar kring om möjligheten att ta sig upp igen om promenaden gjordes ensam. Att ta promenader utomhus upplevdes som en stor påfrestning men utfördes trots detta.

"... Man är ju rejält försiktig då ju. Jag är ju inte ute och går tillexempel, går bara inomhus. Jag vågar inte gå ut, tänk om det skulle hända mig något, trillar jag kan jag ju inte resa mig" Informant 6.

Genomförande av träning

Den fortsatta träningen i hemmet utfördes ofta i små intervaller mellan att utföra träningsprogrammet, vila och rörelse. Trots att det kunde finnas ett visst motstånd till att gå med kryckor, så genomfördes både långa och korta promenader, eftersom det var en del av träningen. Rädsla att göra något fel eller gå för fort fram blandades med önskan om att bli bättre, så att utevistelse och utflykter kunde underlättas.

"Jag är ju en utemänniska (...) Det gäller bara att inte ta det för snabbt så man fördärvar sig istället" Informant 7.

En del informanter upplevde en stor trygghet i sin träning och kände mindre eller inga begränsningar, i jämförelse med de som uttryckte viss osäkerhet för att gå för fort fram. Osäkerheten bottnade i funderingar kring träningsintensitet och hur lång tid gånghjälpmedlen skulle behövas. Följsamhet till träningsprogrammet ansågs vara viktigt. Informanterna uttryckte en tillförsikt till att träningen skulle komma att ge bättre möjligheter till rörelse och därmed större självständighet.

"(...) följt instruktionerna till punkt och pricka. Det vill säga att jag har gjort gymnastik 3 gånger om dagen och jag har varit ute på promenader 5 gånger om dagen" Informant 1.

"Det är inte så att man opererar och sedan är allting toppen. Det är rätt lång rehab" Informant 12.

Vetskapen om att operationen bara är en del i att återfå rörelse och slippa smärta och att en lång rehabiliteringstid väntar beskrevs. En informant som inte upplevde några begränsningar alls funderade kring längden på rehabiliteringen och att tre månader kändes som en lång tid.

Hantering av fysiska besvär

Resan hem från sjukhuset upplevdes som besvärlig och tröttande. Ingen utav informanterna beskrev resan som en positiv eller behaglig del av hemgångsprocessen. Även en kort resa upplevdes som tröttande och att det första de gjorde efter hemkomsten var att vila mycket. Tröttheten beskrevs som gradvis ökande under några dagar, vilket bidrog till ett ökat vilobehov. En annan anledning till tröttheten ansågs vara de smärtstillande läkemedlen i form av morfinpreparat. Känslan av att vara mer handikappad och svag efter operationen än innan beskrevs av informanterna.

"Känslan var ju den att man faktiskt var sämre när man kom hem än innan man åkte in" Informant 9.

Smärta var ett återkommande fysiskt besvär som bland annat ledde till svårigheter att sitta, hitta en bra ställning att sova i och att utföra träningsprogrammet. Smärtan upplevdes i den omkringliggande muskulaturen mer än i själva operationsområdet och var av en molande karaktär, som ändock var hanterbar. Att ha ont sågs som en del av efterförloppet och upplevdes på ett annat sätt än smärtan som fanns före operationen.

"... Sen är det att det gör ju inte ont för varje steg jag tar på samma sätt. Detta är ju en annan smärta jag har. Den andra smärtan var ju psykiskt störande på ett helt annat sätt. Här vet jag ju att det går över. Den andra smärtan var fruktansvärd" Informant 7.

Rädsla för smärtgenombrott fanns. Det upplevdes även att den förväntade smärtan inte infann sig, vilket upplevdes som positivt överraskande och tacksamt. Smärta hanterades med hjälp av smärtstillande morfinpreparat men även med icke farmakologiska metoder, såsom kyla och kuddar för avlastning.

"Jag har ju ont i benet på nätterna och lägger under kuddar" Informant 10.

En vilja att avsluta behandlingen med morfinpreparat beskrevs av flera informanter. Anhörigas rädsla för morfinberoende och den egna önskan om att inte ta morfinpreparat uppgavs som anledning till ett snabbt nertrappande, vilket i sin tur ledde till en ökad smärta. För en del informanter blev det nödvändigt att återgå till morfinpreparat antingen i ordinerad dos eller att dosen ökades efter rådgivande kontakt med sjukhuset. Även andra biverkningar och minskat välmående, som sattes i samband med morfinintag upplevdes, såsom illamående, förstoppning och hjärtklappning. Nedsatt aptit beskrevs både som generell och som en upplevd biverkan av morfinpreparat.

"Det var troligen det här morfinplåstret då. Så har jag inte tänkt på förrän idag att det kan vara så. Jag har trott det hör till att man ska vara så trött och huvudvärk och illamående" Informant 3.

Avsaknad av smärta, helt eller delvis, uppgavs av en del informanter och de hade på eget initiativ avslutat eller minskat behandlingen med morfinpreparat och upplevde att perifert verkande läkemedel fungerade väl som lindring framförallt dagtid.

Bensvullnad och hematom var ytterligare fysiska besvär som beskrevs av informanterna. Det avhjälpes genom omväxlande vila och att utföra träningsprogrammet. Besvären upplevdes öka efter någon dag i hemmet, vilket uppgavs vara förvånande, då förväntan fanns på att det skulle bli lättare för varje dag efter operationen. Benet kändes spänt, som en "ekstock", och ledde till svårigheter att gå samt till att utföra träningsprogrammet. I takt med att besvären minskade upplevdes benet fungera bättre och att det blev lättare.

"Och jag tycker nu en vecka efter operationen så tycker jag att benet hänger med rätt så bra. Så det går framåt hela tiden" Informant 1.

Hälsufrämjande kontakt

Informanterna uppgav att kontakten med avdelningen var viktig för att kunna känna trygghet i samband med ett tidigt hemgående. Att bli uppringd dagen efter hemkomst gav en möjlighet att ställa frågor om något var oklart, vilket upplevdes som positivt och trygghetsskapande.

Trygghetsskapande telefonkontakt

Det som lyftes fram av informanterna var framför allt att det upplevdes som positivt, omtänksamt och tryggt att bli uppringd av en sjuksköterska dagen efter hemkomst. Genom telefonkontakten fanns möjlighet att ställa frågor om bland annat läkemedel men även att kunna få berätta om sitt mående. Att få tala med en sakkunnig sjuksköterska var värdefullt när det gällde frågeställningar om vad som kunde vara vanligt och för att få en försäkran om att informationen uppfattats korrekt. Känslan av att vara viktig och intressant, samt att sjukvården inte avslutat kontakten efter hemgång, gav trygghet i och med att det var sjuksköterskan från vårdavdelningen som ringde upp i stället för att själv vara den som ringer upp.

"Det kändes skönt att ha det som stöd. Att man vet att nu ringer en sjuksköterska från avdelningen och kommer att prata med mig en stund och kommer att fråga hur allting känns och fråga om det är någonting jag behöver" Informant 1.

*"Man känner att man haft möjlighet att fråga om det är något. Det kändes tryggt (...)
Så det var bra med den återkopplingen"* Informant 3.

En informant upplevde att telefonkontakten inte innebar någon möjlighet att ställa frågor, eftersom hemresan var mycket besvärlig. Det innebar att tankar kring det egna måendet fick en undanskymd plats. Det fanns även önskemål om ytterligare ett samtal någon gång mellan dag 1 och dag 8.

Trygghetsskapande kontaktmöjlighet

Möjligheten att kunna ringa till avdelningen när som helst efter hemkomsten upplevdes som tryggt. Att både skriftlig och muntlig information hade givits om kontaktmöjligheten, uppgavs ge en känsla av att inte vara utelämnad.

"... Det stod i papperna att det bara är att ringa avdelningen. De är där 24 timmar om dygnet. Det kan jag tycka är en väldigt bra trygghet. Jag känner mig inte utlämnad, det gör jag inte. Ja, trygghet att man kan ringa när som helst att prata med sjuksköterska" Informant 10.

En del av informanterna hade kontaktat sjuksköterskan på avdelningen för att rådgöra och få bekräftelse om sina funderingar kring bland annat smärtstillande läkemedel. Att det inte var någon telefonkö och att kontakt med sjuksköterska var lätt att få upplevdes som positivt och viktigt.

*"...Och att jag har en trygghet att kunna kontakta dem om jag vill, om jag är orolig.
Det kan jag tycka är viktigt"* Informant 10.

Möjligheten fanns att få kontakt med en sjuksköterska dygnet runt om behov fanns att få mer information eller bekräftelse på att informationen uppfattats korrekt. Att kunna vara helt förberedd var svårt och därför uppgavs det vara trygghetsskapande när informationsbehovet kunde bli tillgodosett omgående.

Diskussion

I det följande diskuteras metodologi och resultat för att belysa studien från olika infallsvinklar och bjuda in till reflektion. Metodologin diskuteras utifrån valet av kvalitativ innehållsanalys, etik, trovärdhetsaspekter och intervjuernas utförande. Resultatets fem huvudkategorier diskuteras därefter i resultatdiskussionen.

Metoddiskussion

Den valda metoden, kvalitativ innehållsanalys med induktiv metod, ansågs lämpligast för att svara mot syftet att beskriva patienternas egna unika upplevelse av hemgång den första postoperativa dagen efter en knä- eller höftplastik och den närmaste tiden efteråt. Innehållet i informanternas berättelser kortades ner och textens huvudsakliga mening lyftes fram (Elo & Kyngäs, 2007; Graneheim & Lundman, 2004, 2012; Graneheim et al., 2017; Polit & Beck, 2014). Inom kvalitativ innehållsanalys förekommer begrepp som kan stödja en studies trovärdighet. Dessa begrepp är giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet (Graneheim & Lundman, 2004, 2012; Graneheim et al., 2017; Polit & Beck, 2014) och relateras till analysen av denna studie. Dessa begrepp har diskuterats under analysprocessens gång.

Före studiens start införskaffades etiskt godkännande från Regionala Etikprövningsnämnden i Lund, för att på bästa sätt värna om informanternas integritet och anonymitet, enligt riktlinjer från WMA (2016). Muntlig och skriftlig information angående studien gavs till samtliga informanter, som därefter lämnade ett skriftligt samtycke. I samband med att denna information gavs träffade båda magisterstudenterna de informanter som kunde vara aktuella att delta i studien. Syftet med mötet var att skapa en inledande personlig kontakt inför den kommande telefonintervjun. Det personliga mötet kan ha bidragit till att en del av informanterna haft svårare att tacka nej till att delta. Några tillfrågade valde emellertid att tacka nej. Detta kan vara ett tecken på att förfrågan gjordes på ett öppet sätt så att möjlighet till att avstå deltagande upplevdes. Det personliga mötet kan även ha bidragit till att informanterna upplevde telefonintervjun som mer personlig och kunde därmed delge sin upplevelse på ett tryggare sätt. Ytterligare ett muntligt samtycke införskaffades innan intervjustarten som en extra försäkran om att informanten ville delta. Den etiska aspekten återkom även i slutet av intervjun, efter att inspelningen avslutats, då informanten fick möjlighet att ställa frågor om studien eller om emotionella aspekter. Polit & Beck (2014), samt Kvale & Brinkmann (2014) påtalar att ett intervjutillfälle kan frambringa olika emotionella reaktioner och att en beredskapshantering för detta är nödvändig.

Telefonintervjuer valdes av flera anledningar. För att inte begränsa urvalet geografiskt ansågs telefonintervjuer som det lämpligaste alternativet. Den aktuella kliniken vårdar främst patienter från den egna regionen. Dock förekommer det även patienter från närliggande regioner. Motivet till detta val var också den begränsade tid vi hade för genomförandet av studien. Telefonkontakt efter utskrivning fanns redan etablerad på den elektiva enheten där intervjuerna genomfördes och erfarenheterna av att samtala med patienter via telefon bidrog till valet av datainsamlingsmetod. Telefonintervjuer anses vara kostnadseffektiva och bidrar till ett större gensvar (Polit & Beck, 2014). Målet med rekryteringen av informanterna var att finna största möjliga åldersspridning, olika tillgång till anhörigstöd samt jämn könsfördelning. Det är enligt Graneheim & Lundman (2004) och Graneheim et al. (2017) betydelsefullt för studiens giltighet att inkludera så olika informanter som möjligt. Även om ett strategiskt urval genomfördes är gruppen samboende större än ensamboende informanter och resultatet kan ha blivit annorlunda om fler informanter varit ensamboende. Rekryterings tidsspann, samt antal utförda protesoperationer på den elektiva enheten, är möjliga orsaker till den ojämna fördelningen. Informanternas olika förutsättningar redovisas för att möjliggöra en djupare förståelse av resultatet (Tabell 1). Antalet informanter ökades från 10 till 12 relaterat till att flertalet intervjuer varade kortare tid än beräknat samt att rekryteringsmålet inte uppfyllts. Graneheim & Lundman (2004) beskriver ett uppfyllande av rekryteringsmålet som ett av flera koncept för en kvalitativ studies trovärdighet. För att rekryteringsmålet skulle ha uppfyllts hade en ensamboende man behövt delta. Detta kan möjligen ha påverkat studiens resultat. En nackdel med att genomföra telefonintervjuer kan vara att informanternas svar blir kortare och därmed innehållsfattigare, än om intervjuerna utförts via ett personligt möte (Smith, 2005). Däremot visar Trier-Bieniek (2012) att telefonintervjuer kan ge ärligare svar. Samma studie visar även att den virtuella kommunikationsutvecklingen bidrar till att människor idag är vana vid andra kommunikationsvägar än det personliga mötet.

Vid utformandet av intervjufrågorna och i samband med telefonintervjuerna, diskuterades begreppet förförståelse i relation till våra egna erfarenheter med arbete på den specialiserade enheten, där informanterna vårdats. Genom att utföra två provintervjuer med efterföljande reflektion blev den egna förförståelsens betydelse mer tydlig. Provintervjuerna inkluderades inte i resultatet då följdfrågorna ändrades markant. Den semistrukturerade frågeguiden reviderades så att den gav utrymme för ett öppet förhållningssätt. De två provintervjuernas genomförande bidrog på ett positivt sätt till medvetenhet om förförståelsens betydelse. Det går inte att bortse från en förförståelse utan det viktiga är att reflektera över hur den inverkar i utformningen av en studie (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008; Graneheim et al., 2017).

Under intervjuerna delades arbetet upp mellan magisterstudenterna. Detta innebar att intervjuaren på ett bättre och mer avslappnat sätt kunde koncentrera sig på att ställa de öppna frågorna och inte samtidigt riskera att distraheras av den tekniska delen, eftersom intervjuerna genomfördes med hjälp av högtalartelefon och diktafon.

Magisterstudenten som inte intervjuade gjorde löpande anteckningar för att stödja med relevanta följdfrågor samt ansvarade för den tekniska delen. En fördel, som ses med att intervjuerna fördelats jämt, är att den enskildes intervjuteknik inte varit ensam grund till resultatet. Skilda intervjutekniker kan enligt Graneheim & Lundman (2012) bidra till att större variationer i informanternas berättelse kan framkomma. Konsten att intervjua beskrivs av Kvale & Brinkman (2014) som komplex och sätts i direkt relation till resultatet. Genom upprepade intervjutillfällen och gemensam reflektion identifierades svårigheter att låta informanten vara i tystnad samt att på ett naturligt sätt återfå samtalet mot studiens syfte. Möjligen kan resultat ha missats relaterat till vår oerfarenhet att genomföra intervjuer. Den ständigt närvarande förförståelsen var också något som reflekterades efter varje genomförd intervju. Dahlberg et al. (2008) beskriver risken med att låta förförståelsen styra intervjun, vilket innebär att fenomenet inte kan utvecklas och därmed kan ny kunskap inte genereras.

Möjligen kan resultatet överföras till andra patientkategorier som genomgått ett kirurgiskt ingrepp med efterföljande kort vårdtid och fysisk begränsning efter utskrivning från sjukhuset. Genom en tydlig beskrivning av urvalet, datainsamlingen och dataanalysen är förhoppningen att överförbarheten ökas, som beskrivs av Graneheim & Lundman (2004) och Graneheim et al. (2017). Redovisningsexempel från analysprocessen (Tabell 2), ökar förståelsen av resultatet, som därigenom bidrar till studiens trovärdighet. Handledarens aktiva deltagande i analysprocessen understödjer studiens kategoriindelning. Efter att vi genomfört en parallell analysprocess har gemensamhet i vilka delar av transkriberingens text som skulle ingå i studien kunnat tas. Det fanns en stor samstämmighet i vilka de meningsbärande enheterna var. Kondensering av texten som ledde fram till kodning utfördes också parallellt. Denna samstämmighet ger en trovärdighet för studien enligt Graneheim & Lundman (2004).

Resultatdiskussion

Resultatet visar att informanterna hanterar hemgångens alla aspekter. Det sker på egen hand, med stöd av medskickad dokumentation, via anhöriga eller telefonkontakt med sjukhuset. Att merparten av informanterna upplever hemgången den första postoperativa dagen och första tiden efteråt, som en positiv upplevelse, överensstämmer med Klapwijk, Mathijssen, Van Egmond, Verbeek & Vehmeijer (2017).

Det finns en samstämmighet om att det var skönt att komma hem och att hemmiljön är trygg. Informanterna beskriver att fördelen med snabb hemgång är tillgången till det som uppfattas som eget i hemmet, exempelvis den egna sängen och hemlagad mat. Att själv kunna bestämma över sin tid ses som viktigt vilket överensstämmer med Sibbern et al. (2016). Att inte känna otrygghet eller tveksamhet inför den tidiga hemgången kan bero på, att rätt förutsättningar skapats genom att informanterna vårdats på en specialinriktad klinik enligt vårdmodellen Fast-Track (Husted, 2012).

Hemresan beskrivs av samtliga som mycket besvärlig och tröttande, vilket är förvånande, då det inte är beroende av resans längd. Vi har inte funnit några studier som innefattar hemresan, vilket också är förvånande, då det är en del av upplevelsen av att komma hem från sjukhuset. Det kan bero på att valet av definition när hemgången startar är olika. Vi har i denna studie valt att ange hemgången från det att transporten hem startar då det framkom att det var en del i att komma hem. Trots den besvärliga resan hem upplevs hemkomsten som positivt och att återhämtningen i hemmiljö föredras. Andra studier visar också att hemmiljön känns optimal för återhämtning efter operation med kort vårdtid (Bernard & Foss, 2014; Klapwijk et al., 2017; Sibbern et al., 2016). Negativa aspekter har framkommit i en studie som beskriver äldres upplevelse av tidig hemgång efter höftledsplastik så som personlig frustration, social isolering och brist på individanpassning (Reay et al. 2015). Resultatet i samma studie visar ändå att de äldre var nöjda med att återgå till hemmet. Det är möjligt att dessa negativa faktorer uppenbarar sig efter längre tid i hemmiljön och därför inte påvisas i lika hög grad i vår studie.

Hur mycket information som önskas före operationen är olika hos informanterna. En del önskar mycket och ingående information, medan andra tycker att mindre mängd och mindre ingående information passar bättre. Denna studie visar att informationen från sjukhuset uppfattas som lättförståelig även om den ibland upplevs vara överväldigande. I de fall när information upplevs som för mycket, kan detta tyda på en missbedömning i individanpassningen. Vi tror att en lättförståelig och begriplig information kan underlätta planeringen inför operationen och första tiden i hemmet. Sjuksköterskan har en stor möjlighet att bedriva personcentrerad vård utifrån kärnkompetenserna (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Det kan ske i samband med in – och utskrivningssamtalet och därigenom bedriva vård enligt den salutogena teorin där hänsyn tas till individens hela upplevelse (Eriksson, 2015). För att möta den enskildes egna önskningskrav behövs information behöver en lyhördhet finnas hos sjukvårdspersonalen för att inte riskera varken för lite eller för mycket information (Bernard & Foss, 2014). I resultatet framkom en önskan om livsberättelser, alltså mera information, som handlar om hur det vardagliga livet kan se ut efter en protesoperation. Cox et al. (2016) visar också att det finns en efterfrågan om information som handlar om återgång till normala aktiviteter i vardagen. Ett sätt att möta patientens behov av information är att genom personcentrerad vård integrera sjukvårdens behov av att ge information samtidigt som fokus på patientens behov av information blir mött (Reay et al., 2015; Svensk sjuksköterskeförening, 2016). En utförandeform kan vara genom en teknik som kallas "*teach-back*" där patienten återberättar informationen och samtidigt ökar sin förståelse, som är en del i SOC (Antonovsky, 1987; Mittelmark et al., 2017). Vår studie visar att information till anhöriga är betydelsefull som ett stöd för patienten både före och efter operation. En del av trygghetsupplevelsen efter hemkomst kan skapas när anhöriga tar del av samma information. Överlag vidarebefordras information till anhöriga och genom detta fungerar anhöriga som ett kunskapsstöd. Enligt Johansson-Stark (2016) har också

ett informationsbehov och genom att tillgodose detta informationsbehov skapas bättre förutsättningar för patientens eftervård i hemmet.

Alla informanter i studien har i förväg planerat för den första tiden i hemmet och känner ingen oro att klara sig efter hemgång. Handla, förbereda mat och kontakt med arbetsterapeuten för hjälpmedel i hemmet är det som är enklast att förbereda, medan andra behov är svårare att förutse och kräver lite mer kreativa lösningar, så som ta av sig stumpor. Stödet ifrån anhöriga beskrivs av informanterna som viktigt och i vissa fall som outhärligt för att klara de dagliga aktiviteterna. Tron på nivån av hjälpbehov efter hemkomst varierar mellan ensamboende och de som bor tillsammans med make eller maka. Den egna kapaciteten tolkas som högre hos ensamboende. Några samboende uttrycker att utan make eller maka hade det varit svårt med en tidig hemgång, medan ensamboende ser vänner, grannar eller icke hemmaboende barn som möjliggörare för hemgången. Andra studier beskriver liknande resultat där vänner och närstående ses som en viktig resurs (Sibbern et al., 2016) för att klara de dagliga aktiviteterna (Perry, Hudson & Ardis, 2011). Vi tycker det vore intressant om fler ensamboende hade medverkat, samt att vi undrar om resultatet sett annorlunda ut om ensamboende män deltagit. Praktisk hjälp beskrivs frekventare som viktigare än känslomässigt stöd och samvaro. Anhörigas stöd uppskattas främst när det gäller att sköta hushållssysslor samt assistans med kläder och duschhjälp. Det är förvånande att få informanter spontant tar upp den känslomässiga delen av stödet från anhöriga. Detta framkom i samband med att följdfråga ställdes. Det tycker vi i och för sig inte är förvånande, då fokus är att återfå sin livskvalitet genom förbättrad rörlighet och minskad smärta i den opererade leden. Goldsmith et al. (2017) menar att genom att få hjälp med fysiska behov och aktiviteter tillgodoses det emotionella behovet.

Många av informanterna berättar om en ökad trötthet, vilket beskrivs som hinder för att återgå till normala aktiviteter i hemmet. En trötthet som är ökande i stället för minskande uppges vara mycket förvånande, då förväntan är den motsatta. Denna förvåning delas av både oss och informanterna. Här finns en skillnad mellan vårt resultat och tidigare studier. Bernard & Foss (2014) visar att behovet av vila är stort men inte att trötthet är ett dominerande besvär vilket även Szöts et al. (2015) kommit fram till. Vårdtidens längd kan vara en aspekt och vi tror orsaken är att vårt resultat baseras på ett vårddygn medan Szöts et al. (2015) har en vårdtid på 3-7 dygn. Det är samma mängd omvårdnadsmoment som utförs på kortare tid (Specht et al., 2015) vilket innebär mindre återhämtningstid under sjukhusvistelsen. Trots trötthet och andra postoperativa besvär följs informationen om fortsatt träning i hemmet, även om det kunde upplevas besvärande speciellt vid smärta, men ses inte som ett hinder. Att våga utmana i sin träning mot självständighet ses både som positivt och negativt. Följsamhet till träningsprogrammet anses viktigt och ibland finns det en rädsla av att göra fel och därmed försämra utgången av operationen. Liknande resultat beskrivs av Perry et al. (2011). Vår studie visar en stor träningsvillighet hos alla informanter och tolkas som en uppnådd meningsfullhet. För att uppnå meningsfullhet behöver SOCs

andra två komponenter också uppfyllas, begriplighet och hanterbarhet (Antonovsky 1987; Eriksson, 2015). Pre- och postoperativ information bidrar till att öka förståelsen om vikten av träning i efterförloppet och kan stärka känslan av hanterbarhet, Jag kan. I vårdmodellen Fast-Track ses följsamhet till träning som en viktig del i återhämtningsfasen efter en protesoperation (Husted, 2012; Szötz et al., 2015). Szöts et al. (2015) påvisar även att många som genomgått en protesoperation inte följer den rekommenderade träningen fullt ut, utan bara till viss del. Sibbern et al. (2016) beskriver följsamheten utifrån ett perspektiv av förpliktelse, ett avtal att följa. Denna studies överlag positiva resultat kan även vara en effekt av patientens vilja att uppfattas som följsam, till lags och kanske inte speglar verkligheten. Detta kan bero på att vi som intervjuat arbetar på aktuell klinik, där informanterna vårdats och därför kan uppfattas som en myndighetsperson.

Den försatta kontakten med den elektiva vårdavdelningen efter utskrivning upplevs positiv. Telefonkontakt dagen efter hemgång beskrivs som "*en förutsättning*" (Informant 1) för att gå hem dagen efter en protesoperation. Vår studie visar att telefonkontakt är betydelsefull och skapar trygghet. Just att bli uppringd bidrar till en behaglig känsla av att vara viktig och bli sedd trots att vårdtillfället avslutats, vilket även beskrivs av Szöts, Konradsen, Solgaard, Bogø & Østergaard (2015). Att få svar på sina frågor direkt när de uppkom är en trygghetsfaktor för de flesta som deltagit i vår studie. En önskan finns om ytterligare telefonkontakt där sjuksköterskan ringer upp. Detta tolkar vi som att tidsspännet mellan de sedan tidigare rutinmässiga telefonkontakterna är för långa. Flera av de fysiska besvären ökade efter ett par dagar i hemmet. En kroppslig ändring kan vara svår att förutse och telefonkontakt är därmed en trygghetsfaktor då vårdtiden är kort. Enligt Sibbern et al. (2016) är en telefonuppföljning lika viktig som den preoperativa informationen. Avsaknad av uppföljande kontakt skapar onödig osäkerhet om symtom och om vad som är ett normalt efterförlopp (Goldsmith, 2017; Sibbern et al., 2016). Genom ett personcentrerat perspektiv i omvårdnad har sjuksköterskan möjlighet att vara en aktiv samarbetspartner och genom en öppen dialog stärka patientens egna resurser till att våga lita på sin förmåga i rehabiliteringsprocessen (Eriksson, 2015). Att erbjuda hjälp via telefonkontakt tror vi kan bidra till en ökad möjlighet att se sina egna resurser och identifiera de som finns att tillgå i närheten. Enligt Eriksson (2015) kan detta ses som ett sätt att stärka patientens GMR.

Konklusion

Det upplevs som tryggt med hemgång dagen efter en knä- eller höftplastik, från en specialiserad klinik. De deltagande informanterna hanterade eventuella svårigheter på ett adekvat sätt på egen hand eller med stöd av medskickad dokumentation, anhöriga eller kontakt med sjukhuset vilket tyder på hög meningsfullhet enligt SOC. Studiens förvånande resultat är beskrivningen av hemresan och en ökande trötthet. Resultatet visar på vissa förutsättningar för hemgången.

Dessa är att förbereda med ändamålsenlig och personcentrerad muntlig och skriftlig information, tillgång till stöd och hjälp av anhörig samt att det finns förutbestämd kontakt och att med lätthet kunna kontakta den utskrivande kliniken.

Implikation

Studiens resultat kommer att bli en del i förbättringsarbetet på aktuell klinik och kommer att omsättas kliniskt till fortsatt utveckling av bland annat patientinformation och en översyn av telefonkontakt. Personcentrerad vård är ett effektivt sätt att identifiera och stärka patientens egna resurser. I studien finns inga informanter som helt saknar tillgång till stöd av anhörig. Vidare forskning hade varit intressant för att få en insyn i hur de ser på sina egna möjligheter till hemkomst dagen efter operation.

Referenser

- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bernard, H & Foss, M. (2014). Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *British Journal of Nursing*, vol.23(2), 100-106.
- Berthelsen, C.B & Frederiksen, K. (2017). Orchestrating care through the fast-track perspective: A qualitative content analysis of the provision of individualised nursing care in orthopaedic fast-track programmes. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 24, 40-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.2016.04.006>
- Berthelsen, C.B & Kristensson, J. (2016). The SICAM-trial: evaluating the effect of spouses' involvement through case management in older patients' fast-track programmes during and after total hip replacement. *Journal of Advanced Nursing*. Epub. 2016 Sep 8. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13091>
- Choi, Y.J & Ra, H.J. (2016). Patient Satisfaction after Total Knee Arthroplasty. *Knee Surgery & Related Research*, 28(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.5792/ksrr.2016.28.1.1>
- Cox, J., Cormack, C., Prendergast, M., Calestino, H., Willis, S & Witteveen, M. (2016). Patient and provider experience with a new model of care for primary hip and knee arthroplasties. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 20, 13-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.2015.05.003>
- Dahlberg, K., Dahlberg, H & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Eriksson, M. (Red). (2015). *Salutogenes-om hälsans ursprung*. Stockholm: Liber.
- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J & Kivimäki, K. (2007). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research*. 16, 483-493. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-006-9130-z>

- Gademan, M.G.J., Hofstede, S.N., Vliet Vlieland, T.P.M., Nelissen, R.G.H.H., Marang-van de Mheen, P.J. (2016). Indication criteria for hip or knee arthroplasty in osteoarthritis: a state-of-the-science overview. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17:463. <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-016-1325-z>
- Gassne, J. (2008). *Salutogenes, Kasam och socionomer*. (Doctoral Dissertation, Lund University School of Social Work, ISSN 1650-3872). Tillgänglig: <http://www.soch.lu.se>
- Goldsmith, L.J., Suryaprakash, N., Randall, E., Shum, J., MacDonald, V., Sawatzky, R., ...Bryan, S. (2017). The importance of informational, clinical and personal support in patient experience with total knee replacement; a qualitative investigation. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18:127. <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-017-1474-8>
- Graneheim, U.H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U.H & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., Lindgren, B-M & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*. 56, 29-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Husted, H. (2012). Fast-Track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *ActaOrthopaedica*, 83:346, 1-39. <http://dx.doi.org/10.3109/17453674.2012.70059>
- Johansson-Stark, Å. (2016). *Empowering knowledge and Quality of Recovery after hip or knee replacement*. (Medical Dissertation, Linköping University Division of Nursing Science, ISSN 0345-0082). Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:903828/FULLTEXT01.pdf>
- Jørgensen, L.B & Frilund, B. (2016). Restoring Integrity-A Grounded theory of coping with a fast track surgery programme. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11: 29864. <http://dx.doi.org/10.302/qhw.v11.29864>

- Kehlet, H & Thienpont, E. (2013). Fast-Track knee arthroplasty – status and future challenges. *The Knee*, 20S1, 29-33.
- Klapwijk, L.C.M., Mathijssen, N.M.C., Van Egmond, J.C., Verbeek, B.M & Vehmeijer, S.B.W. (2017). The first 6 weeks of recovery after primary total hip arthroplasty with fast track. *Acta Orthopaedica*, 88:2, 140-144. <http://dx.doi.org/10.1080/17453674.2016.1274865>
- Knier, S., F-Stichler, J., Ferber, L & Catteral, K. (2015). Patients' Perceptions of the Quality of Discharge Teaching and Readiness for Discharge. *Rehabilitation Nurses*, 40, 30-39. <http://dx.doi.org/10.1002/rnj.164>
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3.uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Leksell, J & Lepp, M. (Red.) (2016). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber.
- Litwic, A., Edwards, M.H., Dennison, E.M & Cooper, C. (2013). Epidemiology and burden of osteoarthritis. *British Medical Bulletin*, 105, 185-199. <http://dx.doi.org/10.1093/bmb/lds038>
- McCormack, B & McCance. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5) 472-479.
- Mittelmark, M,B (eds). 2017. *The Handbook of Salutogenesis*. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-046000-6_27
- Nilsson, WK., Leppert, J., Somonsson, B & Starrin, B. (2010). Sense of coherence and psychological wellbeing: Improving with age. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 64, s.347-352. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.081174>
- OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265522-en>
- Perry, M., Hudson, S & Ardis, K. (2011). "If I didn't have anybody, what would I have done?" Experiences of older adults and their discharge home after lower limb orthopaedic surgery. *Journal Rehabil Med*. 43, 916-922. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0874>

- Polit, D.F & Beck, C.T. (2014). *Essentials of Nursing Research. Apraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins.
- Reay, P.A., Horner, B & Duggan, R. (2015). The patient´s experience of early discharge following total hip replacement. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19, s.131-139.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.tjotn.2015.02.003>
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Hämtad 22 september, 2017, från Riksdagen.
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 5 december, 2016, från Riksdagen,
<http://.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821-sfs-2014-821>
- Sibbern, T., Sellevold, V.B., Steindal, S.A., Dale, C., Watt-Watson, J & Dihle, A. (2016). Patient`s Experiences of Enhanced Recovery after Surgery.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13456>
- Sibia, U.S., King, P.J & MacDonald, J.H. (2016). Who Is Not a Candidate for a 1-Day Hospital-Based Total Knee Arthroplasty? *The Journal of Arthroplasty*. xxx 1-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arth.2016.06.005>
- Smith, E.M. (2005). Telephone interviewing in healthcare research: a summary of the evidence. *Nurse Researcher*, 12, 3, 32-41.
<http://dx.doi.org/10.7748/nr2005.01.12.3.32.c5946>
- Specht, K., Kjaersgaard-Andersen, P., Kehlet, H & Pedersen, B.D. (2015). Nursing in fast-track total hip and knee arthroplasty: A retrospective study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19, 121-130.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.2014.10.001>
- Szöts, K., Konradsen, H., Solgaard, S., Bogø, S & østergaard, B. (2015). Nurse-led telephone follow-up after total knee arthroplasty – content and patient`s views. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2890-2899.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12905>

Szöts, K., Pedersen, P.U., Hrdam, B., Thomsen, T & Konradsen, H. (2015). Physical health problems experienced in the early postoperative recovery period following total knee replacement. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19, 36-44.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.2014.03.005>

Svenska Höftprotesregistret. (2016). Hämtad 28 april, 2017, från,

<https://shpr.registercentrum.se/publikationer/p/Hys5hJaLg>

Svenska Knäprotesregistret. (2016). Hämtad 28 april, 2017, från,

http://www.myknee.se/pdf/svk_1.1.pdf

Svensk sjuksköterskeförening, ICNs etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 10

december, 2016, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Van Den Eeden, Y.N.T., De Turck, B.J.G & Van Den Eeden, F.M.C. (2017). 24 hours stay after hip replacement. *Acta Orthopaedica*, 88:1, 24-28.

<https://dx.doi.org/10.1080/17453>

WMA Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 12 december, 2016, från

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Informationsbrev om deltagande i studien:

Upplevelse av hemgång dagen efter en knä- eller höftplastik - En intervjustudie.

Hej

Vi är två sjuksköterskor som studerar på magisterprogrammet i Halmstad. Inom ramen för denna utbildning ska vi genomföra en magisteruppsats. Du tillfrågas därför om du vill delta i en studie som syftar till att undersöka upplevelsen av hemgång från en specialiserad enhet, dagen efter en knä- eller höftprotesoperation.

Protesoperationer, framförallt knä- och höftplastik, är vanligt förekommande och det har skett en snabb utveckling av vården. På några få år har vårdtiden förkortats från att ha varit flera dagar på sjukhus till hemgång dagen efter operation. Studien är viktig därför att det behövs ökad kunskap och förståelse om hur tidig hemgång upplevs av patienten. Kunskapen som studien genererar kommer ligga till grund för fortsatt utveckling av omvårdnad i samband med knä- eller höftplastik. För detta behövs ditt deltagande i en intervju som kommer att äga rum omkring 1.5-2 veckor efter din operation. Intervjun kommer mer ha karaktären av ett samtal än utfrågning och beräknas ta 30-60 minuter i anspråk. Intervjun kommer röra sig om hur du upplevde det att komma hem dagen efter operation och vad som var viktigt för dig i samband med hemkomsten. Intervjun kommer att ske via telefon på en tid som passar dig och som bestäms i samband med din utskrivning.

Deltagande i studien är frivilligt. Det betyder att du kan avböja medverkan när helst du önskar utan att ange orsak. Inga personuppgifter kommer att skrivas ut eller sparas efter avslutad studie. Din medverkan kommer inte heller att påverka din vård på kliniken. Du är välkommen att kontakta sjukhuset även efter avslutad intervju, om frågor eller funderingar uppstår. Om du så önskar sänder vi gärna den slutförda uppsatsen till Dig vid förfrågan på telefon. Telefonnummer: 035-131188 Registrering av dina personuppgifter följer personuppgiftslagen och du har rätt att få utdrag av de registrerade personuppgifterna via personuppgiftsombudet för Hallands Sjukhus. Namn: Britta Källgård. Telefonnummer: 035-131000

Handledare
Åsa Roxberg
Högskolan i Halmstad
Box 823, 30118 Halmstad
Telefon: 035-167108
asa.roxberg@hh.se

Ann Grüneberger
Leg. Sjuksköterska, magisterstuderande
Hallands Sjukhus Halmstad
Ann.Grueneberger@regionhalland.se

Huvudman för studien:
Högskolan i Halmstad

Anna Tärnqvist
Leg. Sjuksköterska, magisterstuderande
Hallands Sjukhus Halmstad
Anna.Tarnqvist@regionhalland.se



Samtycke till deltagande i studien:

Upplevelse av hemgång dagen efter en knä- eller höftplastik - En intervjustudie

Jag intygar härmed att jag erhållit muntlig och skriftlig information om studiens syfte samt att medverkan kan avbrytas när som helst utan att ange orsak.

Jag har erhållit information om att deltagandet är frivilligt.

Jag samtycker till att medverka i studien

Datum _____

Namnteckning _____

Namnförtydligande _____

Informationsgivare

Namnteckning _____

Namnförtydligande _____

Anna Tärnqvist

Ann Grüneberger



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se