



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

HELS-OPPG

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	08-11-2017 09:00	<b>Termin:</b>	2017 HØST
<b>Sluttdato:</b>	15-11-2017 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinnskala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave	<b>Studiepoeng:</b>	45
<b>SIS-kode:</b>	203 HELS-OPPG 1 O-1 2017 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltakar

<b>Namn:</b>	Tove Hestdal
<b>Kandidatnr.:</b>	301
<b>HVL-id:</b>	136973@hvl.no

### Informasjon frå deltakar

<b>Tittel *:</b>	"Den eldre hoftebruddpasienten og preoperativ opplevelse av lidelse" Pasienter og sykepleieres erfaringer.	
<b>Tal på ord *:</b>	20495	
<b>Namn på rettleiar *:</b>	Frode Skorpen	
<b>Tru- og loverklæring *:</b>	Ja	<b>Eg stadfestar at eg har Ja registrert oppgåvetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og veit at denne vil stå på vitnemålet mitt *:</b>

Eg godkjenner autalen om publisering av masteroppgåva mi \*

Ja



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **MASTEROPPGAVE**

**“Den eldre hoftebruddpasienten og preoperativ  
opplevelse av lidelse”  
Pasienter og sykepleieres erfaringer.**

**“The older hip-fracture patient  
and preoperative feelings of suffering”  
Patients and nurse’s experiences.**

**Tove Hestdal**

**HELS-OPPG**

Klinisk helse og omsorgsvitenskap

Avdeling for helsefag, campus Stord

**Veileder: Frode Skorpen**

*Antall ord Kappe: 15650*

*Antall ord Artikkel: 4845*

**Innleveringsdato: 15 nov. 2017**

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10



# SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** For et eldre menneske er hoftebrudd en alvorlig situasjon og kan være starten på en smertefull periode med store bekymringer for framtiden. Hva hoftebruddspasienten kan tenkes å oppleve av lidelse i perioden før operasjon danner bakgrunnen for denne studien. Studien har et omsorgsvitenskapelig perspektiv hvor lidelse blir forstått i lys av det Eriksson kaller sykdomslidelse, livslidelse og pleielidelse.

**Hensikt:** Ny kunnskap og økt forståelse for den eldre hoftebruddspasientens subjektive opplevelse av hva som kan hemme eller fremme lidelse i den preoperative fase.

**Metode:** Q-metodologisk tilnærming hvor 40 Q-utsagn til Q-sortering ble utviklet. Q-utsagnene var basert på kvalitativt intervju med hoftebruddspasient og sykepleiere, samt forskningsbasert litteratur om emnet. Under Q-sorteringen ble 14 deltakere bedt om å rangere Q-utsagnene fra mest enig til mest uenig etter instruksjonen om hva som kan hemme eller fremme lidelse i den preoperative fase. Utsagnene ble rangert i en fast symmetrisk matrise og deltakernes mest ekstreme rangeringer ble fulgt opp umiddelbart med postintervju. Analyse besto av person til person faktoranalyse ved hjelp av Principal Component Analysis for å finne faktorer som korrelerer så lite som mulig med hverandre.

**Resultat:** 6 pasienter og 3 sykepleiere deltok og tre faktorsyn steg fram. Faktorsynene fikk navnet: 1. "Nærvær, tillit og håp gir trygghet", 2. "En trygghet at pasientene blir sett, møtt og informert" og 3. "Sint på seg selv og alene med lidelsen gir utrygghet".

**Konklusjon:** Studien avdekker tre faktorsyn som gir en indikasjon på hva som kan hemme eller fremme lidelse i den preoperative fase. Det er funnet forskjeller mellom sykepleiere og pasienter, men også mellom den yngre og eldre hoftebruddspasienten. Disse funnene kan gi en økt forståelse og ny kunnskap om hoftebruddspasientens opplevelse av lidelse i perioden før operasjon.

**Nøkkelord:** Q-metodologi, lidelse, eldre, hoftebrudd, opplevelse, preoperativ, omsorgsvitenskap

# FORORD

Masterstudiet i Klinisk helse og omsorgsvitenskap har for meg fortonet seg som en reise til kjente, men også ukjente områder av sykepleiefaget. Noen områder har vekket min undring, andre skuffelse over at vi ikke alltid evner å forstå våre pasienters behov. I løpet av denne reisen har undringen hjulpet meg til å erkjenne hvilket potensiale omsorgsvitenskapen har til å hjelpe de sårbare, men også oss, de profesjonelle hjelperne. Mitt daglige arbeide består av korte møter i et høyteknologisk miljø og gjennom masterstudiet har omsorgsvitenskapen lært meg hvor viktig det er å være tilstede i øyeblikket og ta de rette valg.

Ideen til studien fikk jeg etter å ha tatt imot en rekke hoftebruddpasienter til operasjon og omsorgsvitenskapen hjalp meg til å se at deres lidelse i den preoperative fase ikke bare er smerter.

For at denne studien i det hele tatt kunne gjennomføres var jeg avhengig av hjelp fra ortopedisk sengepost slik at de kunne sette meg i forbindelse med pasient. Stor takk til funksjonsleder og sykepleiere.

Jeg vil også rette en stor takk til sykepleiere ved akuttmottak, ortopedisk sengepost og hoftebruddpasientene som deltok i studien, uten dere og deres synspunkter hadde dette ikke vært mulig.

Takk til Frode Skorpen for super veiledning gjennom hele studien, fra prosjektplan, søknad til REK og til slutt masteroppgaven. Å gjennomføre en Q-metodologisk studie hadde ikke vært mulig uten tett oppfølging, spesielt i utvikling av Q-utsagn, analyser og tolkning. Jeg har også fått god oppfølging under selve skriveprosessen og Frodes gode evne til konstruktive tilbakemeldinger motiverte til videre arbeid.

Tusen takk til min stedfortreder Siv i de perioder jeg har hatt fri til å skrive og ikke minst en stor takk til Dagny, min overordna som har gjort det mulig å gjennomføre dette studiet.

Sist men ikke minst, takk til min familie som tålmodig har funnet seg i mange timer med skriving på helg og kveld.

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>4</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	6
1.2 TEMAETS AKTUALITET OG KLINISKE FORANKRING .....	6
1.3 OPPGAVENS STRUKTURELLE OPPBYGGING.....	7
<b>2 TEORETISK BAKGRUNN</b> .....	<b>8</b>
2.1 BEGREP I OMSORGSVITENSKAPEN .....	8
2.2 LIDELSE I ET OMSORGSVITENSKAPELIG PERSPEKTIV.....	8
2.2.1 Sykdomslidelse .....	9
2.2.2 Den lidende kroppen.....	10
2.2.3 Pleielidelse.....	10
2.2.4 Lidelse og sårbarhet .....	11
2.2.5 Lidelse og omsorgskultur.....	11
2.2.6 Lidelse og eldre.....	12
2.2.7 Lidelse og den ontologiske situasjonsetikk .....	12
2.2.8 Lidelse relatert til hoftebrudd .....	13
2.2.9 Hoftebrudd .....	13
2.3 TIDLIGERE FORSKNING I EN OMSORGSVITENSKAPELIG TRADISJON .....	14
2.4 ANNEN RELEVANT FORSKNING .....	16
<b>3 ETISKE BETRAKTNINGER</b> .....	<b>20</b>
3.1 FORMELLE ETISKE KRAV .....	20
<b>4 METODE</b> .....	<b>22</b>
4.1 Q-METODOLOGI .....	22
4.2 METODISK TILNÆRMING I DENNE STUDIEN .....	23
4.2.1 Kommunikasjonsuniverset .....	23
4.2.2 Q-utvalg .....	24
4.2.4 Q-sortering.....	27
4.2 ANALYSE OG TOLKNING .....	29
4.2.1 Analyse, Faktoranalyse, Faktorløsning og korrelasjon.....	30
4.3 FAKTORTOLKNING .....	32
4.3.1 Postintervju.....	33
4.4 RELIABILITET OG VALIDITET .....	33
4.5 METODISKE BETRAKTNINGER.....	34
<b>5 OPPSUMMERING AV RESULTAT</b> .....	<b>36</b>
<b>6 DISKUSJON</b> .....	<b>38</b>
6.1 RESULTATENE DRØFTET VED HJELP AV OMSORGSVITENSKAP .....	38
6.1.1 Nærvær, tillit og håp gir trygghet.....	38
6.1.2 En trygghet for pasientene å bli sett, møtt og informert.....	41
6.1.3 Sint på seg selv og alene med lidelsen gir utrygghet.....	44
<b>7 KONKLUSJON</b> .....	<b>47</b>
7.1.1 Konsekvenser for klinisk praksis.....	48

<b>REFERANSER .....</b>	<b>49</b>
<b>9 VEDLEGG .....</b>	<b>54</b>
VEDLEGG 1. ARTIKKEL .....	54
REFERANSER .....	73
APPENDIX .....	76
<i>Figur 1. Matrise</i> .....	76
<i>Figur 2. Fisher balanced block design</i> .....	77
<i>Tabell 1 Q-utsagn, Faktor Array, Z-score, karakteristiske og konsensusutsagn faktor 1-3</i> ....	78
<i>Tabell 2. Faktorldinger</i> .....	81
<i>Tabell 3. Korrelasjon mellom faktorene</i> .....	82
<i>Tabell 4. Faktorsyn 1</i> .....	83
<i>Tabell 5. Faktorsyn 2</i> .....	84
<i>Tabell 6. Faktorsyn 3</i> .....	85
<i>Tabell 7. Konsensusutsagn</i> .....	86
<i>Tabell 8. Bakgrunnsvariabler pasienter</i> .....	87
VEDLEGG 2. ASA - KLASSIFIKASJON .....	88
VEDLEGG 3. SYSTEMATISK LITTERATURSØK .....	89
VEDLEGG 4A. FORESPØRSEL SYKEPLEIER DEL 1 AV STUDIEN .....	97
VEDLEGG 4B. FORESPØRSEL PASIENT DEL 1 AV STUDIEN .....	100
VEDLEGG 5A. FORESPØRSEL SYKEPLEIER DEL 2 .....	103
VEDLEGG 5B. FORESPØRSEL PASIENT DEL 2 .....	106
VEDLEGG 6. GODKJENNING REK.....	111
VEDLEGG 7. GODKJENNING HELSE-FONNA .....	113
VEDLEGG 8A. INTERVJUGUIDE PASIENT .....	115
VEDLEGG 8B. INTERVJUGUIDE SYKEPLEIER .....	117
VEDLEGG 9. Q-UTVALG BASERT PÅ FISHER BALANCED BLOCK DESIGN.....	119
VEDLEGG 10. ORDLYDSENDING I Q-UTVALG .....	120
VEDLEGG 11A. Q-UTSAGN PASIENTER.....	121
VEDLEGG 11B. Q-UTSAGN SYKEPLEIERE.....	122
VEDLEGG 12. SVAR FRA STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS.....	123
VEDLEGG 13A. INSTRUKSJONSBETINGELSE OG FORSKNINGSSPØRSMÅL PASIENT .....	124
VEDLEGG 13B. INSTRUKSJONSBETINGELSE OG FORSKNINGSSPØRSMÅL SYKEPLEIER .....	125
VEDLEGG 14. EKSEMPEL PÅ Q-UTVALGSNUMMER OG RANGERING I MATRISE.....	126
VEDLEGG 15. PRINCIPAL COMPONENT ANALYSIS .....	127
VEDLEGG 16. BAKGRUNNSVARIABLER PASIENTER .....	128

# 1 INNLEDNING

Denne studien ser på hoftebruddpasienters og sykepleieres erfaringer av lidelse i den preoperative fase og er masteroppgave i Klinisk helse og omsorgsvitenskap. Oppgaven er skrevet som artikkel med kappe.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som anesthesisykepleier har jeg møtt mange eldre med hoftebrudd som skal opereres og flere av dem er sårbare og fortvilet over sin situasjon. Den eldre hoftebruddpasienten er bruker av sykehusets tjenester og en passiv deltaker i sin behandling. Kjenner vi alle lidelser de er utsatt for og i så fall vet vi hva som lindrer eller forverrer lidelsen i møtet med helsevesenet? Ved hjelp av omsorgsvitenskap ønsker jeg å fokusere på hva denne pasientgruppen kommuniserer i forhold til lidelse i den preoperative fase. Forskning på eldre med hoftebrudd har i de senere år økt og mye av forskningen har vært basert på medisinske problemstillinger som har bidratt til reduksjon av mortalitet og morbiditet (Direktoratet for e-helse/Kvalitetsindikatorer, 2016). Til tross for at det i 2016 var omtrent 6000 personer med en gjennomsnittsalder på 83 år som pådro seg lårhalsbrudd i følge Nasjonalt Hoftebruddregister (Direktoratet for e-helse/Kvalitetsindikatorer, 2017), er det overraskende lite forskning som undersøker den eldre hoftebruddpasientens opplevelser og erfaringer under sykehusoppholdet. Det finnes forøvrig studier som beskriver pasientens erfaringer i denne tidsperioden, men ingen vektlegger deres opplevde lidelse i den preoperative perioden. På bakgrunn av det ovenstående er det overordna målet for denne studien å utforske de synspunkt som hoftebruddpasientene og sykepleiere kan ha om lidelse i pasientens møte med helsevesenet. Det underordna målet er å se på hva som kan hemme eller fremme hoftebruddpasientens lidelse i den preoperative fase.

## 1.2 Temaets aktualitet og kliniske forankring

Kunnskap om den lidende pasienten er vesentlig i omsorgsvitenskapen og hvem andre enn pasienten selv kan være vår veileder i forhold til å forstå hva som kan bidra til lidelse i den preoperative fase. For et eldre menneske kan et hoftebrudd bli starten på en langvarig og smertefull periode av livet som dessverre kan få dødelig utgang. Hoftebruddet kan være et



resultat av fysiske og psykiske symptomer som kjente og ukjente sykdommer kan gi. Uansett årsak til fallet kan hoftebruddet medføre store endringer i den eldre liv. Et hoftebrudd kan ha en svært livsødeleggende effekt hos den eldre pasienten og erfares som noe intenst ubehagelig og smertefullt. (Zidén, Wenestam, & Hansson-Scherman, 2008). For helsepersonell i akuttmottak og ortopedisk sengepost er en pasient med hoftebrudd en dagligdags opplevelse og det finnes mye kunnskap om denne pasientgruppen, men lite forskningsbasert kunnskap om hva disse eldre menneskene opplever av lidelse i ventetiden før operasjon. Det er kjent at hoftebrudd gir økt mortalitet og en ønsker derfor å behandle denne pasientgruppen så raskt som mulig (Direktoratet for e-helse/Kvalitetsindikatorer, 2017), men hva som kan hemme eller fremme lidelse i ventetiden før operasjon er ikke beskrevet i andre studier. Lidelse blir her forstått i lys av det Eriksson kaller sykdomslidelse, livslidelse og pleielidelse (lidelse påført av personale).

### 1.3 Oppgavens strukturelle oppbygging

Dokumentet gir en redegjørelse for teori og metode som er brukt i studien. Studiens metodologiske tilnærming er basert på Q-Metodologi og fremdriften er som følger: I kapittel 2 presenteres teori med sentrale omsorgsvitenskapelige begrep og relevant forskning. Kapittel 3 og 4 tar for seg metodiske betraktninger og presentasjon av metode, design, bakgrunn og gjennomføring. I kapittel 5 presenteres en oppsummering av resultatene i vedlagte artikkel. Artikkelen er skrevet i henhold til Scandinavian Journal of Caring Sciences gjeldende retningslinjer, og vil bli oversatt til engelsk før innsending. Valgt tidsskrift søker å utvikle og høyne den omsorgsvitenskapelige kunnskapen som er relatert til helse, sykdom og lindring av lidelse. I kapittel 6 blir resultatene drøftet utfyllende med et teoretisk omsorgsvitenskapelig bakteppe og kapittel 7 presenteres konklusjon og konsekvenser for praksis.

## 2 TEORETISK BAKGRUNN

Den eldre pasienten som blir lagt inn på sykehus er i en veldig sårbar situasjon og ved å bruke lidelsesbegrepet som et mål for forståelse i forhold til denne pasientgruppens situasjon, kan det åpnes for ny kunnskap.

### 2.1 Begrep i omsorgsvitenskapen

Menneskets verden domineres av språk, ord og begrep, noe som behøves for å forstå verden vi lever i. Begrepene gir oss mening og muligheter til å endre virkeligheten. Den autonome omsorgsvitenskapen trenger begrepsutvikling, da begrepene synliggjør substansen i hva omsorg er (Eriksson, 2012, ss. 31-32).

### 2.2 Lidelse i et omsorgsvitenskapelig perspektiv

Lidelsesbegrepet kan ha ulike ladninger og forbindes kanskje oftest til religiøse lidelsesberetninger som Jesu liv og lidelse, eller ved store humanitære katastrofer der begrepet blir brukt for å beskrive en voldsom nød og behov for beskyttelse. Lidelse har en eksistensiell og alvorstynget klang som vi mennesker vil verge oss mot (Arman, 2013, s. 196). Det å lære om lidelse som et ontologisk begrep eller lidelsens hva, vil gi omsorgsgiveren et grunnlag for en omsorgsfull holdning som har som mål å kjenne igjen og lindre lidelse. Lidelsen er grenseløs sier Eriksson og sammenligner den med universet. Lidelsen utgjør en stor del av det menneskelige livet og den er meningsløs, håpløs, ond og krenker menneskets verdighet, men ved å gjennomleve lidelsen kan mennesket finne håp og mening. Lidelse er en subjektiv og individuell erfaring, og på grunn av dette er det enklere å svare på lidelsens hvorfor enn lidelsens hva (Eriksson, 1995, ss. 15-37). Når Eriksson snakker om lidelsens hvorfor, kategoriserer hun lidelsesbegrepet i tre typer lidelse, nemlig sykdomslidelse, livslidelse og pleielidelse. Lidelse kan opptre i forskjellige fasonger, men det handler egentlig om å bli fratatt sin verdighet i både subjektiv og objektiv mening (Eriksson, 1995, s. 39). Pasient kommer fra det latinske ordet patient og kan bety «Den som lider» eller «den som holder ut».

Pasient betyr et lidende menneske som har behov for omsorg, underforstått at alle pasienter er lidende mennesker (Kasén, 2013, s. 101). I medisinsk terminologi brukes begrepet ofte som et vedheng til en sykdom for eksempel å lide av noe.

### 2.2.1 Sykdomslidelse

Når sykdom oppstår vil mennesket ofte oppleve lidelse og det kan dreie seg om smerte som er utløst av sykdom eller behandling. Å definere smerte kan være utfordrende og det eksisterer flere etter hvilken tilnærming en har. I følge Øvereng er den hyppigst brukte definisjonen, utarbeidet av IASP (International Association for the Study of Pain):

*”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse i forbindelse med virkelig eller potensiell vevsskade eller beskrevet som slik skade”*

Denne definisjonen kan årsaksforklare hvorfor det oppstår smerte og gir også rom for at smerten kan eksistere uten årsak, men forklarer ikke hele sannheten rundt smerte og smerteopplevelser. Det finnes derimot en definisjon på smerte som vektlegger pasientens opplevelse av smerte, utarbeidet av Margo McCaffery:

*”Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte sier at han har smerte”*. (Øvereng, 2002, ss. 253-254).

Denne definisjonen aksepterer at smerteopplevelsen hos en person er en subjektiv opplevelse uavhengig av andres oppfatning om personens smerte. I følge Nortvedt kan en pasients smerte være en faglig utfordring og en moralsk kjensgjerning som utfordrer oss til handling. Graden av smerte sier noe om pasientens behov (Nortvedt, 2002, s. 501). Smerte kan også være altopplukende og gi uutholdelig lidelse, drive mennesket inn i desperasjon og vanvidd, og til slutt sjelelig og åndelig død (Eriksson, 1995, s. 67). Smerte okkuperer menneskets fokus og hindrer det i å mestre lidelsen. Derfor er det avgjørende å smertelindre med det beste en kan tilby, men ikke all sykdom gir smerte. Sykdom kan også gi sjelelig og åndelig lidelse i form av fornedrelse, skam og skyld mennesket erfarer i forhold til sykdom og behandling (Eriksson, 1995, s. 67) Sykdom kan medføre trussel mot liv og helse slik at trygghetsfølelsen oppløses og forstyrrer dagliglivets selvfølgheter. Sykdommen kan også medføre opplevelse av å bli satt utenfor sin vanlige sammenheng og miljø slik at menneskets livslyst

og livskraft endres (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 88). Sykdom kan medføre skam og ydmykelse, spesielt ved å bruke sykdomsbegreper som påfører mennesket verditap. Begreper som funksjonshemmet, ondartet og retardert gjør mennesket mindreverdige og avvikende fra normalen. Sykdom som er behandlingstrengende vil også tvinge mennesket inn i blant annet venting, køordninger og informasjonsbehov som kan utløse skam og fornedrelse (Eriksson, 1995, s. 68).

### 2.2.2 Den lidende kroppen

Når en blir syk gjøres kroppen synlig og blir arena for undersøkelser. Sykdommen i kroppen krenker mennesket og den blir helsens og livets motstander. Det kan oppleves som en er i fengsel. I sin streben etter verdighet vil kroppen være i bevegelse mellom helse og sykdom, i en veksling mellom velbefinnende og lidelse sett fra et omsorgsvitenskapelig perspektiv. I den eldre kropp bor det en historie som strekker seg fra fødsel til nåtid, men også framover i tid med alle de utfordringer som ligger og venter etter hvert som kroppen krever endringer. Den lidende kroppen utsettes for er noe en må gjennomlide, utholde og tilpasse seg (Lindwall, 2013, s. 136).

### 2.2.3 Pleielidelse

Når den angivelige pleie eller omsorg en bør ha for den syke ikke oppleves som pleie og omsorg kan det oppstå en ny lidelse som kalles pleielidelse. Ved helsepersonellens manglende respekt og krenkende snakk oppstår det en uverdighet som fratrukker mennesket muligheten til å være et helt menneske og dets muligheter til å bruke sine helseressurser (Eriksson, 1995, s. 70). Omsorgsgiverens blikk, evne til å se pasienten og forstå hva som trengs, kan være avgjørende for pasientens opplevelse av lidelse i en omsorgssituasjon. Også når pasientene blotter sitt behov for hjelp, men ikke blir møtt eller sett kan det oppstå en følelse av ensomhet og utrygghet som påfører de pleielidelse (Dahlberg & Segesten, 2010, ss. 96-97). Pleielidelse oppstår i ulike omsorgssammenhenger og kan oppleves som den mest framtrædende lidelsen. Årsaker kan være et reduksjonistisk menneskesyn hvor pasienten ikke ses som et unikt og helt menneske, eller når pasienten ikke blir forstått og tatt på alvor i sin lidelse. Kasén, Nordmann,

Lindholm og Eriksson beskriver at en liten fleksibel pleieorganisasjon, en forsteinet omsorgskultur og ureflekterte omsorgsrelasjoner er hva pleiere oppfatter som mulig årsak til pleielidelse. I synet på om forekomsten av denne lidelsen kunne vært forhindret, sier de at det å ta ansvar for og synliggjøre pasienten samt skape rom for pasientens verden i pleieorganisasjonen, kan forebygge pleielidelse. Bevisst frem-driving av en caritativ omsorgskultur og gjenkjenne kilder til pleielidelse gjennom et reflektert helsepersonell, forhindrer også utvikling av kulturer som tillater slik type lidelse (Kasén, Nordmann, Lindholm, & Eriksson, 2008).

#### 2.2.4 Lidelse og sårbarhet

Alle mennesker er sårbare. Vi lever i avhengighet av hverandre og blir utlevert til andre for å bli ivaretatt når livet og sårbarheten vendes i mot oss. Sårbarheten gjør oss i stand til å føle og sanse andres lidelse, slik at vi kan ta på oss å ivareta andre (Martinsen, 2012, s. 12). I møtet mellom den lidende pasienten og omsorgsgiveren er det en forutsetning at omsorgsgiveren har evne til å åpne seg for lidelsen og pasientens livsforståelse. Det å møte denne pasientgruppen innebærer å anerkjenne deres sårbarhet. Arman og Rehnsfeldt sier at lidelse og livsforståelse er grunnleggende begrep og ontologiske grunnkategorier for omsorgen (Arman & Rehnsfeldt, 2006, s. 13). Vår autonomi blir satt under press hvis en ikke bekrefter sårbarheten som noe naturlig i livet. Det er en trend at unge friske personer har en livsforståelse som usårbare og uavhengige av andre og ser på seg selv som suverene og autonome. Når da et sykt eller eldre menneske opplever at avhengigheten til andre øker, vil det utgjøre en fare for dobbelt lidelse (Arman & Rehnsfeldt, 2006, ss. 80-81)

#### 2.2.5 Lidelse og omsorgskultur

De kulturelle lover vi til enhver tid innordnes kan avskjære oss fra å bli berørt og gjøre erfaringer. Vi kan tape kontakten med fordringen og vår autoritet forsvinner. Hvem skal da gi beskjed om hva som er bra eller skammelig. Derimot kan kulturen hjelpe oss ved å aktivere våre erfaringer og hjelpe oss i de mellommenneskelige møtene (Martinsen, 2000, ss. 55-56).

Eriksson (1995, s. 70) sier at helsepersonellets rolle kan hindre lidelse hvis de tar ansvar for og synliggjør pasienten i pleiekulturen.

## 2.2.6 Lidelse og eldre

Å være gammel, er beskrevet i en studie som å føle seg verdiløs – og tap av verdi gir lidelse. Å oppleve at en er blitt gammel i forbindelse med et lårhalsbrudd innebærer en mengde negative konsekvenser for pasienten. (Zidén, Wenestam, & Hansson-Scherman, 2008). Hoftebruddet kan sidestilles med annen alvorlig sykdom som kan gi funksjonshemming og død. Følelsen av å være gammel medførte flauhet for eksempel ved at de ikke klarte å stå på beina. Det å bli gammel kan oppleves stressende da det skjer mange endringer i et gammelt menneskes liv. Det kan være tap av ektefelle, søsken eller barn. Det kan være de må ta en avgjørelse på å selge sitt hus eller leilighet for de føler at de ikke kan klare å sitte med det selv.

## 2.2.7 Lidelse og den ontologiske situasjonsetikk

I møter mellom mennesker vil det alltid oppstå situasjoner som kan invitere til gode eller dårlige opplevelser. Alt avhenger av hvordan de ulike situasjonene blir håndtert og de ulike handlinger begått. Tiden vender aldri tilbake og handlinger vil aldri kunne gjøres om. Dette gjør hver enkelt situasjon unik og enestående. Allikevel kan situasjoner kjennes igjen og andre vurderinger gjøres. I avgjørelsene ligger den etiske vekt (Martinsen, 2012, s. 47). I etikkens utspring ligger de før-etiske livsytringer som blant annet tillit, medfølelse og håp. Dette er fenomener som hører tilværelsen til. De bærer essensen i våre relasjoner til andre og holder oss oppe i vekslingene mellom tilblivelse og tilintetgjørelse, mellom liv og død. Med tillit som grunnlag kan en tre fram og ta vare på det betrodde i situasjonen. Hvordan tilliten utvikler seg, avgjøres av situasjonens omstendigheter sier Martinsen (2012, s. 54) og tilliten vil finne fotfeste der pasienten inviteres og anerkjennes som den han er (Martinsen, 2000, s. 9). Den som møtes med tillit blir stilt en etisk fordring om å ivareta, ikke utnytte og blottstille og dermed påføre skam og krenkelser. Ved å være åpne mot andre og se seg selv i den andre, vekkes en spontan medfølelse og et krav om å ta ansvar. Gjennom å se den andre og seg selv

på en ny måte blir en ikke fastlåst i handlingsmønstre som kommer mellom den andre og meg (Martinsen, 2012, ss. 48-51).

### 2.2.8 Lidelse relatert til hoftebrudd

Å takle de akutte smertene og ventetid før kirurgi kan oppleves som stressende slik at tidligere klare og orienterte pasienter kan utvikle akutt forvirring, og blir ute av stand til å ivareta seg selv. Pasienter med akutt forvirring kan også oppleve mere intens smerte enn de som ikke er det. Også respekt og empati fra sykepleiere er en avgjørende faktor for pasientens opplevelse av god omsorg (Johansson, Bååth, Wilde-Larsson, & Hall-Lord, 2013). Zidén, Wenestam, Hansson-Sherman (2008) beskriver pasienters opplevelser etter hoftebrudd som noe som kom helt uventet med en kjedereaksjon til andre sammenfallende hendelser. Eksempler på slike hendelser kunne være sviktende syn, slag, depresjon, fallulykke og tap av familiemedlemmer eller venner. Det som startet som et beinbrudd opplevdes som årsak til en dramatisk endring i deres relasjon til kroppen, til de selv og hele livssituasjonen. De beskriver opplevelser etter utskriving og pasienten forteller om kroppsendringer i form av smerte, stivhet, fatigue, usikkerhet, ubehagsfølelse og nedsatt mobilitet. Kroppsendringen hindret de i å bevege seg fritt og de ble forsiktige og redde for å utføre huslige aktiviteter som rengjøring, innkjøp og turgåing. De opplevde å respektere seg selv og sitt behov, men også å bli mere avhengig av andre. De følte seg vennligere behandlet etter bruddet, men også av å være fanget i hjemmet uten å komme seg ut.

### 2.2.9 Hoftebrudd

I følge Nasjonalt Hoftebruddregister ble det i 2016 operert over 6000 pasienter for ulike typer hoftebrudd i Norge og registeret ble opprettet i den hensikt at det skulle bli økt fokus på behandling av denne pasientgruppen. Den nasjonale kvalitetsindikatoren for hoftebrudd vektlegger ventetid fra fall til operasjon, 30 dagers mortalitet og pasientrapportert livskvalitet. Alle sykehus som opererer hoftebrudd innrapporterer alle hoftebrudd til dette registeret (Engesæther, Lars B; Gjertsen, Jan Erik; Kvamsdal, Lise B, 2015). I Norge er gjennomsnittsalderen på en pasient med hoftebrudd 83 år og ca. 75% av de som rammes er

kvinner. Med hoftebrudd menes lårhalsbrudd (*fractura colli femoris*, lat) som er brudd i selve lårhalsen, i den proximale delen av lårbeinet og brudd peri- og subtrochantært (Direktoratet for e-helse/Kvalitetsindikatorer, 2016). Hvilken tidsramme en bør holde seg innenfor når det gjelder tid fra skade til kirurgi gir nåværende forskning/studier ikke et entydig svar på. Den Nasjonale faglige retningslinjen for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd (2006, IS-1322) sier at hofteledds-brudd bør behandles så snart som mulig og senest innen ett døgn etter bruddet for å hindre unødige smerter og komplikasjoner. Derimot er det studier som viser at det ikke er noen grunn til å haste inn i inngrepet, men heller bruke tid på ytterligere utredning og optimalisering. På grunn av dette viser Kvalitetsindikatoren for hoftebrudd andelen pasienter operert både innen 24 og 48t. Resultater av registreringen viser at 63 % ble operert innen 24t i 2016, mens 91% ble operert innen 48t (Direktoratet for e-helse/Kvalitetsindikatorer, 2017). Preoperativ periode er fasen før en starter et kirurgisk inngrep (Schichtling, 2009). Det er vanlig før anestesi og kirurgi å klassifisere pasientens helsetilstand. Dette gjøres for å få en rask oversikt over risikofaktorer hos pasienten som kan komplisere anestesiforløp og kirurgi. Pasientenes helsetilstand klassifiseres etter American Society of Anaesthesiologists (ASA) system for vurdering av pasientens fysiologiske status (Finstad & Valeberg, 2002, s. 63), (Trønnes, 2015). Se vedlegg 2.

## 2.3 Tidligere forskning i en omsorgsvitenskapelig tradisjon

Det finnes forskning på lidelse, men i svært liten grad i sammenheng med hoftebrudd. Under vil jeg presentere noe forskning som utdyper selve lidelsesbegrepet ytterligere.

Berglund, Westin, Svanström og Sundler (2012) har i sin studie belyst fenomenet lidelse erfart i relasjon til pleie hos pasienter i en sykehussetting. De fant at lidelse økte der helsepersonellens handlinger ignorerte en helhetlig og pasientsentrert pleie. Pleielidelsen ble et hinder for pasientens deltakelse i sin pleie, de opplevde å bli dårlig og ukorrekt behandlet, ikke hørt, ekskludert fra beslutninger og objektifisert. Dette bidro til frustrasjon og følelse av å være alene med sin sykdom.



Lindwall og vonPost (2008) beskriver i sin studie hvordan etablerte (u)-vaner og holdninger eksisterer i den perioperative pleiekultur som noe normalt og ikke som noe en vurderer og diskuterer. De fant at vaner i en pleiekultur påvirker helsepersonells måte å omtale og omgås pasienter på. Og de understreker at det er viktig å identifisere det gode i pleiekulturen slik at det dårlige kan elimineres.

Nyström, Dahlberg og Carlsson (2003) har i sin studie analysert og beskrevet omsorgsløse møter i et akuttmottak. Omsorg eller pleie ble redusert til praktiske gjøremål og praktisk kunnskap var viktigere enn å lindre lidelse eller å ha en dypere forståelse for pasientens behov. Pasientene uttrykte skuffelse over at deres behov ble neglisjert av sykepleierne, men de uttrykte aldri sin misnøye. I stedet fant de unnskyldninger som at sykepleierne har det travelt, er underbemannet eller at andre pasienter trenger de mere når sykepleierne ikke hadde tid til dem. Omsorgsløse møter var karakterisert av sykepleierens fravær som bunnet ut i at pleierne følte seg ukomfortable og var redde for å være for nær pasienten.

Ferrel og Coyle (2008) har i sin studie beskrevet lidelsens natur og sykepleiers mål hos kreftpasienter. Deres artikkel er en parallell til Cassel's beskrivelse fra 1982 om lidelsens natur og medisins mål. De sier at sykepleierens omsorg spiller en fundamental rolle for pasienter som lider, da det er de som er mest tilgjengelig for pasienten. Sykepleieren er ofte tilstede når andre har forlatt sengen og det kan være i disse øyeblikkene at lidelsen blir synlig. Sykepleiere som er vitner til lidelse på tvers av sykdommer, setter ord på pasientens levde opplevelse, og blir et viktig talerør i deres mest sårbare tilstand. De sier at lidelse er en del av det å være menneske og er forbundet med tap, usikkerhet samt å føle seg ødelagt. Pasientene opplever intense følelser som ensomhet, håpløshet, hjelpeløshet, tristhet, redsel, uro, forlatthet og desperasjon. Ofte opplever de et åndelig stress og blir ute av stand til å uttrykke sine opplevelser. Sykepleiers mål ved lidelse er å høre på pasienten, være tilstede og være varsom i pleie av pasientens kropp.

Lindholm og Eriksson (1993) beskriver en forskjell mellom pasienter og sykepleierens måte å forklare begrepet lidelse på. Sykepleierne tenderer å forklare lidelsens "hvorfor" mens pasienten beskriver lidelsens "hva". Lidelsens "hva" blir beskrevet ved hjelp av diagnoser, metaforer og symboler og forklarer lidelse med ord som manglende frihet, strev, fortvilelse, manglende styrke, ubevegelighet samt ytre og indre hindringer. De indre hindringene er redsel for negative følelser som iverksetter krefter en ikke kan kontrollere, krefter som frigir aggresjon en ikke kan tøyse eller kontrollere. Sykepleiere er usikre og nølende når det

kommer til hva pasienten egentlig opplever som lidelse og har også vanskelig for å sette ord på hva lidelse egentlig er. De tenderer å forklare lidelse ut fra hva de tror har forårsaket lidelsen, i stedet for å beskrive selve lidelsen. Sykepleiere gjør forsøk på å finne en mening for lidelsen, mens pasienten har vanskeligheter med å se på lidelse som noe meningsfylt. De sier at lidelsens "hva" er vanskelig å få øye på og den uttrykker seg på mange måter. Lidelsen kommer til uttrykk etter hvilken personlighet pasienten har og alle har sin unike måte å uttrykke seg på. De fremhever videre at den ultimate hensikt med omsorg er å lindre lidelse, slik at den kan bli gjort utholdelig så mennesket kan tåle det, men ikke bli eliminert. Hver lidelse er et drama av varierende styrke, en del av et menneskets liv. Det er noe fundamentalt og absolutt som døden, uten mening, men kan gi mennesket mening til sine egne opplevelser.

Lindwall, Lindberg og von Post (2010) beskriver i den perioperative dialogen at den eldre pasientens bekymringer før operasjonen ikke dreier seg om selve inngrepet, men om kroppen vil oppføre seg og ikke påføre de skam. Når kroppen ikke oppfører seg opplever pasienten at den blir en byrde for personalet. Bekymringer fordi de må fjerne høreapparat og briller slik at de ikke klarer å kommunisere. Flaue for at de må fjerne tannproteser slik at de endrer utseende og ikke klarer å snakke tydelig. De uttrykker redsel for at de ikke får sine faste medisiner som kan resultere i forverring av annen sykdom. De uttrykker også bekymring for de som er hjemme, for kjæledyr og andre forpliktelser de har.

## 2.4 Annen relevant forskning

Etter å ha søkt systematisk etter studier som omhandler hoftebrudd, lidelse og pasienterfaringer i den preoperative fase må jeg erkjenne at det ikke finnes litteratur på denne spesifikke tematikken. Det eksisterer allikevel publiserte studier som ligger nært opptil mitt tema som kan ha overføringsverdi. Søk er gjort i Cinahl og PubMed og artikler funnet uten fulltekst er ført videre via HVL-biblioteket og ORIA.no inn i andre fulltekstkilder. Det kan være via Ovid, ProQuest Health and Medical Complete, ProQuest Medical Library eller ProQuest Nursing and Allied Health Source, Elsevier ScienceDirect eller direkte til tidsskriftene hvor artikkelen er publisert.

Søkeord: *“hip fracture – elderly or aged or older or elder or geriatric – preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative – suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering – patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective – care or caregiving or caring – nursing or nursing care or nurse – caring science”*

Siden jeg har funnet svært lite litteratur med enkle søkeord har jeg vært nødt til å gå bredere ut med flere alternativ for å finne det jeg har lett etter, derav en lang liste med ord. I stedet for å bruke tall i søke-framgangen har jeg valgt å bruke alle søkeord som er brukt i kombinasjon og enkeltvis. De blir adskilt med OR eller AND. Se vedlegg 3.

Pasientens erfaringer og opplevelser av prehospital omsorg etter hoftebrudd er beskrevet av Aronsson, Björkdahl og Sundström (2014). Omsorgen ble av pasientene skildret som enten rasjonell eller meningsfull hvor den rasjonelle omsorgen opplevdes som effektiv og metodisk uten personlig involvering. Den meningsfulle omsorgen ble beskrevet som empatisk der personalet iverksatte ulike tiltak for å lindre pasientens lidelser. I møte mellom pasient og ambulanspersonell spilte dialog og berøring en avgjørende rolle for pasientens velfølelse, da dette skapte en vennlig atmosfære. Pasientene opplevde også å ikke bli fortalt det som skulle skje, ikke bli involvert og ekskludert. De fikk ikke kontakt med sin hjelper og alle spørsmål forble ubesvart. Noen pasienter fikk også hørselshallusinasjoner som var karakterisert som høyt volum og ute av pasientens kontroll. Følelsen av å være forvirret i form av at de ikke husker eller mangler innsikt i sin egen situasjon var også tilstede. Denne opplevelsen gav en sterk ensomhetsfølelse. Den strømlinjeformede behandlingsveien kan være fordelaktig, men også gjøre skade ved at pasientene ikke blir forklart det som skal skje. Pasientene opplevde forvirringer og hadde behov for å stille gjentatte spørsmål om det som hadde skjedd.

Archibald (2003) har utforsket pasientens opplevelser ved hoftebrudd, hvor selve ulykken og pasientenes smerteopplevelse var fremtredende i den preoperative fase. Pasientene snakker om selve ulykken og hvordan de forsøkte å få tak i hjelp. De visste umiddelbart at de hadde brukket hoften og beskrev en følelse av håpløshet og hjelpeløshet. I denne fasen hadde de fokus på å overleve og mobiliserte mye krefter på å tilkalle hjelp. Mens de ventet på hjelp var redselen den dominerende følelsen. De hadde også en opplevelse av at tiden mellom de fikk hjelp til de var på sykehus gikk raskt. På grunn av den sterke smerten i hoften var pasienten sikker på at den var brukket. De beskriver smerten som horribel og lidelsesfull til tider, men at de trosset dette for å skaffe seg hjelp.

Viktigheten med å bruke pasienten erfaringer og narrativer for å påvirke sykepleiepraksis blir fremhevet av Pownall (2004). Hun viser til at det brukes for lite tid til med pasienten og at det mangler informasjon og forklaringer på det som skal skje, og det som har skjedd. Også adekvat smertelindring er mangelfull. Ventetid i akuttmottak og ventetid til operasjon er for lang i følge pasienten. Hun sier videre det er evidens for at preoperativ informasjon kan redusere pasientens engstelse for operasjonen og bør gis så tidlig som mulig. Hun fremholder også viktigheten at helsepersonell har gode evner til å kommunisere.

Pasientens opplevelse av medbestemmelse under sykehusopphold etter hoftebrudd beskrives av Malmgren, Törnvall og Jansson (2014) etter hvilken evne pasienten har til å absorbere informasjon samt deres ønsker og forventninger om å bli involvert. Spesielt informasjon gitt etter operasjon opplevde mange pasienter som vanskelig å forstå, huske og fordøye. Noen hadde ingen ønske om å bli involvert eller behov for informasjon før kirurgi og overlot det preoperative forløpet til helsepersonellet. Bare noen få pasienter følte de hadde fått tilstrekkelig informasjon slik at de forsto og kunne involvere seg i sin egen behandling. Følelsen av å være involvert var basert på at personellet hadde tid, var hjelpsomme og at de ble hørt. Dette inkluderte også en god dialog hvor en kunne kartlegge pasientens behov. Mangel på kommunikasjon kunne resultere i en følelse av utestengning, ikke bli tatt på alvor og ignorering. Noen erfarte manglende tid til å slå av en prat om dagligdagse ting som nyheter osv. som avdekket pasientens behov for å være involvert i samfunnet, men som ikke ble ivaretatt av personellet. De fleste pasientene overlot alle avgjørelser til helsepersonellet under sykehusoppholdet. De fulgte de daglige rutinene ved sykehuset og var glad de fikk den hjelpen de kunne få.

Body, Kaide og Kendal (2015) beskriver i sin studie at smerte ikke er den eneste grunnen til at pasienter i et akuttmottak lider, selv om det er den største årsaken til at de oppsøker helsehjelp. 125 pasienter med ulike diagnoser ble spurt om de lider, noe 61,65% svarte bekræftende på, men bare 29,6% svarte at smerte var årsaken til deres lidelse. Pasientene oppgav både fysiske og emosjonelle årsaker til lidelse og ventetiden i akuttmottaket var dominert av fysiske lidelser som smerte, kvalme, oppkast, svimmelhet og kortpustethet. De emosjonelle lidelsene ble stort sett dominert av angst, ubehag, redsel, uro, usikkerhet, flauhet, bekymringer for sykdommen, bekymring for arbeidet og framtiden, ikke bli trodd av legen samt redsel for å få dårlige nyheter. De hadde også ønsker om å forlate sykehuset samt at de følte seg desorienterte og ikke i stand til å tenke klart. Det mest karakteristiske ved pasienten i akuttmottaket var at fysisk og emosjonell lidelse oppsto samtidig. Det ble identifisert tre

distinkte behov for lindring av lidelse hos pasientene, det første var å bli informert og gitt råd vedrørende diagnose, en bekreftelse på at ting vil gå bra, bli sett, å bli møtt med vennlighet, få en samtale, hvile og en god opplevelse. For det andre anga de ofte at det å få lindret de fysiske symptomene også lindret deres lidelse. Til slutt selv om pasienten ønsket behandling, kunne selve behandlingen eller venting på behandling, i seg selv gi ytterligere lidelse. Det kunne dreie seg om sen smertebehandling, kvalme og oppkast som oppsto mellom tidspunkt for vurdering og overføring til andre avdelinger. Studien gir en pekepinn på hvor viktig grunnleggende omsorg er i helsepersonells tilnærming til lindring av lidelse samt medfølelse og god evne til kommunikasjon. Noen pasienter anga at vennlighet og effektivitet lindret deres lidelse mens andre anga at et utrivelig eller helt åpent venteområde hadde forverret deres lidelse eller faktisk bidro til at de begynte å lide.

### 3 ETISKE BETRAKTNINGER

Ved igangsetting av studier er det alltid viktig å ha klart for seg hvilke forskningsetiske retningslinjer som gjelder. All forskning med kvalitative egenskaper innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier er viktige deler av kunnskapsutveksling og utvikling (Malterud, 2013, s. 201). Som forsker må en være etisk bevisst og ha holdninger som ikke krenker menneskets verdighet eller påfører mennesket lidelse. En skal hele tiden etterstrebe å behandle sine informanter med respekt. Underveis i studien er det gjort etiske overveielser i inkludering av utvalg, innhenting av skriftlig informert samtykke og gjennomføring av Q-sortering. Se vedlegg 4A-B og 5A-B.

#### 3.1 Formelle etiske krav

Å inkludere i en Q-studie, eldre skrøpelige pasienter og sykepleiere fra sengepost og akuttmottak, kan by på etiske og juridiske utfordringer. På grunn av sitt hoftebrudd har pasientene kommet i en situasjon hvor de kan være sårbare og utsatt for alvorlig sykdom. Jeg var bekymret for at permanente eller forbigående begrensninger kunne redusere deres muligheter til å avgi informert samtykke. Også ansatte kan defineres som sårbare, spesielt hvis de innehar en underordnet rolle og er en del av et hierarki som kan utfordre deres mulighet til å avslå deltakelse i en studie (Solbakk, 2014). Informasjon om deltakelse til studiet ble delt ut til pasienter og sykepleiere som sa seg villig til å være med. Når Q-sorteringen skulle gjennomføres, fikk respondentene muntlig og skriftlig informasjon om deltakelse i studien. De ble gjort spesielt oppmerksomme på hvilke konsekvenser deltakelsen kunne få, samt at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst. Siden studien har som formål å søke ny kunnskap, samt at deltakerne kunne defineres som sårbare, ble det vurdert tidlig om det var nødvendig å søke godkjenning hos Regional etisk komite (REK). REK sier at forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger med det formål å få ny kunnskap om helse og sykdom er framleggspliktig. I søknaden skal det redegjøres for gjennomføring av studien, hvilket utvalg av pasienter en skal undersøke, om de er samtykkekompetente og ivaretagelse av anonymitet. Den vitenskapelige kvaliteten og nytteverdi må også redegjøres. Jeg tok kontakt med saksbehandler ved REK- vest og det ble

anbefalt å sende inn en framleggsvurdering. Framleggsvurderingen ble sendt den 24.04.2016 (ref.nr: 2016/752-1) og svar forelå allerede den 25.04.2016 (ref.nr: 2016/752-2) med beskjed om at det må sendes full søknad. Begrunnelsen var at ved tvil om formålet med prosjektet er å få ny kunnskap om helse og sykdom, eller om det er kvalitetssikring, skal det sendes full søknad. Full søknad, godkjent av veileder ble sendt inn 03.05.2016 (ref.nr: 2016/824/REK vest) og behandlet 02.06.2016. Prosjektet ble godkjent uten videre kommentar og svar forelå den 22.06.2016. Siden det ble levert full søknad til REK var det ikke nødvendig å sende forespørsel til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste). For å få tillatelse til innsamling av data ved Helse-Fonna må det også søkes om godkjenning hos seksjon for forskning og innovasjon, klinikkdirektør kirurgisk klinikk og administrerende direktør. Godkjenning forelå fra administrerende direktør 05.07.2016. Se vedlegg 6 og 7.

## 4 METODE

Dette kapitlet vil redegjøre for den metodiske tilnærmingen, og gjennomføring av studien. Intensjonen med studien er å få ny innsikt i pasientens opplevelser sett via pasientens øyne. For å få frem hva hoftebruddpasientene kommuniserer av opplevd lidelse og hva de erfarer som hemmende eller fremmende på lidelse preoperativt, er Q-metode valgt. Metoden har subjektivitet som et sentralt begrep og metodens mål er å fange opp individets subjektive opplevelse av verden via faktoranalyse (Watts & Stenner, 2012, s. 30).

### 4.1 Q-metodologi

Metoden ble utviklet av fysikeren og psykologen William Stephenson i perioden 1935-53, i den hensikt å operasjonalisere subjektive følelser for å gjennomføre faktoranalyser. I følge Stephenson er subjektivitet en indre samtale med seg selv samt å se ting fra sitt eget ståsted. Det oppstår erfaringer hver dag som hele tiden påvirker vår indre samtale, hvordan vi ser på verden og som til slutt påvirker vår adferd (Simons, 2013). Q-metodologien tillater måling av de ulike måtene folk forstår og oppfatter verden på, det være seg tanker, følelser, meninger, holdninger osv. En måler hvordan respondentene rangerer ulike utsagn rundt et fenomen i form av for eksempel mest eller minst enig. Siden verdiene kan rangeres meningsfylt er tallene på ordinalnivå (Ringdal, 2013, s. 90). Det er deltakerne selv som er referenter og via abduksjonsprosessen kan det kan gi oss nye ideer (Wolf, 2010, s. 34). På denne måten kan ny forståelse av pasientens subjektive opplevelse av lidelse oppstå (Skorpen, Thorsen, Forsberg, & Rehnsfeldt, 2014). Hva som kan oppleves som hemmende eller fremmende i forhold til lidelse preoperativt er ikke likt hos alle pasientene. Det kan være noe i selve situasjonen, påvirkninger fra de pasienten interagerer med eller faktorer hos den enkelte som bidrar til ulike erfaringer. Ved å bruke Q-metode vil en få identifisert allmenne og individuelle synspunkter som gjør forskeren i stand til å se på likheter og forskjeller i meningsytringer hos en gruppe mennesker. Det begrepsmessige rammeverket vil bidra til struktur i framgangsmåten ved Q-metode (Thorsen & Allgood, 2010, s. 15). Kort fortalt er prosessen i en Q-studie fordelt på fem steg. Første steg er utvikling av kommunikasjonsuniverset “Concourse”, som representerer alt som blir kommunisert i forhold til forskningsspørsmålet



og er i prinsippet et uendelig antall subjektive utsagn. Steg to er å utvikle Q-instrumentet som vil si en reduksjon av mengde utsagn fra kommunikasjonsuniverset slik at en sitter igjen med et håndterlig representativt utvalg også kalt Q-utvalg (Thorsen & Allgood, 2010, s. 19), (Størksen, 2012). Tredje steg er å definere P-utvalget, hvor det velges respondenter til gjennomføring av Q-sortering. Ideelt sett skal disse ha samme bakgrunn som deltakerne ved dybdeintervjuene. Steg fire er selve Q-sorteringen som gjennomføres etter en gitt instruksjonsbetingelse, der deltakeren blir spurt om å rangere kortene etter sine egne subjektive oppfatninger (Størksen, 2012). Siste steg i prosessen er analyse og tolkning av resultatene. Det kan være fornuftig å ha oppfølgingsintervju til hjelp i tolkeprosessen i forhold til de utsagn som lader høyt på faktorene. Tolkeprosessen i Q-metodologi baserer seg på abduksjon og det er viktig å ha i bakhodet at de forståelser en oppnår via faktoranalyser og tolkninger er forskerens, ikke Q-sortererens (Størksen, 2012), (Thorsen & Allgood, 2010, s. 34).

## 4.2 Metodisk tilnærming i denne studien

I den følgende tekst vil det bli redegjort for den metodiske tilnærmingen og fremgangsmåten. Forløpet i en Q-metodologisk studie kan sees som en “steg for steg” prosess (Brown, 1980, s. 182), hvor de mekaniske sider ved Q-teknikken klargjøres og logikken bak de ulike stegene blir presentert.

### 4.2.1 Kommunikasjonsuniverset

Kommunikasjonsuniverset eller “Concourse”, er alt som kan kommuniseres eller diskuteres om et spesifikt tema. Det er i prinsippet uendelig og en total oversikt er umulig, men gjennom intervju med deltakere i studien samt gjennomgang av forskning og litteratur om emnet, vil en få en god plattform til å forstå kommunikasjonsuniverset. Det som kommuniseres bør være gjenkjennelig for de som befinner seg i kulturen og omfatter alle typer stimuli der individer kan uttrykke preferanser. Det dreier seg blant annet om meninger, holdninger, verdier, oppfattelse og “beliefs” (Thorsen & Allgood, 2010, s. 18). For å finne utsagn om hva som kan hemme eller fremme lidelse hos hoftebruddspasienten i den preoperative fase, ble det

innledningsvis gjennomført tre semi-strukturerte individuelle intervju med en hoftebruddpasient og to sykepleiere fra ortopedisk sengepost. Disse kan sies å komme fra samme kultur, men med ulikt perspektiv og erfaringer. Det ble benyttet en intervjuguide med begrepet lidelse knyttet til ti ulike tema som kan opptre i den preoperative fase. Se vedlegg 8A og B. Temaene var hentet fra publiserte kvalitative forskningsartikler og annen anerkjent litteratur. Informantene ble i tillegg stilt et helt åpent spørsmål hvor de kunne fortelle om situasjoner som ikke ble nevnt i guiden. Informantene fikk snakke seg tom for hvert enkelt tema om hva som kan hemme eller fremme lidelse i forbindelse med hoftebrudd. De hadde mulighet til å gå frem og tilbake i de ulike tema og noen situasjoner kunne skape erindringer om andre tema som ikke var kommunisert eller nevnt i guiden. Intervjuguiden ble et hjelpemiddel for å holde dialogen fokusert om opplevelser rundt den preoperative fase, da det kan være lett å blande opplevelser fra før og etter operasjonen. Intervjuene ble tatt opp på lydfiler og direkte transskribert til tekst som utgjorde ca 15000 ord. Det ble også søkt etter kvalitativ forskning og litteratur som kunne bidra til kommunikasjonsuniverset. Forespørsel om pasientens deltakelse i studien ble gjort av funksjonsleder ved ortopedisk sengepost, samme dag som intervjuet fant sted. Forespørsel til sykepleierne om deltakelse og samtykke til studien ble gjort i god tid før intervjuet. Funksjonsleder ønsket at intervjuene skulle gjennomføres i en rolig periode på sengepost, noe som var vanskelig å forutse. Når jeg ble kontaktet avtaltes det klokkeslett samme dag som intervjuene fant sted.

#### 4.2.2 Q-utvalg

Q-utvalg er en liten representativ del av kommunikasjonsuniverset og utvalget i denne studien er utviklet ved hjelp av Fishers balanced block design. Q-utvalget i form av utsagn er gjennomgått systematisk og designet gir forskeren mulighet til å sortere utsagnene etter effekt og nivå, for å få et balansert bilde av det som blir kommunisert. Et skjevt utvalg vil ikke fremstå som representativt for det spesifikke kommunikasjonsuniverset en vil studere (Kvalsund & Allgood, 2010, s. 49). I utviklingen av Q-utvalget er det viktig å holde utsagnene så enkle og entydige som mulig slik at det ikke oppstår uklarheter eller selvmotsigelser. Utsagn med doble betydninger kan være problematiske, i likhet med negativt ladde utsagn (Watts & Stenner, 2012, s. 62). Q-sortereren skal ha mulighet til å ilegge det sin subjektive mening. Utsagnene er ført opp fortløpende fra intervjuene og deretter grovsortert

under ulike tema som kom fram i kommunikasjonsuniverset. Transkribering fra intervju og utsagn hentet fra forskning, resulterte i 226 setninger som etter hvert skulle reduseres til 40.

Figur 1: Q-utvalg basert på Fisher balanced block design

Effekter	Nivåer					Celler
	<b>(c)</b> Møte med helsevesen	<b>(d)</b> Avhengighet/ Kontroll/ Pårørende	<b>(e)</b> Med- Bestemmelse	<b>(f)</b> Smerter	<b>(g)</b> Pleie Omsorg	4x10
<b>(A)</b> Hemmer lidelse	<b>Ac</b> 4 utsagn	<b>Ad</b> 4 utsagn	<b>Ae</b> 4 utsagn	<b>Af</b> 4 utsagn	<b>Ag</b> 4 utsagn	20 utsagn
<b>(B)</b> Fremmer lidelse	<b>Bc</b> 4 utsagn	<b>Bd</b> 4 utsagn	<b>Be</b> 4 utsagn	<b>Bf</b> 4 utsagn	<b>Bg</b> 4 utsagn	20 utsagn

Temaet i studien er den eldre hoftebrudd pasientens opplevelse av lidelse og det som representerer effekter er hva som kan hemme eller fremme lidelse i den preoperative fase. Effekter danner det teoretiske utgangspunktet for Q-utvalget og nivåer representerer tema der pasientens lidelsesopplevelser kan eksistere. Utsagnene til sortering er utledet fra 10 mulige kombinasjoner. 4 utsagn representerer hver celle, det vil si 10 celler x 4 utsagn = 40 utsagn. Utsagnene i hver enkelt celle skal ha større likhet enn utsagnene i de andre cellene, men samtidig skal hver celle inneholde utsagn som har ulik nyansering. Noen av utsagnene var vanskelig å plassere da de hørte naturlig inn under flere nivå. Gjennom hele forskningsprosessen inkludert utvikling av Q-utvalget har min forståelse og forforståelse innvirkning på de valg som må gjøres. Derfor er det viktig å ha en aktiv holdning i forhold til å oppsøke og konfrontere sine egne forestillinger og posisjoner (Malterud, 2013, s. 18). Ved hjelp av veileder og en ny nøye vurdering av hva som var mest fremtredende i utsagnene, ble de til slutt plassert slik at de ble så representative som mulig. Se vedlegg 9. Dette var et tidkrevende arbeid som vedvarte over flere uker. Siden utsagnene som er skrevet på kort skal settes inn i en matrise, må de nummereres for å holde orden på hvor de plasseres. Nummerering gjøres ved tilfeldig trekking for å hindre at strukturelle mønstre blir oppdaget og dermed kan påvirke informanten under sorteringen (Kvalsund & Allgood, 2010, s. 53). Utsagnene ble lagt i en stor pose og blandet godt sammen for deretter å trekkes ut. Gjorde en pilot med veileder for å se om utvalget var balansert, noe som er viktig med tanke på

representativitet i forhold til kommunikasjonsuniverset. Piloten viste at ett utsagn (19) måtte endre ordlyden da det kunne misforstås og ett utsagn (1) måtte skrives litt om for å få det litt tydeligere. Se vedlegg 10. Gjorde en ny pilot med en kollega som var kjent med tematikken for å se at utsagnene fungerte og at de gav respons. Til slutt satt jeg igjen med et balansert og representativt utvalg i forhold til kommunikasjonsuniverset. Vedlegg 11A og B, viser utsagn til sortering hos pasienter og sykepleiere i nummerert rekkefølge.

### 4.2.3 P-utvalg

Ved gjennomføring av en Q studie er det viktig at deltakerne representerer den kulturen kommunikasjonsuniverset hentes fra. P-utvalget kan kommunisere ulikt syn og ulike subjektive perspektiver som muligens eksisterer der (Thorsen & Allgood, 2010, s. 19). Dette kan også kalles strategisk utvalg siden dette utvalget kan gi mest mulig informasjon om det fenomenet eller begrepet en ønsker å undersøke (Malterud, 2013, s. 56). Siden det var hoftebruddpasientens opplevelse av hva som hemmer eller fremmer lidelse i den preoperative fase, var det naturlig at P-utvalget skulle bestå av pasienter med nyoppstått hoftebrudd og sykepleiere som til daglig jobber med denne pasientgruppen. Planlagt tidspunkt for Q-sortering for pasient var fra og med første postoperative dag og så lenge de var inneliggende på sykehuset. Å få tak i denne type deltakere til studien har vært en tidkrevende prosess og en rask beregning over hvor mange pasienter en kunne forvente å få i en gitt tidsperiode, resulterte i ca 1 pasient pr 14 dag. Inklusjonskriteriene var eldre personer over 70 år som hadde pådratt seg et hoftebrudd etter fall og trengte kirurgi. Aldersgrensen på 70 år ble endret til 60 år for å lette tilgangen på pasienter. Begge kjønn var ønskelig, de burde være hjemmeboende eller i omsorgsbolig og ha minimalt behov for hjelp. Eksklusjonskriterier var pasienter med demens, alzheimer, aldersrelatert alvorlig kognitiv svikt, akutte konfusjonstilstander, afasi og fremmedspråklige. Sykepleiere til deltakelse i studien ble rekruttert av funksjonsleder og inklusjonskriterie for sykepleier var minimum to års klinisk erfaring med hoftebruddpasienter. For å øke muligheten for pasienttilgang, ble det etter anbefaling fra veileder tatt kontakt pr e-post til ledere ved ortopedisk seksjon ved to nabosykehus om forespørsel til datainnsamling. Fikk negativt svar hos det ene sykehuset med begrunnelse i flere pågående studier ved deres seksjon som var ressurskrevende. Se vedlegg 12. Seksjonsleder ved sykehus to gav tillatelse og fikk oversendt informasjon om studien og

de formelle godkjenninger. Formidling av spørsmål om deltakelse i studien, ble primært gjort av funksjonsleder eller pasientansvarlig sykepleier ved ortopedisk sengepost. Formidlingen skulle foregå på dagtid i ukedagene siden det i helgene er redusert bemanning og ofte travelt. Skriftlig informasjon om studien og metode ble sendt til sengeposten når alle godkjenninger var i orden. Hvilke pasienter som kunne inkluderes overlot jeg til pasientansvarlig sykepleier å bedømme siden hun/han kjente pasienten best. Før hver Q-sortering var jeg oppe på sengepost og avtalte mest gunstige tidspunkt for gjennomføring og om det var noen endringer i pasientens tilstand. 13 hoftebruddpasienter ble spurt om deltakelse i studien, av disse var det 4 som ikke ønsket å delta. Totalt 5 sykepleiere fra henholdsvis ortopedisk sengepost og akuttmottak og totalt 9 hoftebruddpasienter deltok. Pasientene ble forespurt første postoperative dag og de fleste ønsket å gjennomføre Q-sortering fra og med andre postoperative dag da de var slitne etter operasjonen. Som sagt tidligere var det ønskelig å inkludere begge kjønn i studien, men det lyktes ikke. De menn som ble forsøkt inkludert ønsket ikke å delta med begrunnelse i at de var for slitne og trette etter operasjonen.

#### 4.2.4 Q-sortering

Handlingen der Q-utvalget blir sortert og rangert i en fast matrise hvor deltakerens subjektive mening om et tema vil muliggjøre analyse og tolkning, kalles Q-sortering. Dette er en praktisk aktiv prosess som krever en tavle, lerret eller stort ark som er påtegnet en matrise som gir en tvungen rangering av utsagn. Matrisen etterligner en normalfordelingskurve ved at den har færre felt på ytterpunktene enn i midten (Watts & Stenner, 2012, s. 17). Ved hjelp av matrisen må deltakeren sortere og rangere et gitt antall utsagn fra for eksempel -4 til +4, for på denne måten å gjøre sin subjektivitet operant. Prosessen beskrives som subjektiv siden det er “meg”, “ikke du” som er involvert i aktiviteten og at sorteringen tar utgangspunkt i “mitt” ståsted. Ved å forstå subjektivitet som en aktivitet, vil Q-sortering bli et middel til å fange subjektiviteten på en reliabel, vitenskapelig og eksperimentell måte (Simons, 2013, s. 26). Basert på sorteringen finner forskeren faktorer og foretar tolkninger basert på dette. (Wolf, 2010, s. 32). Hvordan matrisen ser ut, avhenger av antall utsagn og hvilket matrisedesign en velger. Jeg valgte å bruke en magnetstavle med små magneter slik at også sengeliggende Q-sorterere fikk mulighet til å plassere kortene med utsagn på tavlen. Tavlen fikk påtegnet en matrise med bredde fra -5 til +5, hvor positivt eller negativt fortegn kunne antyde mest likt

eller mest ulikt respondentens mening. Jeg valgte en 11 punkts matrise for 40 utsagn med litt flat oppbygging. Det er en fordel med en flatere struktur hos deltakere med mye kunnskap og sterke meninger om et tema, noe jeg antok at deltakere i denne studien hadde. De gis en mulighet til å uttrykke mere følelsesladde og ekstreme meninger om emnet ved å fordele utsagnene ute på sidene enn mot midten (0) (Watts & Stenner, 2012, s. 80). Det kan oppleves av og til vanskelig å sortere etter den angitte matrisen, men fordelene er at subjektive nyanser tvinges fram.

Figur 2. Matrise 40 utsagn. 11 punkts distribusjon (2, 3, 3, 4, 5, 6, 5, 4, 3, 3, 2)

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5

Selve sorteringen ved ortopedisk sengepost ble gjort individuelt, enten på pasientens rom eller i et samtalerom. I akuttmodtak ble et samtalerom benyttet. Jeg ønsket at pasientene og sykepleierne primært skulle være alene slik at en unngikk unødige forstyrrelser og avbrytelser når en var i gang. Siden Q-sortering kan være litt vanskelig å gjennomføre hvis en ikke helt forstår prinsippet, var det viktig innledningsvis å gjøre seg kjent med spesielt pasientene som var respondenter. Ved å snakke litt løst og fast om dagligdagse ting fikk jeg dannet meg et bilde av pasientens hørsel, syn og kognitive evner. Deretter gikk jeg gjennom instruksjonsbetingelsen og gjentok forskningsspørsmålet flere ganger underveis der deltakerne ble usikre og mistet litt fokus. Instruksjonsbetingelsens hensikt er å gi en fokusert retning til Q-sortererens subjektivitet. Dette er viktig da det avgjør hvilket perspektiv Q-sorteringen skal gå ut fra. For å være sikker på at alle deltakerne svarer på det samme forskningsspørsmålet, ble det benyttet et ark hvor forskningsspørsmål og framgangsmåte er beskrevet. Se vedlegg 13A og B. Siden det er to type deltakere må ordlyden på

forskningsspørsmålet ha ulikt ståsted, men med samme innhold og betydning. Det er av avgjørende betydning for styrken i studien og metoden at ting blir gjort på samme måte for hver Q-sortering. Å feile i dette er å la sammenligning, korrelasjon og faktoranalyse av data bli lagt åpen for angrep (Watts & Stenner, 2012, s. 56). Før oppstart av sorteringen fikk respondentene informasjon om at jeg skulle være tilstede hele tiden og at de hadde mulighet til å spørre underveis hvis de lurte på noe. Oppsto det spørsmål om utsagnene, leste jeg det opp og stilte spørsmål tilbake om hva utsagnet betydde for de og hva som gjorde at de reagerte på det. I slike situasjoner gjentok jeg forskningsspørsmålet for å holde fokus, noe som hjalp deltakeren til å plassere kortet der de mente det hørte hjemme. Jeg presiserte at det ikke finnes rette eller feil svar og at det er deltakerens mening jeg ønsker å få fram. Siden dette blant annet var eldre nyopererte pasienter tok jeg høyde for at sorteringen kunne ta noe lengre tid og tilbydde de pauser med litt drikke og avslappende prat. De fleste ønsket å fortsette uten nevneverdige pauser, noe som resulterte i at pasientenes Q-sortering i gjennomsnitt varte i overkant av en times tid. Sykepleiernes sortering tok 30-40 minutter. Sorteringen foregikk slik at respondentene først grovsorterte i tre bunker. Én bunke representerte hva de var mest uenige i (-), mest enige i (+) og en nøytral (0) i forhold til deres opplevelse av lidelse. Deretter gikk de i gang med finsortering av hver enkelt bunke og etter hvert ble kortene med utsagn festet på en tavle med magneter. De fikk mulighet til å se over tavlen og eventuelt flytte på noen utsagn hvis de ønsket det. Til slutt gjennomførte jeg et postintervju der jeg ba respondentene svare på hva som gjorde at de hadde plassert akkurat de utsagnene på -4, -5 og +4, +5. Deretter ble kortenes nummer skrevet ned på en papirkopi av matrisen. Se eksempel i vedlegg 14.

## 4.2 Analyse og tolkning

Alle individuelle Q-sorteringer (data) mates inn i et statistisk analyseprogram, som gjør det mulig å gjennomføre en person til person faktoranalyse. Respondenter som har samme verdiskår i fordelingsmønsteret, er et tegn på at de korrelerer høyt med hverandre ut fra den Q-sorteringen som representerer denne spesifikke faktoren best (Thorsen & Allgood, 2010, ss. 56-57). En kan også kalle det faktorladning der en ser hvor sterkt det enkelte individs Q-sortering lader på hver faktor (Thorsen & Allgood, 2010, s. 19). I analysedelen oppdages Q-sortererens subjektivitet ved å bruke abduksjon. Logikken bak abduksjon er at den skal tilby

ideer og engasjement i nye situasjoner, for på den måten å skape en mening. Det handler om å finne noe nytt og oppdage meningsmønstre i kommunikasjonsuniverset. Den abduktive prosessen medfører å sette seg inn i Q-sortererens sinn hvor en observerer en forening av meninger og finner en forståelse av kommunikasjonsuniverset. Meningsmønstre og forståelse av kommunikasjonsuniverset blir tilgjengelig via Q-sorteringer og datafortolkning (Thorsen & Allgood, 2010, s. 35)

#### 4.2.1 Analyse, Faktoranalyse, Faktorløsning og korrelasjon

Analyse ble gjennomført ved hjelp av analyseprogrammet PQMethod 2,35 med DOSBox og PQROT 2.0 for Mac (Schmolck, 2014). Data fra deltakernes matriser ble lagt inn i analyseprogrammet og en sammenligning av de ulike individuelle sorteringene ble gjort. På denne måten kommer korrelasjoner mellom de ulike subjektive syn fram. Med korrelasjoner menes statistiske sammenhenger mellom to variabler (Ringdal, 2013, s. 96). En søker å finne likheter og ulikheter gjennom de statistiske analysene som bidrar til at alle sammenfallende syn havner i en faktor. En ønsker også å se på hvor mye de ekstraherte faktorene utgjør av studiens varians. Hvilken faktorløsning som best kan representere personutvalget, avgjøres av forsker på bakgrunn av alle analysene. Faktorene bør fremstå som tydelige, noe som betyr at de må korrelere så lite som mulig med hverandre (Watts & Stenner, 2012, s. 98) (Thorsen & Allgood, 2010, s. 57). Etter først å ha gjort en Principal Component Analysis hvor Eigenvalues (EV) etter Kaiser-Guttman kriteriet ble vurdert, satt jeg igjen med 3 faktorer. Se vedlegg 15. Kaiser-Guttman kriteriet legger opp til at en beholder alle faktorer med EV over 1,00. En faktor med EV mindre enn 1,00 er ansett å ha mindre studie varians enn en enkelt sortering. Denne metoden blir ofte kritisert for å trekke ut for mange faktorer spesielt ved store datamengder (Watts & Stenner, 2012, s. 106). Siden min studie ikke har store datamengder fortsatte jeg arbeidet med uttrekking av faktorer. Gjennomførte flere varimax-rotasjoner av både 2, 3 og 4 faktorløsninger for å finne den mest høvelige løsningen på de ulike syn som er tilstede hos hoftebruddpasienten i den preoperative fase. Jeg valgte til slutt en 3 faktorløsning som ble rotert ved hjelp av varimaxrotasjon og håndrotasjon av faktor 1 og 3 på  $\angle -7^\circ$ . Dette gav høy forklarende varians, lav korrelasjon mellom faktorene og deltakere som ladet signifikant på ett faktorsyn. For å ha muligheten til å evaluere styrken av et korrelasjonstall, benyttes formelen  $SEr=1/\sqrt{N}$ , hvor N er antall utsagn i Q-set. Faktorladinger



med signifikansnivå ved  $p < ,01$  regnes ut ved  $[2,58 \times (1/\sqrt{N})]$  og ved  $p < ,05$   $[1,96 \times (1/\sqrt{N})]$  (Watts & Stenner, 2012, s. 107). Hvor mange Q-sorteringer som bør være med å representere ett faktorsyn, avhenger av hvor høyt sorteringene lader på faktoren og faktorens forklarende varians sett i sammenheng med EV. En faktor var representert av 2 sorteringer som ladet relativt høyt og var representert med 20 % av studiens varians. Det argumenteres for at en kan ha så lite som to sorteringer hvis de til gjengjeld lader høyt på faktoren (Watts & Stenner, 2012, s. 113).

Tabell 1: Faktorladinger; sorteringer som definerer faktoren er merket X

Q-sortering	Fiktivt navn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Nr. 1	Erna	-0.0204	-0.0761	<b>0.7639X</b>
Nr. 2	Kari	0.4181	0.3206	0.6258
Nr. 3	Anna	<b>0.6875X</b>	0.1352	0.3625
Nr. 4	Tora	<b>0.6994X</b>	0.2584	0.3347
Nr. 5	Marie	0.0499	0.3582	<b>0.5885X</b>
Nr. 6	Gunnhild	-0.2439	<b>0.7558X</b>	0.0169
Nr. 7	Serine	0.6372	0.0915	0.4192
Nr. 8	Asbjørg	<b>0.7274X</b>	0.0851	0.0397
Nr. 9	Sofie	0.4430	0.0365	0.5773
Nr. 10	Astrid K	0.2380	<b>0.7730X</b>	0.1224
Nr. 11	Brit H	0.1260	0.4149	0.7261
Nr. 12	Sissel P	0.3608	<b>0.6892X</b>	0.2384
Nr. 13	Cecilie O	0.2729	<b>0.5577X</b>	0.3910
Nr. 14	Lena H	0.5275	0.6395	0.1756
Varians %	21	21	20	

$P < 0.01 \geq 0.4079$

Tabell 1 viser at 3 deltakere lader signifikant innenfor faktor 1, 4 innenfor faktor 2 og 2 innenfor faktor 3. I analysene er det kun faktorladinger med signifikansnivå  $p < 0.01$  (0.4079) som er beholdt. Studiens varians er 62%, som vil si at 62% av kommunikasjonsuniverset forklares av de tre faktorene. 5 deltakere, fremstår som mikset og lader signifikant på flere faktorer. En mikset lading betyr at deltakeren deler synspunkter som finnes i flere faktorer og bidrar til en redusert mulighet for rene tydelige faktorer og bør utelukkes (Thorsen &

Allgood, 2010, ss. 59, 148). De 9 Q-sorteringer som ble med videre i analysene, lader spesifikt i én faktor.

Faktor 1 er definert av 3 Q-sorteringer, hvor respondentene er pasienter med nyoppstått hoftebrudd. Faktor 2 er definert av 4 Q-sorteringer, hvor respondentene er 1 pasient med hoftebrudd og 3 sykepleiere fra henholdsvis akuttmottak (1) og ortopedisk sengepost (2). Faktor 3 er definert av 2 Q-sorteringer, hvor begge respondentene er pasienter. Forholdet mellom faktorene og hvordan de korrelerer med hverandre, se tabell 2.

Tabell 2: Korrelasjon mellom faktorene

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Faktor 1	1.0000	0.3799	0.3814
Faktor 2	0.3799	1.0000	0.2766
Faktor 3	0.3814	0.2766	1.0000

Alle faktorene har en relativt lav korrelasjon, det vil si de ligger under signifikansnivået på 0.4079 og utgjør en indikasjon for at en 3-faktorløsning er gjennomførbar (Watts & Stenner, 2012, s. 141). Det sees størst differanse mellom faktor 2 og 3 med en korrelasjon på 0,27. Det betyr et sammenfallende syn på 27% vedrørende forskningstema og større forskjeller mellom disse enn mellom faktor 1-2 og 1-3.

### 4.3 Faktortolkning

Logikken bak de metodologiske tilnærmingsmåter i human og naturvitenskap blir ofte beskrevet som induksjon og deduksjon. Ved hjelp av deduksjon forsøker en å styrke eller svekke en hypotese, mens ved induksjon søker en å beskrive et observert fenomen. Abduksjon er en tredje tilnærmingsmåte der en søker å finne forklaringer og er en logikk som er designet for oppdagelser og ny innsikt, ikke for testing og verifisering (Watts & Stenner, 2012, ss. 38-39). Den abduktive prosessen innebærer at forsker setter seg inn i Q-sortererens sinn, hvor en observerer en syntese av meninger og finner innsikter som er betegnende for kommunikasjonsuniverset (Wolf, 2010, s. 35). Målet for tolkningen er at den operante subjektiviteten blir gjort synlig for forsker via deltakernes sortering av utsagn. Operant subjektivitet er her forstått som subjektivitet i form av spontan adferd eller aktivitet, ikke som

et mentalt konsept i form av noe vi bevisst bruker (Watts & Stenner, 2012, s. 26). Ved sortering av Q-utvalget, plasseres utsagnene som har mest betydning for deltakerne i ytterkant av matrisen. Det vil si på -5,-4, +4 og +5, noe som gir en indikator for hva som er veldig viktig for deltakeren. Disse utsagnene vil da tillegges mest mening i faktorfortolkningen og kommer i forgrunnen. De utsagn som plasseres på 0 innehar en mindre eller uklar betydning, men er viktige å ta med i tolkeprosessen for å få forståelse for helheten. (Kvalsund & Allgood, 2010, s. 57). Karakteristiske utsagn (Distinguishing statements) er av stor betydning i faktortolkningen da det er disse som særtegnen den enkelte faktoren. Dette er utsagn som flest deltakere har plassert likt og som skiller den ene faktoren fra en annen. Sammenfallende utsagn (Consensus statements) er vesentlig i faktortolkningen og de representerer det som er felles for alle faktorene, uavhengig av faktorsyn. Disse utsagnene er stort sett rangert likt i alle faktorene og kan si noe om kulturen i det aktuelle kommunikasjonsuniverset (Watts & Stenner, 2012, s. 218).

#### 4.3.1 Postintervju

Postintervju ble gjennomført umiddelbart etter Q-sorteringene hvor respondentene ble spurt om hvorfor de hadde plassert utsagnene på -5,-4 og +4 og +5. Ikke alle ønsket å redegjøre for dette da noen var slitne, mens andre hadde helt tydelige meninger om hvorfor de handlet som de gjorde.

### 4.4 Reliabilitet og validitet

I kvantitativ forskning er det alltid spørsmål om hvor reliabel og valid en studie er. Reliabilitet eller pålitelighet avhenger av om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Mens studiens gyldighet eller validitet handler om at en faktisk måler det en ønsker å måle (Ringdal, 2013, s. 96). Hvor reliabel en Q-studie er, avhenger av om en annen forsker kan bruke samme Q-utsagn, samme personutvalg og samme instruksjonsbetingelser for å oppnå samme resultat. Det er gjennomført test/retest studier hvor en ved å bruke samme Q-utsagn på de samme deltakerne på to ulike tidspunkt resulterer i korrelasjonstall på over 0,80.

0,80 ansees å være et gjennomsnittlig estimat av faktor-reliabiliteten i en test/retest for alle individer på en faktor forutsatt at 4 til 6 deltakere definerer faktoren (Brown, 1980, s. 292)

Tabell 3: Faktor reliabilitet

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Antallet personer som lader på faktoren	3	4	2
Gjennomsnittlig faktor-reliabilitet	0.800	0.800	0.800
Sammensatt reliabilitet	0.923	0.941	0.899
SE av faktorladinger	0.277	0.243	0.333

Argumentet i forhold til validitet og Q-metodologi, er at det ikke finnes eksterne objektive kriterier for en enkelt persons subjektivitet, derfor kan ikke begrepet brukes på samme måte. En kan derimot vurdere validiteten opp i mot studiens resultater og om de representerer den virkelighet en har studert. Når en snakker om å måle subjektivitet er det deltakernes individuelle opplevelser og erfaringer som blir målt (Watts & Stenner, 2012, s. 51).

Validiteten i en Q-studie må rettes mot alle mulige feilkilder som kan opptre, da spesielt i etablering av kommunikasjonsuniverset og Q-utvalget. For å sikre et forståelig og responsivt Q-utvalg fikk jeg veiledning i den språklige oppbyggingen av utsagnene. Til balansering av utsagnene ble Fisher's balanced block design brukt. Selve Q-sorteringen kan også gi validitetsproblemer hvis en ikke holder seg strengt til instruksjonsbetingelsen. Noe som kan legge studiens sammenligningsgrunnlag, korrelasjon og faktoranalyse åpen for kritikk (Watts & Stenner, 2012, s. 56).

#### 4.5 Metodiske betraktninger

Min største uro i forbindelse med denne studien var gjennomføring av Q-sortering. Den kan være tidkrevende og min bekymring var at eldre nyopererte pasienter kan bli veldig trette under selve sorteringen. Dette kan påvirke valg av utsagn og medføre at det blir verre å skille mellom hvor enig eller uenig en er i utsagnene. Andre elementer som smerter, generell søvnmangel, bråk på rommet eller fra korridor, kan i tillegg være med å svekke sorteringens validitet. Dette var jeg veldig bevisst på under hele sorteringsprosessen med de respondentene som var pasienter, de ble tilbudt hyppige pauser og drikke underveis.

Datasamlingen til studien gjennomføres retrospektivt, det vil si at Q-sorteringene ble gjort en

til to dager etter den preoperative periode. Dette kan ha gitt andre resultater enn hvis datasamlingsstidspunktet hadde blitt lagt til den preoperative perioden eller umiddelbart etter. Å gjenskape hukommelsen kan også være problematisk siden pasientgruppen er utsatt for akutt kognitiv svikt i denne fasen (Johansson, Bååth, Wilde-Larsson, & Hall-Lord, 2013). Når tiden har fått arbeidet litt vil kanskje ens subjektive oppfatning av ting endre seg. Mye glemmes og blir bagatellisert, andre ting huskes bedre og kanskje oppleves verre enn når det virkelig sto på.

Siden en del av deltakerne i studien er inneliggende nyopererte hoftebruddpasienter, var det viktig å hindre eventuell smitte mellom pasientene. Tavlen med matrise og kortene som ble brukt til Q-sortering ble desinfisert med 70% sprit mellom hver sortering, slik at jeg kunne bruke det samme utstyret på alle deltakerne. Utsagnene ble klipt opp til kort, som deretter ble laminert for lettere å kunne tørke over kortene.

## 5 OPPSUMMERING AV RESULTAT

Totalt 9 av 14 deltakere ble med videre etter at analysedelen i studien var avsluttet. Se tabell 1. I resultatene stiger det fram tre synspunkt som reflekterer respondentenes erfaringer og blir beskrevet som faktorsyn 1: “Nærvær, tillit og håp gir trygghet”, faktorsyn 2: “En trygghet at pasientene blir sett, møtt og informert” og faktorsyn 3 “Sint på seg selv og alene med lidelsen gir utrygghet”. Resultatene presenteres som en historie, som kan sees i sin helhet i vedlagte artikkel. Se vedlegg 1.

Deltakerne i studien var pasienter innlagt med nyoppstått hoftebrudd og sykepleiere fra henholdsvis akuttmottak og ortopedisk sengepost. Det ble avdekket både likheter og ulikheter i faktorsynene og likhetene (consensus-utsagn) utfolder seg som sammenfallende synspunkt i alle tre faktorene. Synspunktene kan være allmenne meninger eller avspeile felles holdninger og verdier, som blant deltakerne i studien fremheves som viktige eller ikke viktige for pasientens opplevelse av lidelse i den preoperative fase. De mener at mye smerter i hoften forverrer ventetiden før operasjon og at en god smertelindring bidrar til avslapping.

Informasjon om forløpet gir trygghet, men er uenige i at det kun er pårørende som får informasjon, ikke de. De mener det er viktig å ha en god fremdriftsplan for å komme seg på beina igjen, mens de er uenige i at det å ha pårørende rundt seg ikke alltid gir en god opplevelse, eller at hoftebruddet gjør at de føler at kroppen har sviktet. De synspunkt som de fleste deltakerne ikke oppfatter som viktige og som er nøytralt plassert i matrisen, er å få sine ønsker etterkommet, bli sett av personalet når pårørende er til stede, at innleggelsen medfører mange spørsmål, at det er ubehagelig å faste i flere timer og til slutt at respekten for seg selv blir redusert når personalet ser på de uten levende øyne.

Størst likhet eksisterte mellom faktor 1 og 2 hvor respondentenes opplevde trygghet danner en felles plattform, men ved å se på de to faktorenes karakteristiske utsagn (Oterkiil, 2010, s. 151) vil det bidra å skille de to faktorene og dermed hva som medvirker til trygghet i de to faktorsynene. I faktorsyn 1, som er representert av den yngste gruppen av pasienter, oppleves trygghet ved at personalet og pårørende er tilstede og nærværende. De opplever å ha tillit til helsepersonellet og godtar å være avhengige av dem. De erfarer at sykepleierne gjerne vil gjøre det beste for dem og at innleggelse på sykehus ikke oppleves som utrygt. Smerte oppleves som en stor lidelse, men ikke så sterk at de ikke får med seg det som skjer. De erfarer heller ikke å bli oppgitt av å bli spurt om det samme flere ganger.

I faktorsyn 2, som er representert av sykepleiere og én pasient, erfares tryggheten derimot gjennom å bli sett og mottatt som et menneske som trenger hjelp. Sykehusinnleggelsen gjør pasientene noe utrygge og de godtar ikke å være avhengige av pleiepersonalet.

Respondentene erfarer ikke at pasientene opplever medbestemmelse før operasjonen, de erfarer at pasientene blir oppgitte av gjentatte spørsmål og er helt uenige i at pasientene må tåle å ha smerter selv om de sier det selv.

Størst ulikhet eksisterte mellom faktorsyn 2 og 3. I faktorsyn 3, som er representert av den eldste gruppen av pasienter, er opplevd utrygghet en fremtredende opplevelse. Utryggheten erfares gjennom å føle seg alene og være sinte på seg selv. De opplever ikke å være tryggere inne på et rom enn på gangen mens de venter på operasjon og de godtar ikke at helsepersonellet bestemmer forløpet før operasjonen. De verdsetter høyt muligheten til å gi beskjed om smerter og er ikke redde for å gi beskjed om smerter med en gang de kjenner det. De er heller ikke redde for å ikke våkne opp etter operasjonen.

Faktorsyn 1 og 2, som respondentene angir å være mest enige i, er hovedsakelig dominert av lidelseshemmende utsagn, mens i faktorsyn 3 er det de lidelsesfremmende utsagn som dominerer. På siden som mest uenige i, er det i faktorsyn 1 bare lidelsesfremmende utsagn og i faktorsyn 2 og 3 en svak dominans av lidelsesfremmende utsagn. Å plassere lidelsesfremmende utsagn på den siden en angir å være mest uenige i, kan indikere at disse utsagnene erfares som å hemme lidelse. Mens å plassere lidelseshemmende utsagn på siden de er mest uenige i kan erfares som å fremme lidelse. Som hjelp i tolkningsarbeidet blir også respondentenes uttalelser fra postintervjuene og bakgrunnsvariabler tatt med. Dette, i tillegg til utsagnenes plassering i matrisen, danner grunnlaget for tolkning av resultatene.

Av de tre faktorsynene er det faktor 3 som fremstår som mest ulik og som representerer noe annet enn det som kommer fram i faktorsyn 1 og 2. Dette avspeiles også i korrelasjonen mellom faktorene, se tabell 2. Det som først og fremst skiller faktorsyn 1,2 og 3 er deres ulike sammensetning av respondenter, hvor faktor 1 og 3 er representert av pasienter og faktor 2 representert av sykepleiere og én pasient. Dette kan bidra til ulike måter å se ting på. Ved å se på bakgrunnsvariablene, se vedlegg 16, steg det fram en annen interessant ulikhet mellom faktor 1 og 3, nemlig deltakernes alder. Faktor 1 er representert av de yngste hoftebruddpasientene, median alder 73 år, mens faktor 3 er representert av de eldste deltakerne, median alder 89,75 år.

## 6 DISKUSJON

### 6.1 Resultatene drøftet ved hjelp av omsorgsvitenskap

Drøftingen som er presentert i artikkelen vil bli utdypet i dette kapitlet ved hjelp av omsorgsvitenskapelig teori. Sitater er hentet fra postintervju med deltakerne. I diskusjonen som følger vil jeg gjøre rede for like og ulike synspunkt som steg fram i de forskjellige faktorsyn. Studien avdekket en variasjon av synspunkter om hva som kan hemme eller fremme lidelse i den preoperative fase.

#### 6.1.1 Nærvær, tillit og håp gir trygghet

Faktorsyn 1 defineres av tre hoftbruddpasienter som representerer de yngste deltakerne i studien med en gjennomsnittsalder på 73 år. Faktorsynet domineres av utsagn som respondentene erfarer kan hemme lidelse i den preoperative fase. Spesielt den positive opplevelsen de fikk ved at ortoped kom for å snakke med dem. Pasient Tora sier: *“Jeg ble veldig rolig og følte meg tryggere når legen fortalte hva som skulle skje”* og Pasient Anna sa *“Føler meg tryggere på situasjonen nå, når jeg ser hvem som skal operere meg, det betyr mye for meg”*. Å ligge å vente på operasjon kan være en stressende opplevelse, spesielt hvis de ikke helt vet hva som skal skje. Derfor kan en samtale med den som skal operere bidra til en mindre stressfull ventetid da samtalen kan avklare ting en er usikker eller redd for. I møtet mellom pasient og helsepersonell, gir helsepersonell en mulighet til å vise interesse for pasienten ved at de tar seg tid og forklarer det som skal skje. Anna sier at hun føler seg tryggere når hun ser hvem som skal operere henne. Å knytte et ansikt kan tolkes som at tryggheten oppstår gjennom en lovnad, uttrykt i helsepersonellets ansikt, om å ta på seg ansvaret for pasientens liv og gi en anerkjennelse av pasientens sårbarhet og lidelse. Dette kan forstås ved hjelp av Levinàs’ ansiktets etikk og Martinsen, den etiske fordring (Martinsen, 2000, ss. 6, 41). Tryggheten kan ligge i pasientens opplevelse av at helsepersonellet svarer an på deres fordring og at de erkjennes som sårbare og lidende mennesker som helsepersonellet ønsker å ta ansvar for. Hvordan fordringen blir tatt imot, vil i følge Martinsen (2000, s. 54)



avgjøres av hvorvidt personalet vil ignorere, eller ta det ansvaret fordringen gir de. Årsakene til at helsepersonellet velger å akseptere fordringen eller ignorere kan være mange og flere studier (Lindwall & von Post, 2008) (Nyström, Dahlberg, & Carlsson, 2003) (Kasén, Nordmann, Lindholm, & Eriksson, 2008) (Lindholm & Eriksson, 1993) viser at pleiekulturer kan være en grunn. At personalet bryr seg og tar ansvar vil av pasienten oppleves som en støtte i en tid de står alene (Karlsson, Bergbom, & von Post, 2004). En måte å forstå dette på er at de opplever tillit til personalet om at de kan legge sitt liv i deres hender uten at de blir krenket. En etablert tillit bidrar til at respondentene kan godta å være avhengige av personalet og at de ikke er redde for å bli innlagt på sykehus. Avhengigheten erfares som god og den tillitsfulle relasjonen bidrar til at de kan be om hjelp uten redsel for tap av verdighet. Pårørendes tilstedeværelse oppleves også som en av de viktigste trygghetsfaktorene i den preoperative fase og pasientene angir ingen negative eller uheldige erfaringer i forhold til deres nærvær. Som Pasient Asbjørg sier *“Er veldig betryggende å ha pårørende med seg på sykehuset..., kan være noe han vet som ikke jeg vet (Hadde mannen med seg), Gjør at en ikke føler seg så ensom...,”* Pårørendes nærvær kan bidra til at sykehusoppholdet fortoner seg mindre skremmende og de kan sees på som en ressurs for pasienten, noe pasienten kan lene seg på, hvis helsepersonellet ikke er tilgjengelig eller tilstede. Pårørende kan sammen med pasienten motta informasjon, hjelpe de med praktiske gjøremål, hjelpe å forstå hva som skal skje. De er tilstede for pasienten slik at pasienten slipper å være alene i ventetiden før operasjon. Dette fremheves også av Nyström, Dahlberg og Carlsson (2003). Det er ikke bare pårørendes tilstedeværelse og nærvær som kan oppleves som viktig for hoftebrudd-pasientene i den preoperative fase, men også helsepersonellens tilstedeværelse og ønske om å gjøre det beste. Det er trygt og tillitsskapende å bli møtt på en omsorgsfull måte hvor den gjensidige avhengigheten og sårbarheten erkjennes. Flere studier viser at personalets nærvær og hvordan pasienten blir møtt og ivaretatt, spiller en stor rolle for hvordan den opplevde lidelse erfares (Body, Kaide, Kendal, & Foex, 2015) (Malmgren, Törnvall, & Jansson, 2014) (Pownall, 2004) (Aronsson, Björkdahl, & Sundström, 2014). Den profesjonelle omsorgsutøveren har en spesiell ansvarsrelasjon til pasienten (Martinsen, 2012, s. 39) og opplevelse av ivaretagelse er avhengig av at helsepersonellet tar på seg og bærer hovedansvaret i forholdet mellom de to (Karlsson, Bergbom, & von Post, 2004). Bevissthet og erkjennelse av makt rundt den ujevne relasjonen mellom pasient og helsepersonell kan bidra til styrking av tillit og dermed lindrer pasientens opplevelse av lidelse, men kan også gi økt pleielidelse hvis maktstrukturen ikke tillater at pasienten føler seg møtt og ivaretatt. En annen måte å se ujevnheten forklares av Kasén ved at tillit baseres på for stor tiltro til personalets kunnskaper og makt slik at

pasientene ikke våger å komme fram med sine egne behov (Kasén, 2013). Andre viktige faktorer som respondentene i faktorsyn 1 mener gir trygghet og hemmer lidelse er informasjon om det som skal skje. Uvisshet og usikkerhet kan skape unødig engstelse og utrygghet. I en studie av Pownall (2004) beskrives det at preoperativ informasjon kan redusere angst og at den bør gis så tidlig som mulig i pasientforløpet. Dette for å unngå at angstnivået blir så høyt at det reduserer evnen til å motta og forstå informasjon. Det kan dessuten være en utfordring å gi informasjon til pasienter generelt og til eldre spesielt som en studie av Malmgren, Törnvall og Jansson (2014) viser. Også faktorer som smerter kan okkupere menneskets oppmerksomhet (Eriksson, 1995, s. 67) og dermed redusere pasientens evne til å ta imot og forstå informasjon. Se forøvrig faktor 3. En annen viktig erfaring i den preoperative fase er pasientenes ønske om å ha en framdriftsplan tidlig i forløpet. Pasient Anna sier *“Jeg ønsker å klare meg selv, men alt blir annerledes nå for jeg har trapper hjemme..., viktig med en plan..., jeg er ikke redd..., men man må ikke ødelegge de dagene en har, en må leve”*. Pasienten sier at hun ikke er redd, men må ikke ødelegge de dagene en har. Underforstått kan dette tolkes som en utrygghet over framtiden og om de vil klare seg etter inngrepet. Pasientene bestreber seg på å finne en mening i situasjonen, forsøker å forstå betydningen og konsekvensene av å ha fått et hoftebrudd. Et hoftebrudd hos eldre er ikke ufarlig og mange pasienter er ofte klar over at dette kan være risikabelt og at de kanskje aldri får sitt opprinnelige liv tilbake. Dette kan sees i lys av Erikssons forståelse av livslidelse hvor sykdommen forstyrrer det vante livet og opptrer som en trussel mot pasientens eksistens. Å ha en plan kan hjelpe pasienten til å klare seg selv, være uavhengige. Archibald (2003) beskriver i sin studie at hoftebrudd-pasientenes avhengighet av andre under sykehusinnleggelsen var en drivkraft for å komme seg på beina og oppnå uavhengighet igjen. En annen måte å se dette på kan være at pasientene ønsker å bli gitt en bekreftelse og et håp om at dette vil gå bra. Planen som skal hjelpe de tilbake til dagliglivet igjen gir de trygghet. Bekreftelsen kan også lindre pasientens lidelse viser en studie av Body, Kaide, Kendal og Foex (2015). Håpet kan hjelpe pasientene med å hente fram egne ressurser og motivasjon for å trene seg opp. Slik at de raskere kan komme tilbake til livet de hadde før beinbruddet. Dette kan også sees som en bestrebelse på å finne ressurser til å møte de utfordringer som ligger i den nære framtid. Uten håp om bedring kan resignasjon og passivitet dominere slik at lidelsen øker. Ved en aktiv innstilling får ikke lidelsen mulighet til å sluke mennesket og oppta hele livet (Eriksson, 1995, s. 62). En etablert tillit, et ansikt, et håp og opplevelse av nærvær av personalet og pårørende kan være faktorer som har bidratt til at respondentene ikke opplever å ha mistet medbestemmelse i den preoperative fase. Deres synspunkter og opplevelser kan tyde på at de

blir møtt, at personalet svarer an på deres fordring og at de føler seg trygge. Ut fra dette kan en tolke at de ikke har opplevd pleielidelse. Studier viser at en av forutsetningene for å oppleve medvirkning er at de ikke utsettes for pleielidelse, da dette fratår pasientenes mulighet til deltakelse i egen behandling og pleie (Malmgren, Törnvall, & Jansson, 2014). Pleielidelsen gjør også pasientene maktesløse og reduserer deres ønske om å mestre sin helsesituasjon (Berglund, Westin, Svanström, & Sundler, 2012).

Når det gjelder hva som kan fremme lidelse i den preoperative fase, er respondentene i dette faktorsynet mest enige i at smerter er en stor lidelse i forbindelse med hoftebruddet, men er samtidig uenige i at de sterke smertene gjør at de ikke får med seg alt som skjer. Dessuten fremstår en god smertelindring som en god hemmer av lidelse og bidrar til en opplevelse av å ha det bra i ventetiden før operasjonen. Smerter kan forårsake stor lidelse hos en hoftebruddspasient hvis den ikke blir lindret og blir grundigere drøftet under synspunkt 3.

### 6.1.2 En trygghet for pasientene å bli sett, møtt og informert

Faktorsyn 2 defineres av sykepleiere fra henholdsvis akuttmottak og ortopedisk sengepost. Én hoftebruddspasient hadde tilsvarende syn som sykepleierne. Det er interessant at sykepleiere har så sammenfallende synspunkt og ikke er representert i de andre to faktorene. Tidligere studier viser at sykepleiere og pasienter kan ha ulike meninger om hva pasientene opplever av lidelse (Lindholm & Eriksson, 1993).

Faktorsyn 2 domineres av utsagn som respondentene erfarer kan hemme lidelse i den preoperative fase, men i mindre grad enn faktorsyn 1. De erfarer at trygghet kan skapes gjennom at pasientene blir sett, møtt og informert før operasjonen. Sykepleier Astrid K sier: *“Den preoperative fasen preges av hvordan de blir tatt imot..., om en klarer å se pasienten med pasientens øyne..., få de til å føle seg velkomne...,”* hun sier videre *“Å sette farge på sykehusoppholdet er viktig, det preger hele forløpet...,”* Å sette farge på kan innebære at de forsøker å se og møte pasienten som et menneske som trenger hjelp. Å se sårbarheten, se det gamle mennesket med et levd liv og en historie å fortelle, kan etablere tillit slik at pasienten føler seg ivaretatt og trygg. Mottakssituasjonen og hele den preoperative fasen preges av om pasienten opplever å være velkommen og behandlet som et individ. Pasienten Gunnhild sier: *“Det har veldig mye å si hvordan du blir mottatt, for du ser på blikket...,”*. I en studie om den perioperative dialogen av Pulkkinen, Junttila og Lindwall (2016) skildres pasientens følelse

av å være unik som en faktor for å føle seg sett. De sier videre at sykepleiernes bevissthet rundt pasientenes opplevelser er viktig og kan lette pasientenes redsel i ulike situasjoner. Det å se pasienten med pasientens øyne kan i følge Eriksson (Martinsen & Eriksson, 2009, s. 53) gi oss en mulighet til å forstå, men hun gjør oss også oppmerksom på at det vi ser og forstår, blir man også ansvarlig for. Dette kan belyses videre ved hjelp av Kari Martinsens teori om den etiske fordring ved å være åpen for pasientenes behov, sette seg inn i pasientens verden, skape en undring som gjør sykepleierne nysgjerrige og interessert i pasienten. På denne måten kan de klare å sanse hva pasienten formidler og få mulighet til og ta imot den fordring som ligger i møtet mellom pasient og sykepleier. I det første møtet eksisterer det et øyeblikk, et tidspunkt, hvor det tas et valg om hvorvidt fordringen fra pasienten aksepteres eller ikke. Uansett valg kan øyeblikket aldri tas tilbake, tidspunktet har passert og valget som er tatt fører til handlinger som avspeiler helsepersonellens ståsted, og i dette ligger den etiske vekt sier (Martinsen, 2012, ss. 30, 47, 48). Ved å ta en ureflektert avgjørelse eller et bevisst valg om å se en annen vei, skaper det ikke bare en lidelse for pasienten, men også for sykepleieren; som vet at de ikke alltid makter å se pasientene i en travel pleiekultur som bærer preg av det Martinsen kaller gjøremålstravelhet (Martinsen, 2012, s. 31). Å se pasienten i den preoperative fase erfares av respondentene som noe som hemmer lidelse og er trygghetsskapende, det samme gjelder informasjon og samtale med ortoped. Derimot vil det å ligge i usikkerhet og ikke vite hva som skal skje fremme lidelse, noe respondentene også erfarer. Usikkerheten og uvissheten skaper en utrygg situasjon som stresser pasienten unødig og forverrer ventetiden før operasjon. Gunnhild sier: *“Når du ikke vet, begynner du å innbille deg ting, så blir det ti ganger verre”*. Fantasien blir pasientens verste fiende og gjør tiden før operasjonen utrygg og skremmende. Denne studien viser at informasjon og samtale med helsepersonell oppleves som viktig og nødvendig (jfr. faktorsyn 1) og kan bidra til at pasienten klarer å slappe av i ventetiden før operasjon. Respondentene erfarer at pasientene blir litt oppgitt av å få de samme spørsmålene gjentatte ganger før operasjonen, noe også Gunnhild opplevde: *“Fikk en vond følelse..., du føler deg nedverdiget og blir lei deg..., tror de skal sjekke hodet ditt for Alzheimer...,”*. Denne vonde følelsen, mistanken om at de kanskje blir sjekket for demens uten at de vet det, kan se ut til gir en følelse av verdiløshet og økt lidelse. En mulig måte å lindre lidelsen er å gi pasienten en anledning til å forstå det komplekse og vanskelige miljøet de er i, forklare hvorfor disse spørsmålene gjentas. Derimot kan det oppstå pleielidelse når pasienten ikke forstår meningen med helsepersonellens handlinger sier Dahlberg og Segesten (2010, s. 216). I faktorsyn 1 kom det fram at respondentene ikke opplever tap av medbestemmelse, mens i dette faktorsynet erfarer

respondentene at pasientenes medbestemmelse er svært dårlig eller manglende, som er sammenfallende med resultatene i en studie av Aronsson, Björkdal og Sundstrøm (2014). Noe av grunnen kan være den ulike sammensetningen av respondenter mellom de to faktorsynene. Siden dette faktorsynet er representert i all hovedsak av sykepleiere kan de ha en annen oppfatning av hva de tror pasientene opplever av medbestemmelse, enn det som noen av pasientene opplever. Forskjellene kan blant annet skyldes ulik forståelse av begrepet medbestemmelse og hva det innebærer å ha medbestemmelse. Pasientene har sjelden oversikt over de rutiner og undersøkelser de skal igjennom slik at det er vanskelig å ha en formening om hva de kan bestemme. Sykepleier Astrid K sier: *“De kan ikke bestemme mye selv på grunn av faste rutiner og prosedyrer og de mangler kunnskap om hva som eventuelt er best for dem...”*. Pasienten fratras muligheten til å velge selv siden de ikke har kunnskap eller forutsetninger til å forstå sykehusets rutiner. Dette kan belyses ved hjelp av Erikssons forståelse av det hun kaller kunnskapens autoritet hvor helsepersonellet vurderer hva som er best for pasienten under forutsetning av at pasienten har frihet til å velge selv (Eriksson, 1995, s. 73). Ofte er behandlingsforløpene hos hoftebruddpasientene standardiserte for å sikre optimal pleie og rask behandling i den hensikt å redusere alvorlige komplikasjoner og død (Boddaert, Raux, Khiami, & Riou, 2014). Det hersker liten tvil om at standardiserte forløp kan være effektive og trygge, men forstått på en slik måte at standardisering kan gi fare for generalisering, er det en mulighet for at pasientene blir fratatt sin unikhhet og som nevnt tidligere er det pasientens opplevelse av å være unik som er faktoren for å føle seg sett (Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2016). Pasientenes særskilte behov blir underordnet og kan av helsepersonellet oppfattes som mindre viktige slik at pasientene kan føle seg ignorert og ekskludert, dette er i tråd med Aronsson, Björkdal og Sundstrøm (2014). Respondentene i faktorsyn 2 ser at det hemmer lidelse å bli sett og mottatt som et menneske som trenger hjelp, men samtidig erfarer de at manglende medbestemmelse kan fremme lidelse hos pasienten. Personalet erfarer at prosedyrer forenkler og effektiviserer pasientforløpet og at det kan gå på bekostning av pasientens ønske om medbestemmelse og særegne behov. En måte å forstå dette på er at veien til pleielidelse kan være kort i de situasjoner hvor rutiner og prosedyrer får dominere uten at individet og det individuelle får komme fram.

### 6.1.3 Sint på seg selv og alene med lidelsen gir utrygghet

Faktorsyn 3 defineres av to pasienter, som også representerer de eldste deltakerne i studien med en gjennomsnittsalder på 89,75 år. I dette faktorsynet er det som fremmer lidelse og som respondentene er mest enige i, manglende bevegelsesfrihet og sterke smerter. Å bli tvunget til å ligge helt i ro, i en bestemt stilling på grunn av redsel for smerter, kan oppleves som en lidelse, men de opplever samtidig at å bli tilbudt en god smertelindring kan bidra til en lindring av lidelsen. I følge Margo McCafferys definisjon på smerte (Øvereng, 2002, s. 254), er smerte det som personen sier at det er og kan tolkes dit hen at smerte er en subjektiv opplevelse som er svært vanskelig å vurdere for andre enn personen selv. Det er av vesentlig betydning i den preoperative fase at helsepersonell har kunnskap om smertefysiologi hos hoftebruddpasienten, men like viktig er kunnskap om at ubehandlet smerte kan gi uutholdelig lidelse og frata pasienten fokus og mulighet til mestring (Eriksson, 1995, s. 67). I tillegg til at de er enige i at en god smertelindring hemmer deres lidelse, erfarer de at det betyr mye å bli gitt en mulighet til å gi beskjed om smertene med en gang de kjenner det og at de ikke opplever redsel for å spørre etter hjelp. Å bli gitt en mulighet kan i dette faktorsynet tolkes som at helsepersonellet er oppmerksomme på deres smerte og svarer an på deres behov ved å se smerten hos pasienten. Smerten blir en moralsk kjensgjerning og en faglig utfordring som krever handling (Nordtvedt, 2002, s. 501). Å bli gitt en mulighet kan også tolkes i lys av Martinsens forståelse av tillit, hvor en invitasjon og anerkjennelse av pasienten lar tilliten få fotfeste. På denne måten kan det bidra til at pasientene ikke er redde for å be om hjelp når de har det vondt. Se forøvrig drøfting om tillit i faktorsyn 1. Derfor er det interessant at respondentene formidler utrygghet og usikkerhet i den preoperative fase. Deres opplevelse av å være sint på seg selv og føle seg alene er viktige lidelsesfremmende erfaringer preoperativt. Deres sinne kan tolkes som at de opplever skyld i å ha pådratt seg hoftebrudd og retter ansvaret mot seg selv. De lider på grunn av sin skyldfølelse og opplevelsen av at de har sviktet seg selv. Deres fortvilelse og skam i situasjonen kan bli en drivkraft til å fremme deres opplevde lidelse. Dette kan forklares i lys av Erikssons forståelse av sykdomslidelse, der sinnet kan knyttes til den følte åndelige og sjelelige lidelsen sykdom eller skade medfører (Eriksson, 1995, ss. 37, 67). Å føle seg alene eller ha en ensomhetsfølelse kan føre til en opplevelse av at de er fratatt, eller har tapt noe de har hatt (Eriksson, 1995, s. 39), (Ferrell & Coyle, 2008). De opplever å bli satt utenfor sin vanlige sammenheng eller befinner seg i en situasjon der de erfarer å være usynlig, underforstått å ikke bli sett eller hørt (Dahlberg &

Segesten, 2010, ss. 92-93). I denne usynligheten kan pasienten oppleve utrygghet og de trenger en bekreftelse på at helsepersonellet ser de og vet at de er der. Usynligheten kan også være selvpåført som en beskyttelse mot det svik de opplever når personalet ikke går inn i en forventet omsorgsfull relasjon. Pasienten vil da kunne tilpasse seg situasjonen for å oppnå den lindringen de ønsker. (Arman & Rehnsfeldt, 2006, ss. 75-76). Utryggheten og usynligheten kan reflekteres av at respondentene i stor grad er uenige i utsagnet om at de opplever at det er tryggere inne på et rom enn ute på gangen. Pasient Marie sier: *“Jeg føler meg veldig alene på rommet..., ønsker å se personalet for å føle meg tryggere”*. Å føle seg alene inne på et rom kan forstås som å være usynlig, underforstått ikke sett. Pasienten uttrykker et ønske om å flytte ut på gangen der personalet er, slik at hun kan se pleierne. Dette kan forstås som at usynligheten blir en redsel for å bli glemt hvis de skjules inne på et rom. Det kan oppleves som å bli forlatt, alene med sin lidelse med begrensede muligheter til kontakt. Å ikke bli sett kan forstås som at pleiepersonalet ikke bekrefter pasientens lidelse, den er enten oversett eller bortforklart. Sett i lys av Erikssons forståelse av lidelse, er det å bli sett en trøst, en bekreftelse av pasientens lidelse og at noen kommer de i møte. Bekreftelsen formidler nærhet, tilstedeværelse og gir rom til å lide (Eriksson, 1995, s. 46). I møtet mellom pasient og helsepersonell er det et gjensidig håp om å bli sett og imøtekommet, hvor begge kommer med et ønske om oppmerksomhet og bekreftelse. Slik Martinsen forstår det er det også en mulighet for at pasienten ikke makter å se eller imøtekomme helsepersonellet. Hvis sykdommen er av en slik karakter at den gir stor fortvilelse kan det føre til at pasienten lukker seg, vil ikke ta imot appellen fra sykepleieren. Den kroppslige sykdommen skaper uorden og en bekymring for både nåtid og framtid (Martinsen, 2000, ss. 24-25). Denne stille følelsen av å være alene og sint på seg selv kan være et uttrykk for en livslidelse. Deres fortvilelse over sin situasjon, sett i sammenheng med respondentenes høye alder, kan bidra til en opplevelse av at livet, på grunn av hoftebruddet går inn i sin siste fase. Å føle seg alene, kan som tidligere nevnt også sees på som en ensomhetsfølelse og er i noen studier beskrevet å komme fra opplevd forvirring i form av en sviktende hukommelse og innsikt i egen situasjon (Aronsson, Björkdahl, & Sundström, 2014). Siden eksklusjonskriteriet for denne studien skulle utelukke respondenter som hadde kjente forvirringstilstander, kan en allikevel ikke se bort fra muligheten for at respondentene i faktorsyn 3 kan ha hatt vansker med innsikt i sin egen situasjon og i tillegg ha en begynnende eller forbigående svikt av hukommelsen. Sett i lys av ovennevnte studie kan dette også ha bidratt til at respondentene opplevde å være alene.

Det eksisterte også noen erfaringer som gav respondentene en følelse av trygghet i den preoperative fasen. Det var blant annet at pårørende var med de på sykehuset og at de hadde mulighet til å gi beskjed om smerter med en gang de kjente det. Dette er interessant da deres manglende redsel for å be om hjelp kunne gi et inntrykk av at de hadde etablert tillit til personalet. Som nevnt tidligere kan denne følelse av utrygghet innebære en følelse av at personellet ikke ser de og får på den måten bekreftet sin usynlighet ytterligere.

I dette faktorsynet er respondentene uenige i at det kun er de pårørende som får informasjon, ikke de. Derimot uttrykker de usikkerhet i form av at de ikke vet hva som skal skje. Å gi informasjon til eldre og gamle mennesker krever ekstra oppmerksomhet og kunnskap. Og kanskje det er ekstra krevende å gi informasjon til de eldste av våre pasienter. En studie beskriver at pasienter kan ha en variabel evne til å ta imot, forstå og huske informasjon. Dermed kan det også være vanskelig å finne ut om de i det hele tatt har fått informasjon. (Malmgren, Törnvall, & Jansson, 2014). Har pasienten sterke smerter må også dette fange vår oppmerksomhet, da sterke smerter kan hindre pasienten i å holde fokus og på den måten ikke evne å motta informasjon. Det er viktig at en sørger for at de får brukt alle sine hjelpemidler som tannproteser, høreapparat og briller for å kunne kommunisere. Hvis en ignorerer pasientens behov for hjelpemidler vil vi påføre pasienten unødig lidelse gjennom å krenke pasientens verdighet (Lindwall, Lindberg, & von Post, 2010).



## 7 KONKLUSJON

Resultatene i studien gir en indikasjon på at det finnes mange synspunkt på hva som kan hemme eller fremme lidelse i den preoperative fase. Funnene kan bidra til en økt forståelse og kunnskap om hva pasientene kan tenkes å erfare i ventetiden før operasjon som sykepleiere og annet helsepersonell kan dra nytte av i sin omsorg for pasienten. Begrepet trygghet fremsto som en fellesnevner i de tre faktorsynene og erfartes som en hemmer av lidelse i faktorsyn 1 og 2, mens i faktorsyn 3 erfartes ikke denne tryggheten i like stor grad. De tre faktorsynene viser at pasientenes opplevelser og sykepleiernes erfaringer ikke nødvendigvis er sammenfallende selv om det eksisterte likheter mellom de yngste hoftebruddpasientene og sykepleierne i henholdsvis faktorsyn 1 og 2. Nærværet av pårørende og sykepleiernes tilstedeværelse, pasientenes tillit til helsepersonellet og håp gjennom en framdriftsplan gav de yngste hoftebruddpasientene trygghet og lindring av lidelse. Sykepleierne på sin side erfarte at tryggheten hos pasientene oppsto gjennom å bli sett og møtt som et menneske som trenger hjelp, samt å bli informert. Dette var viktige faktorer som hemmet lidelse. Hva som bidro til trygghet ble forstått ulikt av sykepleiere og pasienter. Blant de eldste pasientene, som representerte synspunkt 3, opplevdes trygghet i mindre grad. Her var det utryggheten som dominerte og erfartes som en konsekvens av opplevelsen av å være alene med lidelsen, sinne og usikkerhet. De opplevde også usikkerhet gjennom å føle seg usynlig via en manglende bekreftelse og ikke bli sett. Noe trygghetsfølelse var tilstede, men kun gjennom pårørendes tilstedeværelse og mulighet for å gi beskjed om smerter. De tydelige forskjellene mellom de eldste og yngre eldre hoftebruddpasientene er interessante og kan være en indikasjon på at alder har betydning for denne pasientgruppens opplevelse av lidelse i den preoperative fase. Hovedmålet med denne studien var å utforske den eldre hoftebruddpasientens erfaringer og opplevelser av lidelse i den preoperative fase, for på den måten bidra til økt kunnskap om hva som kan hemme eller fremme lidelse hos den eldre hoftebrudd pasienten i ventetiden før operasjon. Pasientenes og sykepleiernes subjektivitet har blitt utforsket ved hjelp av Q-metodologi og deres meninger og erfaringer er blitt avdekket.

### 7.1.1 Konsekvenser for klinisk praksis

Basert på synspunktene fra pasienter og sykepleiere vil konsekvenser for praksis være at:

-helsepersonells handlinger og holdninger kan påvirke pasientens opplevelse av lidelse og at rom for å skape tillit skjer i det første møte med pasienten.

-å ha et nærværende personale som er bevisste på at et hoftebrudd hos enkelte pasienter kan oppleves som en livslidelse, og at informasjon om hvilke muligheter de har for å komme på beina igjen kan oppleves som viktig og gi et håp.

-å ha i tankene at det kan eksistere ulikt syn mellom sykepleiere og pasienter, men også mellom de eldste og yngre eldre hoftebruddpasientene.

Forslag til videre studier:

Q-studie blant pårørende og sykepleiere som en oppfølging til denne studien.

Denne studien gir en indikasjon på at de eldste og yngre eldre ikke bør sees på som en homogen gruppe da de har ulike erfaringer av hva som kan hemme eller fremme lidelse i den preoperative fase. En nærmere studie om det er forskjeller på eldre og yngre eldres opplevelser av lidelse kunne vært interessant.

## REFERANSER

- Archibald, G. (2003, Juni 27). Patients' experiences and hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*, ss. 385-392.
- Arman, M. (2013). Lidande. I L. W. Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1. utg., ss. 185-196). Studentlitteratur AB.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande*. Stockholm: Liber AB.
- Aronsson, K., Björkdahl, I., & Sundström, B. W. (2014). Prehospital emergency care for patients with suspected hip fractures after falling - older patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 23, ss. 3115-3123.
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. J. (2012). Suffering caused by care - Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7(1).
- Boddaert, J., Raux, M., Khiami, F., & Riou, B. (2014, December). Perioperative Management of Elderly Patients with Hip Fracture. (J. H. Levy, Red.) *Anesthesiology*, 121(6), ss. 1336-1341.
- Body, R., Kaide, E., Kendal, S., & Foex, B. (2015). Not all suffering is pain: sources of patients' suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners. *Emerg Med J*, 32, ss. 15-20.
- Brown, S. R. (1980). *Political Subjectivity: Applications of Q methodology in political science*. New Haven, CT, USA: Yale University Press. Hentet fra Q Methodology for the scientific Study of Human Subjectivity:  
<https://qmethodblog.files.wordpress.com/2016/01/brown-1980-politicalsubjectivity.pdf>
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande I teori och praxis* (Første utgave, tredje trykningen. utg.). Stockholm, Sverige: Natur & Kultur.
- Direktoratet for e-helse/Kvalitetsindikatorer. (2016, August 25). *Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hoftebrudd*. (D. f. e-helse, Red.) Hentet fra DIREKTORATET FOR E-

HELSE: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse-/overlevelse-30-dager>

Direktoratet for e-helse/Kvalitetsindikatorer. (2017, Mai 04). *Hoftebrudd operert innen henholdsvis 24 timer og 48 timer*. (D. f. e-helse, Red.) Hentet fra DIREKTORATET FOR E-HELSE: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/hoftebrudd-operert-innen-24-og-48-timer>

Engesæther, Lars B; Gjertsen, Jan Erik; Kvamsdal, Lise B. (2015). *Nasjonalt Hoftebruddregister Årsrapport for 2014 med plan for forbedringstiltak*. Helse-Bergen.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. (Ø. Randers-Pehrson, Overs.) TANO. Hentet fra Nasjonalbiblioteket: [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008030700113](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008030700113)

Eriksson, K. (2012). Att identifiera och bestemma begrepp inom vårdvetenskap som disciplin. I L. W. Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 31-46). Studentlitteratur AB.

Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2008). The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), ss. 241-247.

Finstad, A., & Valeberg, B. T. (2002). Preoperativ informasjon og vurdering. I I. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (ss. 53-60). AKRIBE FORLAG .

Johansson, I., Bååth, C., Wilde-Larsson, B., & Hall-Lord, M. (2013). Acute confusion states, pain, health, functional status of care among patients with hip fracture during hospital stay. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17, ss. 120-130.

Karlsson, M., Bergbom, I., & von Post, I. (2004). Patients Experiences When the Nurse Cares For and Does Not Care For. *International Journal for Human Caring*, 8(3), ss. 30-36.

Kasén, A. (2013). "Patient" och "sjuksköterska" i en vårdande relation. I L. W. Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 100-113). Studentlitteratur AB.

Kasén, A., Nordmann, T., Lindholm, T., & Eriksson, K. (2008). "Då patienten lider av vården" - vårdens gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*, 28(88), ss. 4-8.

- Kvalsund, R., & Allgood, E. (2010). Kommunikasjon som subjektivitet i en skoleorganisasjon. I A. A. Thorsen, & E. Allgood (Red.), *Q-metodologi* (ss. 47-82). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18, ss. 1354-1361.
- Lindwall, L. (2013). Kroppen. I L. W. Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 130-140). Studentlitteratur AB.
- Lindwall, L., & von Post, I. (2008). Habits in Perioperative Nursing Culture. *Nursing Ethics*, 15(5), ss. 670-680.
- Lindwall, L., Lindberg, A.-C., & von Post, I. (2010). Older Patients and the Perioperative Dialogue - A Hermeneutical Study. *International Journal of Human Caring*, 14(3), ss. 29-35.
- Malmgren, M., Törnvall, E., & Jansson, I. (2014). Patients with hip fracture: Experiences of participation in care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 18, ss. 143-150.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K., & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse, om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- Nordtvedt, P. (2002). Etikk og anestesisykepleie. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (ss. 500-509). Oslo: Akribe.
- Nyström, M., Dahlberg, K., & Carlsson, G. (2003, Februar 25). Non-caring encounters at an emergency care unit - a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40, ss. 761-769.

- Oterkiil, C. (2010). En Q-studie av skoleansattes opplevelse og behov tilknyttet ledelse. I A. A. Thorsen, & E. Allgood (Red.), *Q-metodologi En velegnet måte å utforske subjektivitet* (ss. 141-154). Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Pownall, E. (2004). Using a patient narrative to influence orthopaedic nursing care in fractured hips. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, ss. 151-159.
- Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. (2016). The perioperative dialogue - a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*(30), ss. 145-153.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold* (3. utgave. utg.). Bergen, Norge: Fagbokforlaget.
- Schichtling, E. (2009, februar 13). *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/preoperativ>
- Schmolck, P. (2014, 04 23). *PQMethod with DOSBox for Mac Users*. Hentet fra The QMethod Page: <http://schmolck.userweb.mwn.de/qmethod/downpqmac.htm>
- Simons, J. (2013, Januar). An introduction to Q methodology. *Nurse Researcher*, 20(3), ss. 28-32.
- Skorpen, F., Thorsen, A. A., Forsberg, C., & Rehnsfeldt, A. W. (2014). Suffering related to dignity among patients at a psychiatric hospital. *Nursing Ethics*, 21(2), ss. 148-162.
- Solbakk, J. H. (2014, oktober 10). *Sårbare grupper*. (J. Severinsen, Red.) Hentet fra De nasjonale forskningsetiske komiteene: <http://www.etikkom.no>
- Størksen, I. (2012). Hva er Q-metodologi, og hvordan kan den brukes i psykologien? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, ss. 566-570.
- Thorsen, A. A., & Allgood, E. (2010). Introduksjon til Q-boken og begrepsavklaring. I A. A. Thorsen, E. Allgood, N. Forskningskonferanse, A. A. Thorsen, & E. Allgood (Red.). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Thorsen, A. A., & Allgood, E. (2010). *Q-metodologi En velegnet måte å utforske subjektivitet*. (A. A. Thorsen, & E. Allgood, Red.) Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

- Trønnes, H. (2015, juli 15). *Webområde for Norsk anesthesiologisk forening*. (S. Mo, Redaktør, & N. a. forening, Produsent) Hentet oktober 16, 2017 fra NafWeb: <http://nafweb.no/download/asa-klassifikasjon/?wpdmdl=979>
- Watts, S., & Stenner, P. (2012). *Doing Q Methodological Research*. SAGE.
- Wolf, A. (2010). Subjektivitet i Q-metodologi. I E. Allgood, & A. A. Thorsen (Red.), *Q-metodologi* (E. Allgood, & A. A. Thorsen, Overs., ss. 23-37). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Øvereng, E. B. (2002). Postoperativ smertelindring. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (ss. 252-277). Oslo: Akribe.
- Zidén, L., Wenestam, C.-G., & Hansson-Scherman, M. (2008). A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. *Clinical Rehabilitation*, 22, ss. 801-811.

## 9 VEDLEGG

### Vedlegg 1. Artikkel

“Den eldre hoftebruddpasienten og preoperativ opplevelse av lidelse”.

Pasienter og sykepleieres erfaringer.

#### Corresponding author

Tove Hestdal, Anestesisykepleier/Masterstudent i Klinisk helse og omsorgsvitenskap,  
Høgskolen på Vestlandet (Kontaktinformasjon oppgis ved innsending til tidsskrift)

**Antall ord:** 4845, 2 figurer, 8 tabeller

**Merknad:** Artikkelen vil bli oversatt til engelsk og marger vil bli justert i forhold til gjeldende retningslinjer før innsending. Linjeavstand i artikkel er 2,0 i henhold til tidsskriftets retningslinjer.

#### **Funding**

This research received no specific grants from any funding agency in the public commercial, or non-profit sectors.

#### **Conflict of interest**

The author declares that there is no conflict of interest.



## Sammendrag

Denne studien utforsker opplevelser av lidelse blant hoftebruddpasienter og sykepleiere ved to somatiske sykehus. Studien er gjort ut fra et omsorgsvitenskapelig perspektiv og dens mål var å få ny kunnskap om de subjektive erfaringene hoftebruddpasienter og sykepleiere erfarer i forhold til lidelse i den preoperative fase. Det ble benyttet en Q-metodologisk tilnærming hvor 40 Q-utsagn ble utviklet og totalt 14 respondenter rangerte utsagn fra mest enig til mest uenig, som etterfulgtes av et postintervju. Person til person faktoranalyse ved hjelp av Principal Component Analysis og varimaxrotasjon med håndrotering ble benyttet. Tre faktorsyn steg fram: 1. *“Nærvær, tillit og håp gir trygghet”*, 2. *“En trygghet at pasientene blir sett, møtt og informert”* og 3. *“Sint på seg selv og alene med lidelsen gir utrygghet”*. Resultatet viser en tydelig polarisering mellom deltakerne siden de yngste pasientene (median alder 73), sykepleiere, og de eldste pasientene (median alder 89.75) var representert i hver sin faktor. Funnene indikerer at trygghet, men også utrygghet kommuniseres som elementer som kan hemme eller fremme lidelse i den preoperative fase.

Nøkkelord: Q-metodologi, lidelse, eldre, hoftebrudd, opplevelse, preoperativ, omsorgsvitenskap.

## Abstract

This study explores experiences of suffering among patients with hip-fracture and nurses in two somatic hospitals. The perspective of the study is based on caring sciences and its aim is to gain new knowledge of subjective experiences of suffering among older patients with hip fracture in the preoperative period. A Q-methodological approach was used and a Q-sample of 40 statements was developed. A total of 14 participants ranked the statements from most agree to most disagree, followed by post-interviews. A person by person factor-analysis in form of Principal Component Analysis with varimax and hand rotation were conducted. Three viewpoints emerged: 1. *“Closeness, trust and hope makes safe and secure”*, 2. *“A safe feeling when the patient is seen, met and informed”* and 3. *“Angry and alone gives an unsafe feeling”*. The result shows a clear polarisation between participants since the youngest patients (median age 73), nurses and the oldest patients (median age 89,75) is represented in their specific factors. The findings show that feeling safe, but also insecure or unsafe is communicated as elements that can alleviate or enhance suffering in the preoperative period.

Keyword: Q-methodology, suffering, elderly, hip fracture, experience, preoperative, caring sciences.

## Introduksjon

I følge Nasjonalt Hoftebruddregister ble det i 2016 operert over 6000 pasienter for ulike typer hoftebrudd i Norge (1). Gjennomsnittsalder på hoftebruddpasienten er 83 år og ca. 75% er kvinner. Det kan være ulike årsaker til hoftebrudd, men blir ofte starten på en dramatisk endring i den eldre livssituasjon og flere studier beskriver dette (2, 3). Å pådra seg et hoftebrudd resulterer som regel i sykehusinnleggelse og påfølgende operasjon. Pasienten kan, i den av og til lange preoperative perioden, oppleve smertefulle eller ubehagelige undersøkelser og har et stort forklaringsbehov på hva som skal skje. Hvilke lidelser denne pasientgruppen, i møtet med helsevesenet, kan tenkes å oppleve før operasjon og hva som hemmer eller fremmer deres lidelse, vil denne artikkelen beskrive. Studien tar utgangspunkt i Erikssons (4) forståelse av lidelsesbegrepet, der sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse er sentrale. Funnene vil bli diskutert opp mot de ulike lidelsesbegrepene med utgangspunkt i Martinsen (5, 6), Arman og Rehnsfeldt (7), Arman (8) og Dahlberg og Segesten (9) som vektlegger de suverene livsytringer og menneskets naturlige livsforståelse som gjensidig avhengige og sårbare.

## Tidligere forskning

Det er ikke funnet lignende studier der pasienter med nyoppstått hoftebrudd gir uttrykk for sin opplevelse av lidelse i preoperative fase. Tilsvarende gjelder for sykepleiere som har ansvar for denne pasientgruppen. Derimot eksisterer det noen studier nært opptil tema som beskriver hoftebruddpasientenes opplevelser av omsorg og medbestemmelse gjennom hele sykehusoppholdet. Andre studier beskriver ulike pasientgruppers opplevelser og erfaringer av omsorg og lidelse i akuttinntak, men ikke hoftebruddpasienter spesielt. Felles for alle disse

studiene indikerer at det er viktig å se på ulike omsorgssituasjoner fra både pasient og sykepleiers perspektiv. I den perioperative dialogen beskrives det at pasientene til elektivt kne eller hofteprotesekirurgi, opplever å være unike når de blir sett av sykepleierne og at sykepleierne deler deres lidelse ved å høre på dem og gi de tid til samvær (10).

Hoftebruddpasientens opplevelse av omsorg i ambulansetjenesten erfares som rasjonell og effektiv uten personlig involvering, men også som omsorgsfull og empatisk (11). Noen studier viser at det brukes for liten tid med hoftebruddpasienten i perioden før operasjon, i tillegg mangler det informasjon og forklaringer på det som skal skje (12). Andre viser at respekt og empati fra sykepleiere er en avgjørende faktor for hoftebruddpasientens opplevelse av god omsorg under hele sykehusoppholdet (2). Hoftebruddpasientens opplevelse av medbestemmelse under sykehusoppholdet, spesielt etter operasjonen, er ofte påvirket av hvilken evne pasienten har til å absorbere informasjon og ønske om å bli involvert. De fleste pasientene overlater alle avgjørelser til helsepersonellet, de følger rutineene ved sykehuset og er glade for den hjelp de kan få (13). Det mangler forståelse for omsorg i møtene mellom sykepleiere og ulike pasientgrupper i et akuttinntak. Praktiske gjøremål fremstilles som omsorg, mens ingen snakker om å forstå pasientens dypere behov (14). Sykepleiere er usikre på hva pasienten egentlig opplever som lidelse og har vanskelig for å sette ord på det. Sykepleiere forklarer lidelse ut fra hva de tror kan ha forårsaket lidelsen, istedet for å beskrive den. Noe som også påvirker omsorgskulturen (15). Lidelse i et akuttinntak er ikke bare fysisk som smerter, men også emosjonell. Den emosjonelle lidelsen består blant annet av opplevelser som ikke å bli sett, ikke møtt med vennlighet, desorientering og ikke bli trodd (16).

## Hensikt

Hensikten med denne studien er å få ny kunnskap og økt forståelse for hoftebruddpasientenes subjektive opplevelse av hva som hemmer eller fremmer lidelse i den preoperative fase.

## Metode

Som forskningsmetode er Q-metodologi valgt. Metoden gir et annet perspektiv enn hva den kvalitative eller kvantitative forskningstradisjon oppnår (17). Styrken ligger i den kvalitative metodens mål om å utforske subjektivitet og den kvantitative metodens statistiske analyse for å avdekke strukturer i deltakernes synspunkter (18). Ved å bruke Q-metode, vil en få identifisert allmenne og individuelle synspunkter, som gjør forskeren i stand til å se på likheter og forskjeller i meningsytringer hos en liten gruppe mennesker. Valg av denne metoden gir om mulig ny eller økt kunnskap om den eldre hoftebruddpasientens opplevde lidelse i den preoperative fase.

## Design

De ulike trinnene i en Q-metodologisk studie er følgende:

Trinn 1; Utvikling av kommunikasjonsuniverset “Concourse”. Kommunikasjonsuniverset representerer alt som blir kommunisert i forhold til forskningsspørsmålet og er i prinsippet uendelig. Utsagnene kan samles fra ulike ressurser som media, litteratur, forskning og intervju (19).

Trinn 2; I utviklingen av Q-utvalget ønsker en å ha en mye mindre, men representativ mengde utsagn fra kommunikasjonsuniverset. For å unngå skjeve utvalg, balanseres de ved hjelp av

Fisher balanced block design (20, s. 19).

Trinn 3; Rekruttere P-utvalget. P-utvalget er benevnelsen på respondentene som skal sortere Q-utvalget. Siden en Q-studie verken har til hensikt å finne utbredelse eller årsaker, trenger ikke antall respondenter være høy (17). P-utvalget er ofte færre enn Q-utvalget (19) og er strategisk valgt. Deltakere i denne studien er pasienter med nyoppstått hoftebrudd og sykepleiere med ortopedi og traume-erfaring.

Trinn 4; Q-sorteringen er handlingen der respondentene blir spurt om å rangere alle kortene fra Q-utvalget. Respondentene må prioritere og gi hvert enkelt utsagn en unik plassering i en tvungen symmetrisk matrise som etterligner en normalfordelingskurve ved å ha færre felt på ytterpunktene enn i midten (17). Se figur 1. Matrisen er konstruert for å gjøre systematiske og nyanserte sammenligninger der det antas at noen få setninger er viktige for sortereren. Den er symmetrisk ved at ytterpunktene er fordelt likt, hvor + og - 5 representerer svært positive og negative utsagn, mens 0 representerer nøytrale utsagn (21, s 56-57). Etter sorteringen er det en fordel å følge opp med postintervju hvor respondentene får mulighet til å utdype sine valg av utsagn som ligger i ytterpunktene av matrisen. Utdypingen hjelper i tolkningsarbeidet da en får en større og mere detaljert forståelse for hver enkelt respondents Q-sortering (22, s 83).

Trinn 5; Alle gjennomførte Q-sorteringer blir kodet og legges inn i et statistikkprogram som kan utføre person til person faktoranalyse, i stedet for den mere tradisjonelle faktoranalysen som er mellom variabler i form av punkter og utsagn.

Trinn 6; Analysen består av korrelasjonsanalyse hvor det er mulig å gjennomføre Principal Component (PCA) eller Centroid Analysis og manuell eller Varimax rotasjon. Én vektet faktor (faktor array) representerer en syntese av synspunktene til de respondentene som har lignende mening.

Trinn 7; I faktortolkingen vektlegges utsagn med ekstreme utslag i matrisen, karakteristiske utsagn, sammenfallende syn og postintervju.

De ulike Q-metodologiske steg i denne studien ble gjennomført slik:

Trinn 1; Kommunikasjonsuniverset baseres på semi-strukturerte intervju med to sykepleiere fra ortopedisk sengepost, én pasient med nyoppstått hoftebrudd og tidligere forskning. Totalt 226 utsagn ble identifisert.

Trinn 2; Reduksjon av utsagn og utvikling av Q-utvalg ble gjennomført med hjelp av Fishers balanced block design, Se figur 2, hvor en identifiserte fem hovedkategorier med det som tolkes som lidelses-hemmende og lidelses-fremmende utsagn fra den preoperative fase. De fem kategoriene var: a) Møte med helsevesenet, b) Avhengighet/Kontroll/Pårørende, c) Medbestemmelse, d) Smerter, e) Pleie og omsorg. Sluttresultatet ble 8 utsagn i hver kategori, totalt 40 utsagn. Se tabell 1.

Trinn 3; 14 respondenter ble rekruttert til P-utvalget og 3 deltok i etablering av kommunikasjonsuniverset (trinn1). Pasientene ble rekruttert fortløpende ved innleggelse på sykehus og sykepleiere ble rekruttert via forespørsel fra sin nærmeste leder.

Trinn 4; totalt 14 respondenter gjennomførte Q-sortering. De plasserte 40 utsagn i en tvungen valgt fordeling etter et selvrefererende standpunkt, hvor de rangerte utsagnene etter mest enig [+5] til mest uenig [-5].

Instruksjonsbetingelsen som ble gitt til deltakerne under Q-sorteringen var:

Pasienter:

Du blir nå presentert for 40 utsagn som handler om opplevelser du og andre pasienter med hoftebrudd kan ha erfart med tanke på hva som hemmer eller fremmer lidelse i tiden før operasjon. Basert på din erfaring vil jeg be deg om å rangere utsagnene etter hvilke utsagn du er mest enig i og hvilke du er mest uenig i.

Sykepleierne ble spurt om tilsvarende, der ordlyden var:

Du blir nå presentert for 40 utsagn som handler om opplevelser du kan ha erfart med tanke på hva som hemmer eller fremmer lidelse i tiden før operasjonen hos hoftebruddpasienten.

Postintervju ble gjennomført umiddelbart etter endt sortering ved hjelp av lydopptak som ble transskribert til tekst.

Trinn 5; For å gjøre en person til person faktoranalyse ble alle Q-sorteringene lagt inn i et statistisk analyseprogram, hvor PQMethod 2,35 med DOSBox og PQROT 2.0 for Mac (23) ble brukt. Hver Q-sortering var kodet og ble ved hjelp av programmet PQMethod omdannet slik at statistiske analyser kunne gjennomføres.

Trinn 6; analyse av data fra deltakernes matriser resulterte, etter flere analyser, i en tre-faktor Principle Component Analysis (PCA), med varimaxrotasjon og håndrotasjon på  $\angle -7^\circ$  av faktor 1 og 3. Dette gav den tydeligste faktoranalysen. Selv om Factor array foreløpig sees på som et subjektivt synspunkt, vil synspunktene bli omtalt som faktorsyn i resultatdelen.

Antallet uttrekkbare faktorer ble vurdert etter Kaiser-Guttman kriteriet, med Eigenvalues (EV) over 1,00 som mål. Korrelasjon mellom faktorene var  $SEr=0.158$  og forklart varians av de tre faktorene var 62%. Signifikant faktorlading  $p < .01$  var 0.4079. Se tabell 2.

Trinn 7; Faktoranalyse, Z-scores, faktorestimat samt postintervju av respondentene dannet grunnlaget for tolkingen av resultatene. Etter faktor og korrelasjonsanalyse fremsto 5 av 14 respondenter som mikset og ladet signifikant på flere faktorer og ble ekskludert fra videre analyse. De resterende 9 respondentene ladet signifikant  $p < .01$  på én av de tre faktorene og ble analysert videre. Laveste faktorkorrelasjon (0,27) eksisterte mellom faktor 2 og 3, som gir et sammenfallende syn på 27 % vedrørende forskningstema og større forskjell enn mellom faktor 1-2 og 1-3. Se tabell 3.



## Formelle etiske krav

Regional Etisk Komité – Vestlandet godkjente studien i vurderingsmøte den 02.06.2016, Ref. 2016/824/REK – Vest. Formelle tillatelser til datainnsamling ved sykehuset ble, etter søknad til Forskning og Innovasjonsavdeling, godkjent av klinikkdirektører ved Kirurgisk og Medisinsk Serviceklinikk. Endelig godkjenning til gjennomføring av studien ble gitt av ledere ved ortopedisk sengepost og akuttmottak. Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien og ble bedt om å gi sitt skriftlige samtykke til deltakelse. De ble informert om at deltakelse var frivillig, at de kunne trekke seg når de ville uten å oppgi årsak og at personlig informasjon ble behandlet konfidensielt. Helsinkideklarasjonen (24).

## Resultat

Ni deltakere ladet signifikant på ett av synspunktene, mens fem fremsto som mikset og ble ikke med videre i analysearbeidet se tabell 2. Korrelasjonen mellom faktorene var relativt lave se tabell 3. Alle Q-utsagnene, Faktor Array, Z-score samt karakteristiske og konsensusutsagn er presentert og markert i tabell 1. Resultatene presenteres gjennom historien utsagnene kommuniserer til oss og tolking av faktorene er basert på abduksjon. Sitater fra post-intervjuene og bakgrunnsvariabler som alder se tabell 8, spiller også en rolle i tolkeprosessen og vil bli presentert i diskusjonsdelen. I teksten er karakteristiske utsagn med signifikans  $p < .01$  markert med \*\* og med  $p < .05$  markert med \*. Konsensusutsagn som ikke er signifikant ved  $p > .01$  merket # og ved  $p > .05$  merket ##. Alle utsagn i resultatdelen under er plassert i parentes.

## Faktorsyn 1: “Nærvær, tillit og håp gir trygghet”

Tre hoftebruddpasienter (gjennomsnittsalder 73 år) definerte factorsyn 1; Tabell 4, og kommuniserer at de opplever trygghet ved pårørendes nærvær (1) og informasjon om det som skal skje (16#). Videre fremheves samtale med ortoped som svært positivt (4) og at en god framdriftsplan er viktig tidlig i forløpet (5##). I høy grad oppleves sykepleiernes ønske om å være tilstede og gjøre det beste for dem (26), samt at de godtar avhengighet av pleiepersonalet (6\*). Smerte oppleves som en lidelse (24), men er uenige i at smerten bidrar til at de ikke får med seg det som skjer (20\*). Opplevelsen av en god smertelindring erfares som viktig (18##) og de uttrykker ikke redsel for bivirkninger av smertestillende (7). De er i stor grad uenige i at sykehusinnleggelsen gjør de utrygge (34), at de mister sin medbestemmelse (36) eller at de blir oppgitte av gjentatte spørsmål (10). De er også uenige i at det kun er pårørende som får informasjon (35##), at avhengighet til de gjør de utilpasse (8) eller at deres tilstedeværelse ikke alltid gir en god opplevelse (31##). I factorsyn 1 oppleves pårørende og personalets tilstedeværelse som en ressurs for å komme seg gjennom den preoperative fasen. Derfor er faktoren merket “Nærvær, tillit og håp gir trygghet”.

## Faktorsyn 2: “En trygghet for pasientene å bli sett, møtt og informert”

De som definerte factorsyn 2 var tre sykepleiere fra akuttmottak og ortopedisk sengepost samt én pasient; Tabell 5. I likhet med factorsyn 1 kommuniserer respondentene at pasientene opplever trygghet, men først og fremst gjennom å bli sett (30\*\*) og mottatt som mennesker som trenger hjelp (27\*). De er svært enige i at det gir trygghet å bli informert (16#) og at pasientene lider når de ligger i usikkerhet og ikke vet hva som skal skje (12). De er enige i at samtale med ortoped erfares som svært positivt (4), men de kommuniserer at pasientene blir oppgitt over at samme spørsmål stilles flere ganger (10\*\*). De er også enige i at smerte

forverrer ventetiden før operasjon (39#) og at en god smertelindring er viktig (18##), men uttrykker stor uenighet i at pasientene sier de må tåle å ha smerter (3\*\*). De er også svært uenige i at pasienten opplever å ha medbestemmelse før operasjonen (38\*\*) og uenige i at det kun er pårørende som får informasjon (35##). De er videre uenige i at pasientene godtar å være avhengige av pleiepersonalet (6\*\*), at de føler seg utilpass ved avhengighet til pårørende (8) eller at pasientene synes det er greit å miste kontroll i operasjonsavdelingen (17). Respondentene er heller ikke enige i at pasientene føler seg alene (9) og at kroppen har sviktet (23##). Det mest karakteristiske i faktorsyn 2 er at pasientens opplevelse av trygghet baseres på å bli sett, tatt imot som et menneske som trenger hjelp og få informasjon om det som skal skje. Dette kan ha betydning for pasientens opplevelse av lidelse i perioden før operasjon. Derfor er faktoren merket “En trygghet for pasientene å bli sett, møtt og informert”.

### Faktorsyn 3: “Sint på seg selv og alene med lidelsen gir utrygghet”

Faktorsyn 3 er definert av to hoftebruddpasienter (gjennomsnittsalder 89,75 år); Tabell 6. De opplever at den preoperative perioden er preget av utrygghet og kommuniserer at å ligge i usikkerhet (12), ha sterke smerter i hoften (24) og være ute av stand til å bevege seg fritt (21), er en stor lidelse. De verdsetter høyt sin mulighet til å gi beskjed om smerter (14\*) samt få en god smertelindring (18##), men er svært uenige i at de ikke våger å spørre om hjelp selv om de har det vondt (11\*\*). De erfarer at innleggelsen gjør de veldig alene (9\*\*), men også sinte på seg selv for det som har skjedd (40\*\*). De er enige i at pårørendes tilstedeværelse gir de trygghet i ventetiden før operasjonen (1), men er svært uenige i at de føler seg tryggere inne på et rom enn på gangen mens de venter på operasjon (37\*\*). At pårørende ikke alltid gir en god opplevelse (31##) eller at det er kun de nærmeste som får informasjon (35##) er de

uenige i. De opplever heller ikke redsel for bivirkninger av smertestillende (7) eller å ikke våkne opp etter operasjonen (33\*). De er også uenige i at det er greit å miste kontroll på operasjonsavdelingen (17) eller å godta at helsepersonellet bestemmer forløpet før operasjonen (28\*\*). I faktorsyn 3 er respondentenes opplevelse av sterke smerter og ikke kunne bevege seg fritt, fremtredende faktorer. Også følelsen av å være alene og sint på seg selv er karakteristiske synspunkt. Trygghet erfares ved pårørendes tilstedeværelse og det å ligge på gangen i stedet for et rom. På grunn av dette er faktoren merket “Sint på seg selv og alene med lidelsen”.

Det ble funnet tolv konsensusutsagn som avdekket de likheter som eksisterte mellom faktorsynene; Tabell 7. Fire av disse er rangert positive: En god smertelindring bidrar til avslapping før operasjonen (18###), informasjon om forløpet gir trygghet (16#) og det er viktig å ha en god framdriftsplan tidlig i forløpet (5###). Svakere positivt var mye smerter i hoften før operasjonen forverrer ventetiden (39###). Nøytralt rangerte utsagn er at ønsker før operasjonen blir etterkommet (2##), at de blir sett selv om pårørende er der (15#) og at respekten for de selv reduseres når personalet ser på de uten levende øyne (19#). Også utsagnene å bli innlagt medfører mange spørsmål (25#) samt å ikke få spise og drikke i mange timer før operasjonen er ubehagelig (32#), rangeres nøytralt. De utsagn som var negativt rangert var opplevelsen av at kroppen har sviktet på grunn av hoftebruddet (23##), at pårørendes tilstedeværelse ikke alltid gir en god opplevelse (31##) og at informasjon om forløpet kun er gitt til pårørende ikke til pasienten (35##). Konsensusutsagnene kan kanskje forklare noe av de middels høye korrelasjonene spesielt mellom faktorsyn 1 og 2.

## Drøfting

Deltakere i denne studien er både hoftebruddpasienter og sykepleiere fra sykehusavdelinger som kan tenkes å ha erfaring med hoftebruddpasientens opplevelse av lidelse i den preoperative fase. Analysen viser likheter mellom sykepleiere og pasienter, men også forskjeller i form av ulike meninger om hva som kan hemme eller fremme lidelse. Dette tydeliggjøres ved at sykepleierne representerer ett faktorsyn, mens pasientene hovedsakelig representerer de to andre faktorsynene. Ulikheter forekom også mellom pasientene, hvor de yngste og eldste deltakerne representerte hvert sitt faktorsyn. At det eksisterer så tydelige forskjeller mellom deltakerne og hvilke faktorsyn de representerer er interessant og kan peke i retning av at sykepleiere og pasienter kan ha ulike oppfatninger av hva pasienten opplever av lidelse, som også tidligere studier beskriver (15). Det er også tankevekkende å se en så tydelig forskjell i meninger mellom de yngste og eldste pasientene, hvor den eldste pasientgruppen opplevde utrygghet og den yngste trygghet. Også sykepleiere erfarte trygghet som en viktig faktor for å hemme lidelse, men under andre forutsetninger enn hva pasientene opplevde.

Det ser ut til å være en variert opplevelse av lidelse fra de med lidelseshemmende erfaringer i faktorsyn 1 og i noen grad faktorsyn 2, til de med opplevelse av økt lidelse i faktorsyn 3.

Faktorsyn 1, er definert som “Nærvær, tillit og håp gir trygghet” og formidler erfaringer de yngste pasientene har i den preoperative fase. Tillit, et ansikt, håp og opplevelse av nærvær av personalet og pårørende kommuniseres som faktorer som har bidratt til pasientenes opplevelse av trygghet og hemming av lidelse. Pårørendes nærvær kan bidra til at sykehusoppholdet oppleves mindre skremmende. Pasienten kan få hjelp til å forstå hva som skal skje, være med når pasienten får informasjon, minske ensomhetsfølelse og opptre som en ressurs (14). Helsepersonellens ønske om å gjøre det beste samt utsagn som at de godtar å være avhengige av personalet, kan tolkes som at de opplever en tillitsfull relasjon. Hvordan

tillit oppstår kan forklares i lys av Martinsen forståelse av tillit som sier at i situasjoner der pasienten opplever å være invitert og anerkjent som den han er, vil tilliten finne fotfeste, men hvordan tilliten vil utvikle seg, avgjøres av situasjonens omstendigheter (6 s. 9, 5, s. 54). Tillit kan også oppstå hvis en blir møtt på en omsorgsfull måte og flere studier viser at personalets nærvær og hvordan pasienten blir møtt og ivaretatt, spiller en vesentlig rolle for hvordan deres opplevde lidelse erfares (11, 12, 13, 16). Å knytte et ansikt til den nært forestående hendelsen kan bidra til trygghet, men også en opplevelse av tillit. Ut fra postintervju og utsagnets plassering understrekes legens samtale før operasjonen som positivt og svært viktig. Pasient sier: *“Føler meg tryggere på situasjonen nå, når jeg ser hvem som skal operere meg, det betyr mye for meg”*. Pasientene uttrykker trygghet ved å se den som skal operere. Tryggheten kan oppstå som en lovnad uttrykt i helsepersonellens ansikt og kan forstås ved hjelp av Levinàs’ ansiktets etikk og Løgstrups, den etiske fordring (6, s. 9, 41). Ønske om å bli gitt et håp stiger også fram fra tolkingen av resultatene samt postintervjuene **u**nderforstått kan dette tolkes om en utrygghet over fremtiden og om pasienten vil mestre hverdagen etter inngrepet. Dette kan sees i lys av Erikssons forståelse av livslidelse hvor sykdommen forstyrrer det vante livet og opptrer som en trussel mot pasientens eksistens. En annen måte å se det på kan være at håpet lindrer lidelse ved en bekreftelse på at det vil gå bra (16). Håpet kan hente fram indre ressurser og motivasjon for å trene seg opp, de kan få en aktiv innstilling til å møte den nære framtid utfordringer som Eriksson sier hindrer lidelsen i å sluke mennesket og oppta hele livet (4).

Faktorsyn 2, er definert som *“En trygghet for pasientene å bli sett, møtt og informert”* og formidler erfaringer sykepleiere og én pasient opplever i den preoperative fase. De kommuniserer fasen før operasjonen som en periode hvor tillit kan etableres, gjennom å se og møte pasienten slik at han opplever å være velkommen og ivaretatt. Sykepleier sier: *“Den preoperative fasen preges av hvordan de blir tatt imot, om en klarer å se pasienten med*

*pasientens øyne, få de til og føle seg velkomne. Å sette farge på sykehusoppholdet er viktig, det preger hele forløpet*". I den perioperative dialogen beskrives det å bli sett som en opplevelse av å være unik og at sykepleiernes bevissthet rundt pasientenes opplevelser er viktig og minsker redsel (10). Pasienten kan også bli fratatt sin unikhhet ved at de tvinges inn i standardiserte forløp og faste rutiner basert på kunnskap, men det kan også ses som en maktutøving (7, s. 75). De mister muligheten til å velge selv siden de ikke har kunnskap og Erikssons forståelse av dette kaller hun kunnskapens autoritet hvor helsepersonellet vurderer hva som er best for pasienten under forutsetning av at pasienten har frihet til å velge selv (4 s. 73). Å se pasienten med pasientens øyne innebærer i følge Eriksson at det vi ser og forstår blir man også ansvarlig for (25, s. 53). Dette kan belyses ytterligere ved hjelp av Martinsens forståelse rundt den etiske fordring, ved å være åpen for pasientenes behov, sette seg inn i pasientens verden, skape en undring som gjør sykepleierne nysgjerrige og interessert i pasienten. De kan sanse hva pasienten formidler og gis en mulighet til og ta imot fordringen som ligger i møtet mellom pasient og sykepleier. En ureflektert avgjørelse eller å se en annen vei skaper en lidelse for både pasient og sykepleier (5, s. 30, 47-48). Det å ligge i usikkerhet å ikke vite hva som skal skje oppleves å fremme lidelse. Usikkerheten og uvissheten skaper en stressende og utrygg situasjon for pasienten som forverrer ventetiden før operasjon. Pasient sier: *"Når du ikke vet, begynner du å innbille deg ting, så blir det ti ganger verre"*. Informasjon og samtale med helsepersonell erfares derfor som svært viktig og nødvendig, og kan bidra til avslapping i ventetiden.

Faktorsyn 3, er definert som "Sint på seg selv og alene med lidelsen gir utrygghet" og formidler erfaringer de eldste pasientene opplever i den preoperative fase. De kommuniserer fasen før operasjonen som en periode preget av redsel for smerte, utrygghet, sinne rettet mot seg selv og opplevelse av å være alene. Dette er med å fremme lidelse for pasienten.

Hoftebruddpasientenes opplevelse av smerte kan være variable og hvordan smertene opptrer

og hvor sterke de er, er det kun personen som har smerten som kan si noe om i følge Margo McCafferys definisjon på smerte (26, s. 254). Ubehandlet smerte kan gi uutholdelig lidelse og frata pasientens fokus og mulighet til mestring (4, s. 67). Å ha kunnskap om smerter er viktig, men også evnen til å se smerte i tillegg til å åpne for at pasient kan gi beskjed om smerter, kan lindre pasientens lidelse. For helsepersonellet blir smerten blir en moralsk kjensgjerning og en faglig fordring som krever handling (27, s. 501). Smerte er en del av det Eriksson forstår som sykdomslidelse, men også sinne fremheves som en del av samme begrep og kan sees i lys av den sjelelige lidelsen sykdom eller skade medfører (4, s. 37, 67). Sinne kan tolkes som at de opplever å ha sviktet seg selv og påtar seg skyld og ansvar for hoftebruddet. Fortvilelsen og skammen i situasjonen kan bli en drivkraft til å fremme opplevd lidelse. Å føle seg alene kan erfares som å være usynlig, underforstått ikke bli sett eller hørt (9, s. 92-93). Usynligheten kan gi utrygghet, men sett i lys av Arman og Rehnsfeldts forståelse av pleielidelse, også være selvpåført som en beskyttelse mot sviket de kan oppleve i en ikke forventet omsorgsfull relasjon (7, s. 75-76). De forsøker å tilpasse seg situasjonen for å oppnå lindringen de ønsker. Usynligheten og utryggheten kan også oppstå ved å måtte vente på et rom før operasjonen, også beskrevet i andre studier (14). Pasient sier: *“Jeg føler meg veldig alene på rommet ..., ønsker å se personalet for å føle meg tryggere”*. Sett i lys av Erikssons forståelse av lidelse trenger pasienten en bekreftelse på å bli sett, men usynligheten kan bli en redsel for å bli glemt og forlatt, ikke sett og alene med lidelsen med begrensede muligheter for kontakt (4, s. 46). Slik Martinsen forstår det kan også den kroppslige sykdommen skape uorden, fortvilelse over situasjonen og framtiden slik at pasienten lukker seg, makter ikke å ta imot appellen fra sykepleieren (6, s. 24-25). Denne stille følelsen av å være alene og sint på seg selv kan være et uttrykk for en livslidelse. Deres fortvilelse over sin situasjon, sett i sammenheng med respondentenes høye alder, kan bidra til en opplevelse av at livet, på grunn av hoftebruddet går inn i sin siste fase.



Til tross for ulikheter ble det også funnet likheter i form av konsensusutsagn som kan forstås som allmenne meninger eller felles holdninger og verdier. Deltakerne fremhever smertelindring, informasjon og en god framdriftsplan som lidelseshemmende faktorer. Mens smerter fremmet lidelse. Se forøvrig konsensusutsagn i resultatdelen.

## Styrke og svakheter

Hensikten med en Q-metodologisk studie er å få en økt forståelse av et fenomen, slik som pasientens subjektive opplevelse av lidelse, ikke til å generalisere til bruk i en større populasjon av mennesker (22, s. 73), men resultatene kan få innvirkninger for flere enn deltakerne i denne studien. Til tross for at det i Q-metodologi er akseptert med få deltakere ville et høyere antall respondenter fremskaffet flere like og ulike synspunkt. Q-utvalget, etablert fra kommunikasjonsuniverset ble basert på dybdeintervju av én pasient og to sykepleiere samt forskningslitteratur om emnet. En annen deltakersammensetning samt et tidligere tidspunkt for hoftebruddpasientenes Q-sortering kunne fremskaffet andre synspunkt. Setningsoppbyggingen av utsagnene er viktig da feil konstruering av setninger kan bli vanskelig å tolke (22, s. 62). At både sykepleiere og pasienter deltar i samme Q-studie, kan ha fått frem likheter og ulikheter en kanskje ellers ikke ville ha funnet.

## Konklusjon

Basert på opplevelsene til pasienter og sykepleiere har en fått en indikasjon på at det eksisterer flere synspunkt på hva som kan hemme eller fremme lidelse i den preoperative fase. De tre synspunktene som kom fram i denne studien viser at opplevelse av trygghet er viktig

og kan hemme lidelse, spesielt faktorsyn 1 og 2. I faktorsyn 3 derimot, erfares ikke dette i like stor grad. Pasientenes opplevelse og sykepleiernes erfaringer av hva som gav trygghet, var ikke helt sammenfallende. Det eksisterte likheter mellom de yngste eldre og sykepleierne i henholdsvis faktorsyn 1 og 2, men hva som bidro til tryggheten ble av pasientene erfart som tillit til personalet, nærvær av pårørende og helsepersonellet og håp gjennom en framdriftsplan. Sykepleierne på sin siden erfarte at trygghet hos pasienten oppsto gjennom å bli sett, møtt som et menneske som trenger hjelp og informasjon. Hos de eldste pasientene representert i faktorsyn 3 var utrygghet en dominerende følelse. Utryggheten opplevdes som en konsekvens av å være alene med lidelsen, sinne og usikkerhet. En manglende bekreftelse og ikke bli sett erfartes som å bli usynliggjort.

Sett i lys av studien kan konsekvenser for klinisk praksis være at rom for tillit skapes i det første møtet og at holdninger og handlinger kan påvirke pasientens opplevelse av lidelse. Et hoftebrudd kan også gi livslidelse hos enkelte pasienter slik at informasjon om muligheter i nær framtid oppleves som viktig og kan gi håp.

## Referanser

1. Direktoratet for e-helse/Kvalitetsindikatorer. Hoftebrudd operert innen henholdsvis 24 timer og 48 timer. [Hentet 07.11.2017]  
Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/hoftebrudd-operert-innen-24-og-48-timer>.
2. Johansson I, Bååth C, Wilde-Larsson B, Hall-Lord ML. Acute confusion states, pain, health, functional status and quality of care among patients with hip fracture during hospital stay. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2013 8;17(3):120-130.
3. Zidén L, Wenestam C, Hansson-Scherman M. A life-breaking event: early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. *Clin Rehabil* 2008 09;22(9):801-811.
4. Eriksson K. *Det lidende menneske*. Oslo: TANO; 1995. 97 s.
5. Martinsen K. *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe AS; 2012. 199 s.
6. Martinsen K. *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl; 2000. 173 s.
7. Arman M. og Rehnsfeldt A. *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet*. Stockholm: Liber; 2006. 139 s.
8. Arman M. Lidande. In: Bergbom I, Gustin LW, editors. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 185-197.
9. Dahlberg K. *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur; 2010. 344 s.
10. Pulkkinen M, Junttila K, Lindwall L. The perioperative dialogue - a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scand J Caring Sci* 2016 03;30(1):145-153.

11. Aronsson K, Björkdahl I, Sundström BW. Prehospital emergency care for patients with suspected hip fractures after falling - older patients' experiences. *J Clin Nurs* 2014 11;23(21):3115-3123 9p.
12. Pownall E. Using a patient narrative to influence orthopaedic nursing care in fractured hips. *J ORTHOP NURS* 2004 2004;8(3):151-159.
13. Malmgren M, Törnvall E, Jansson I. Patients with hip fracture: Experiences of participation in care. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2014 08;18(3):143-150.
14. Nyström M, Dahlberg K, Carlsson G. Non-caring encounters at an emergency care unit - a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *Int J Nurs Stud* 2003 09;40(7):761-769.
15. Lindholm L, Eriksson K. To understand and alleviate suffering in a caring culture. *J Adv Nurs* 1993 09;18(9):1354-1361.
16. Body R, Kaide E, Kendal S, Foex B. Not all suffering is pain: sources of patients' suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners. *Emerg Med J* 2015 01;32(1):15-20.
17. Størksen I. Hva er Q-metodologi, og hvordan kan den brukes i psykologien? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2012 ;49 (6): 566-570.
18. Akhtar-Danesh N, Baumann A, Cordingley L. Q-methodology in nursing research: a promising method for the study of subjectivity. *West J Nurs Res* 2008 10;30(6):759-773.
19. Van Exel J, De Graaf G. Q methodology: A sneak preview. 21 s.
20. Thorsen AA, Allgood E. Introduksjon til Q-boken og begrepsavklaring. In: Thorsen AA, Allgood E, editors. *Q-metodologi: en velegnet måte å utforske subjektivitet* Trondheim: Tapir akademisk; 2010. p. 15-22.

21. Kvalsund R, Allgood E. Kommunikasjon som subjektivitet i en skoleorganisasjon. In: Thorsen AA, Allgood E, editors. Q-metodologi: en velegnet måte å utforske subjektivitet Trondheim: Tapir akademisk; 2010. p. 47-82.
22. Watts S, Stenner P. Doing Q Methodological Research: Theory, Method & Interpretation.: SAGE Publications; 2012. 238 s.
23. Schmolck P. PQMethod (version 2.35). [Retrieved October 16, 2014] 2002.
24. WMA Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Hentet 07.11.2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
25. Martinsen K. Å se og å innse: om ulike former for evidens. Oslo: Akribe; 2009. 180 s.
26. Øvereng EB. Postoperativ smertelindring. In: Hovind IL, editor. Anestesisykepleie Oslo: Akribe; 2002. p. 252-277.
27. Nordtvedt P. Etikk og anestesisykepleie. In: Hovind IL, editor. Anestesisykepleie Oslo: Akribe; 2002. p. 500-509.



Figur 2. Fisher balanced block design

Effekter	Nivåer					Celler
	Møte med helsevesen  (c)	Avhengighet/ Kontroll/ Pårørende  (d)	Med- Bestemmelse  (e)	Smerter  (f)	Pleie Omsorg  (g)	4x10
<b>(A)</b> Hemmer lidelse	<b>Ac</b> 4 utsagn	<b>Ad</b> 4 utsagn	<b>Ae</b> 4 utsagn	<b>Af</b> 4 utsagn	<b>Ag</b> 4 utsagn	20 utsagn
<b>(B)</b> Fremmer lidelse	<b>Bc</b> 4 utsagn	<b>Bd</b> 4 utsagn	<b>Be</b> 4 utsagn	<b>Bf</b> 4 utsagn	<b>Bg</b> 4 utsagn	20 utsagn

Tabell 1. Q-utsagn, Faktor Array, Z-score, karakteristiske og konsensusutsagn faktor 1-3.

Karakteristiske utsagn  $p < .01$  er merket \*\*,  $p < .05$  er merket \*.

Konsensusutsagn som er ikke signifikant ved  $p > .01$  er merket #, ved  $p > .05$  er merket ##

Q-Utsagn		Factor array og Z-score for faktor 1, 2 og 3					
		F1	Z-score	F2	Z-score	F3	Z-score
1	Det er en betryggelse å ha pårørende eller andre med seg på sykehuset	5	1.650	1*	0.411	3	1.247
2 ##	Mine ønsker før operasjonen blir etterkommet	1	0.422	0	-0.200	-1	-0.307
3	Selv om jeg har smerter må jeg tåle det	-2**	-0.876	-5**	-2.389	1**	0.467
4	Jeg opplevde det som veldig positivt at den som skulle operere meg kom opp og snakket med meg før operasjonen	5	2.072	4	1.392	0**	0.307
5 ##	Å ha en god plan for hvordan jeg skal klare å komme meg på beina igjen er viktig	3	1.145	2	0.615	1	0.461
6	Å være avhengig av pleiepersonalet er noe jeg kan godta	3*	0.931	-3**	-1.175	0*	0.000
7	Jeg er redd for bivirkninger av smertestillende	-4	-1.538	1**	0.197	-4	-1.258
8	Å være avhengig av pårørende gjør meg utilpass	-4	-1.316	-4	-1.193	0**	0.165
9	Å bli innlagt med hoftebrudd gjør at jeg føler meg veldig alene	-2	-0.719	-4	-1.313	3**	0.786
10	Jeg blir spurt om det samme flere ganger og blir litt oppgitt av det	-3	-0.887	3**	1.108	-1	-0.325
11	Jeg våger ikke å spørre etter hjelp selv om jeg har det vondt	-1	-0.592	-1	-0.337	-5**	-2.181
12	Lidelse i forbindelse med hoftebruddet er å ligge i usikkerhet og ikke vite hva som skal skje	0	0.239	4	1.329	3	0.945
13	Jeg synes jeg må få hjelp raskt når jeg kommer på sykehus	-2*	-0.818	2*	0.999	0*	0.142
14	Det betyr mye at jeg har mulighet til å gi beskjed om smerter med en gang jeg kjenner det	1	0.447	1	0.445	4*	1.566
15 #	Jeg føler at jeg blir sett av personalet selv om mine pårørende er her	0	-0.171	-2	-0.516	1	0.473



16 #	Jeg opplever å bli tryggere gjennom å bli informert om det som skal skje	4	1.461	5	1.821	2	0.780
17	Det er helt greit å miste kontroll over situasjonen på operasjonsavdelingen	1**	0.549	-3	-1.115	-3	-1.253
18 ##	En god smertelindring gjør at jeg klarer å slappe av og alt går mye bedre	4	1.480	3	1.227	4	1.253
19 #	Respekten for deg selv blir redusert når personalet ser på deg uten levende øyne	-1*	-0.698	0	0.088	1	0.313
20	De sterke smertene gjør at jeg ikke klarer å få med meg alt som skjer	-3*	-1.222	-1	-0.410	0	-0.012

21	Å ligge i sengen uten å kunne bevege meg fritt er en lidelse	-1**	-0.636	2*	0.752	5*	1.714
22	Jeg liker ikke at mine nærmeste overtar bestemmelsen over meg	2*	0.742	0	-0.149	-2	-0.786
23 ##	Hoftebruddet gjør at jeg føler at kroppen har sviktet	-2	-0.719	-3	-1.146	-1	-0.467
24	Smerte er den største lidelsen i forbindelse med hoftebrudd	3	1.166	-2**	-0.552	5	1.708
25 #	Å bli innlagt medfører mange ubesvarte spørsmål	0	-0.081	1	0.317	-2	-0.626
26	Sykepleierne gir inntrykk av at de er her for meg og at de vil gjøre det beste for meg	4	1.334	-1**	-0.389	2	0.780
27	Det å bli varmt mottatt er å bli tatt imot som et menneske som har behov for hjelp	2	0.636	4*	1.633	2	0.621
28	Jeg godtar at helsepersonellet bestemmer forløpet før operasjonen	1	0.447	0	-0.266	-4*	-1.406
29	Smilet fra personalet gjør at jeg blir behandlet på best mulig måte og i beste mening	2	0.908	0	0.195	-2*	-0.621
30	Det at jeg blir sett gjør at jeg føler meg trygg	2	0.618	5**	1.671	1	0.467
Nr	Utsagn	F1	Z-score	F2	Z-score	F3	Z-score

31 ##	Å ha pårørende rundt seg er ikke alltid en god opplevelse	-3	-0.913	-2	-0.706	-3	-1.241
32	Å ikke få spise og drikke i mange timer før operasjonen er veldig ubehagelig	-1*	-0.491	1	0.295	2	0.615
33	Jeg er redd for at jeg ikke våkner opp etter operasjonen	0	0.093	-1	-0.401	-4*	-1.401
34	Å bli innlagt på sykehus gjør meg utrygg	-5	-1.744	2**	0.829	-2	-0.928
35 ##	Det er mine nærmeste som får informasjon ikke jeg	-5	-1.662	-4	-1.212	-3	-1.082
36	Jeg mistet medbestemmelsen over meg selv den dagen jeg ble innlagt for hoftebrudd	-4	-1.367	-2	-0.973	-1*	-0.148
37	Jeg føler meg tryggere inne på et rom enn på gangen når jeg venter på operasjon	-1	-0.415	-1	-0.286	-5**	-2.021
38	Jeg opplever medbestemmelse i stor grad	0	-0.026	-5**	-1.454	-1	-0.154
39 #	Å ha mye vondt på grunn av hoftebruddet forverrer ventetiden før operasjonen	1	0.415	3	1.118	0	0.148
40	Jeg er sint på meg selv for det som skjedde	0	0.133	0	-0.263	4**	1.258

Tabell 2. Faktorladinger

Faktorladinger; sorteringer som definerer faktoren er merket X

Q-sortering	Rolle	Fiktivt navn	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Nr. 1	Pasient	Erna	-0.0204	-0.0761	<b>0.7639X</b>
Nr. 2	Pasient	Kari	<i>0.4181</i>	<i>0.3206</i>	<i>0.6258</i>
Nr. 3	Pasient	Anna	<b>0.6875X</b>	0.1352	0.3625
Nr. 4	Pasient	Tora	<b>0.6994X</b>	0.2584	0.3347
Nr. 5	Pasient	Marie	0.0499	0.3582	<b>0.5885X</b>
Nr. 6	Pasient	Gunnhild	-0.2439	<b>0.7558X</b>	0.0169
Nr. 7	Pasient	Serine	<i>0.6372</i>	<i>0.0915</i>	<i>0.4192</i>
Nr. 8	Pasient	Asbjørg	<b>0.7274X</b>	0.0851	0.0397
Nr. 9	Pasient	Sofie	<i>0.4430</i>	<i>0.0365</i>	<i>0.5773</i>
Nr. 10	Sykepleier	Astrid K	0.2380	<b>0.7730X</b>	0.1224
Nr. 11	Sykepleier	Brit H	<i>0.1260</i>	<i>0.4149</i>	<i>0.7261</i>
Nr. 12	Sykepleier	Sissel P	0.3608	<b>0.6892X</b>	0.2384
Nr. 13	Sykepleier	Cecilie O	0.2729	<b>0.5577X</b>	0.3910
Nr. 14	Sykepleier	Lena H	<i>0.5275</i>	<i>0.6395</i>	<i>0.1756</i>
<b>Varians %</b>		21	21	20	

9 av respondentene definerte én av faktorene som forklarer 62 % av studiens varians.

Tabell 3. Korrelasjon mellom faktorene

Korrelasjon mellom faktorene

	<b>Faktor 1</b>	<b>Faktor 2</b>	<b>Faktor 3</b>
<b>Faktor 1</b>	1.0000	0.3799	0.3814
<b>Faktor 2</b>	0.3799	1.0000	0.2766
<b>Faktor 3</b>	0.3814	0.2766	1.0000

Tabell 4. Faktorsyn 1

<b>Faktorsyn 1 – “Nærvær, tillit og håp gir trygghet” – mest enig og mest uenig i</b>		
<b>Utsagn</b>		<b>Rangering</b>
<b>4</b>	Jeg opplevde det som veldig positivt at den som skulle operere meg kom opp og snakket med meg før operasjonen	+5
<b>1</b>	Det er en betryggelse å ha pårørende eller andre med seg på sykehuset	+5
<b>18</b>	En god smertelindring gjør at jeg klarer å slappe av og alt går mye bedre	+4
<b>16</b>	Jeg opplever å bli tryggere gjennom å bli informert om det som skal skje	+4
<b>26</b>	Sykepleierne gir inntrykk av at de er her for meg og at de vil gjøre det beste for meg	+4
<b>24</b>	Smerte er den største lidelsen i forbindelse med hoftebrudd	+3
<b>5</b>	Å ha en god plan for hvordan jeg skal klare å komme meg på beina igjen er viktig	+3
<b>6</b>	Å være avhengig av pleiepersonalet er noe jeg kan godta	+3*
<b>10</b>	Jeg blir spurt om det samme flere ganger og blir litt oppgitt av det	-3
<b>31</b>	Å ha pårørende rundt seg er ikke alltid en god opplevelse	-3
<b>20</b>	De sterke smertene gjør at jeg ikke klarer å få med meg alt som skjer	-3*
<b>8</b>	Å være avhengig av pårørende gjør meg utilpass	-4
<b>36</b>	Jeg mistet medbestemmelsen over meg selv den dagen jeg ble innlagt for hoftebrudd	-4
<b>7</b>	Jeg er redd for bivirkninger av smertestillende	-4
<b>35</b>	Det er mine nærmeste som får informasjon ikke jeg	-5
<b>34</b>	Å bli innlagt på sykehus gjør meg utrygg	-5

Karakteristiske utsagn:  $p < .05^*$  og  $p < .01^{**}$

Tabell 5. Faktorsyn 2

<b>Faktorsyn 2 – “En trygghet for pasientene å bli sett, møtt og informert”</b>		
<b>Utsagn</b>		<b>Rangering</b>
<b>16</b>	Jeg opplever å bli tryggere gjennom å bli informert om det som skal skje	+5
<b>30</b>	Det at jeg blir sett gjør at jeg føler meg trygg	+5**
<b>27</b>	Det å bli varmt mottatt er å bli tatt imot som et menneske som har behov for hjelp	+4*
<b>4</b>	Jeg opplevde det som veldig positivt at den som skulle operere meg kom opp og snakket med meg før operasjonen	+4
<b>12</b>	Lidelse i forbindelse med hoftebruddet er å ligge i usikkerhet og ikke vite hva som skal skje	+4
<b>18</b>	En god smertelindring gjør at jeg klarer å slappe av og alt går mye bedre	+3
<b>39</b>	Å ha mye vondt på grunn av hoftebruddet forverrer ventetiden før operasjonen	+3
<b>10</b>	Jeg blir spurt om det samme flere ganger og blir litt oppgitt av det	+3**
<b>17</b>	Det er helt greit å miste kontroll over situasjonen på operasjonsavdelingen	-3
<b>23</b>	Hoftebruddet gjør at jeg føler at kroppen har sviktet	-3
<b>6</b>	Å være avhengig av pleiepersonalet er noe jeg kan godta	-3**
<b>8</b>	Å være avhengig av pårørende gjør meg utilpass	-4
<b>35</b>	Det er mine nærmeste som får informasjon ikke jeg	-4
<b>9</b>	Å bli innlagt med hoftebrudd gjør at jeg føler meg veldig alene	-4
<b>38</b>	Jeg opplever medbestemmelse i stor grad	-5**
<b>3</b>	Selv om jeg har smerter må jeg tåle det	-5**

Karakteristiske utsagn:  $p < .05^*$  og  $p < .01^{**}$

Tabell 6. Faktorsyn 3

<b>Faktorsyn 3 – “Sint på seg selv og alene med lidelsen gir utrygghet”</b>		
<b>Utsagn</b>		<b>Rangering</b>
<b>21</b>	Å ligge i sengen uten å kunne bevege meg fritt er en lidelse	+5*
<b>24</b>	Smerte er den største lidelsen i forbindelse med hoftebrudd	+5
<b>14</b>	Det betyr mye at jeg har mulighet til å gi beskjed om smerter med en gang jeg kjenner det	+4*
<b>40</b>	Jeg er sint på meg selv for det som skjedde	+4**
<b>18</b>	En god smertelindring gjør at jeg klarer å slappe av og alt går mye bedre	+4
<b>1</b>	Det er en betryggelse å ha pårørende eller andre med seg på sykehuset	+3
<b>12</b>	Lidelse i forbindelse med hoftebruddet er å ligge i usikkerhet og ikke vite hva som skal skje	+3
<b>9</b>	Å bli innlagt med hoftebrudd gjør at jeg føler meg veldig alene	+3**
<b>35</b>	Det er mine nærmeste som får informasjon ikke jeg	-3
<b>31</b>	Å ha pårørende rundt seg er ikke alltid en god opplevelse	-3
<b>17</b>	Det er helt greit å miste kontroll over situasjonen på operasjonsavdelingen	-3
<b>7</b>	Jeg er redd for bivirkninger av smertestillende	-4
<b>33</b>	Jeg er redd for at jeg ikke våkner opp etter operasjonen	-4*
<b>28</b>	Jeg godtar at helsepersonellet bestemmer forløpet før operasjonen	-4**
<b>37</b>	Jeg føler meg tryggere inne på et rom enn på gangen når jeg venter på operasjon	-5**
<b>11</b>	Jeg våger ikke å spørre etter hjelp selv om jeg har det vondt	-5**

Karakteristiske utsagn:  $p < 0.05^*$  og  $p < 0.01^{**}$

Tabell 7. Konsensusutsagn

Konsensusutsagn med faktorskår ( $p > .01$ ) mellom faktor 1-3

Nr.	Utsagn			
		F1	F2	F3
18*	En god smertelindring gjør at jeg slapper av og alt går mye bedre.	+4	+3	+4
16	Jeg opplever å bli tryggere gjennom å bli informert om det som skal skje.	+4	+5	+2
5*	Å ha en god plan for hvordan jeg skal klare å komme meg på beina igjen er viktig.	+3	+2	+1
39	Å ha mye vondt på grunn av hoftebruddet forverrer ventetiden før operasjon.	+1	+3	0
19	Respekten for deg selv blir redusert når personalet ser på deg uten levende øyne.	-1	0	+1
2*	Mine ønsker før operasjonen blir etterkommet.	+1	0	-1
15	Jeg føler at jeg blir sett av personalet selv om mine pårørende er her.	0	-2	+1
25	Å bli innlagt medfører mange ubesvarte spørsmål.	0	+1	-2
23*	Hoftebruddet gjør at jeg føler at kroppen har sviktet.	-2	-3	-1
31*	Å ha pårørende rundt seg er ikke alltid en god opplevelse.	-3	-2	-3
32	Å ikke få spise og drikke i mange timer før operasjonen er veldig ubehagelig	-1	+1	+2
35*	Det er mine nærmeste som får informasjon ikke jeg.	-5	-4	-3

Utsagnene er ikke signifikante ved  $p > 0.01$   $p > 0.05$ ,  $p > 0.05$  er merket \*.



Tabell 8. Bakgrunnsvariabler pasienter

Deltakere	Mann	Kvinne	Alder	Antall postoperative dager
Pas 1		X	85-89	2
Pas 2		X	60-70	2
Pas 3		X	70-74	2
Pas 4		X	80-84	2
Pas 5		X	90-95	2
Pas 6		X	70-74	1
Pas 7		X	60-70	2
Pas 8		X	60-70	1
Pas 9		X	90-95	3

## Vedlegg 2. ASA - Klassifikasjon

(Trønnes, 2015)

### *RETNINGSLINJER FRA NORSK ANESTESIOLOGISK FORENING*

Pasientene vurderes preoperativt og plasseres i en av fem grupper, uavhengig av planlagt operativt inngrep (men pasientens kirurgiske lidelse og aktuelle evt. akutte tilstand vurderes med).

#### **ASA 1**

Frisk pasient. Ingen organisk, fysiologisk, biokjemisk eller psykiatrisk forstyrrelse. Den aktuelle lidelsen er lokalisert og gir ikke generelle systemforstyrrelser. Mindre enn 5 sigaretters røyking per dag. Alder under 80 år. *Eksempel:* Frisk 50-åring, ikke-røyker, til åreknuteoperasjon.

#### **ASA 2**

Moderat organisk lidelse eller forstyrrelse som ikke forårsaker funksjonelle begrensninger, men som kan medføre spesielle forholdsregler eller anestesitekniske tiltak. Lidelsen(e) kan enten være forårsaket av den aktuelle sykdommen pasienten skal opereres for, eller av en annen patologisk prosess. Alder over 80 år og nyfødte under 3 måneder. Mer enn 5 sigaretters røyking per dag. *Eksempler:* Lett organisk hjertesykdom. Ukomplisert diabetes (type 1 og 2). Godartet, ukomplisert hypertensjon. Frisk 20-åring med kjeveleddsperre.

#### **ASA 3**

Alvorlig organisk sykdom eller forstyrrelse som gir definerte funksjonelle begrensninger. *Eksempler:* Diabetes med organkomplikasjoner. Invalidiserende hjertesykdom. Moderat til alvorlig lungesykdom. Angina pectoris. Gjennomgått hjerteinfarkt (mer enn 6 måneder siden)

#### **ASA 4**

Livstruende organisk sykdom som ikke behøver å være relatert til den aktuelle kirurgiske lidelsen eller som ikke alltid bedres ved det kirurgiske inngrepet. *Eksempler:* Malign hypertensjon. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt (mindre enn 6 måneder siden). Sterkt framskreden lever-, nyre-, lunge- eller endokrin dysfunksjon. Manifest hjertesvikt. Ustabil angina pectoris. Subaraknoidalblødning, pasienten våken eller somnolent

#### **ASA 5**

Moribund pasient som ikke forventes å overleve 24 timer, med eller uten kirurgi. *Eksempler:* Pasient i sjokk med aortaaneurisme. Dypt komatøs pasient med intrakraniell blødning.

## Vedlegg 3. Systematisk litteratursøk

Tema: Det preoperative møtet og den eldre pasientens opplevelse av lidelse etter hoftebrudd.

Overordna forsknings spørsmål: Hvordan erfarer den eldre pasienten med hoftebrudd å bli møtt i forhold til sin opplevelse av lidelse i den preoperative fase?

Forsknings spørsmål: Hva hemmer eller fremmer lidelse hos den eldre med hoftebrudd i møtet med helsevesenet i den preoperative fase?

Søk er gjort i Cinahl og PubMed og artikler funnet uten fulltekst er ført videre via HSH-biblioteket ORIA inn i andre fulltekstkilder. Det kan være via Ovid, ProQuest Health and Medical Complete, ProQuest Medical Library eller ProQuest Nursing and Allied Health Source, Elsevier ScienceDirect eller direkte til tidsskriftene hvor artikkelen er publisert.

Det er også gjort søk i GoogleScholar for å supplere og utvide det engelske ordforrådet i forhold til tema.

I stedet for å bruk tall i søke-framgangen har jeg valgt å bruke alle søkeord som er brukt i kombinasjon og enkeltvis. De blir adskilt med OR eller AND.

Søk i Cinahl

Søk nr	Søkeord	Treff	Dato	Avgrensing
1.	hip fracture	10141	20.03.16	Ingen
		2204		Full tekst
2.	elderly or aged or older or elder or geriatric	664465	20.03.16	Ingen
		175682		Full tekst
3.	1 og 2 (hip fracture <b>and</b> elderly or aged or older or elder or geriatric)	6327	20.03.16	Ingen
		1522		Full tekst

4.	preoperative or pre-operative or pre-op	31417	22.03.16	Ingen
		5824		Full tekst
5.	1 og 2 og 4  (hip fracture) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op)	64	20.03.16	Ingen
		275		Full tekst
6.	Preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative	57124	22.03.16	Ingen
		11919		Full tekst
7.	1 og 2 og 6  (hip fracture) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative)	56576	22.03.16	Ingen
		11817		Full tekst
8.	suffering	15953	22.03.16	Ingen
		4892		Full tekst
9.	suffering patients	10397	20.03.16	Ingen
		3170		Full tekst
10.	suffering of the patient or patient suffering	10402	22.03.16	Ingen
		3170		Full tekst
11.	suffering or suffering patients or suffering of the patient or patient suffering	15953	22.03.16	Ingen
		4892		Full tekst
12.	suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering	15947	20.03.16	Ingen
		4897		Full tekst
13.	1 og 12  (hip fracture <b>and</b> suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering)	10649	22.03.16	Ingen
		3241		Full tekst

14.	1 og 2 og 12  (hip fracture) <b>and</b> (suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric)	10479	22.03.16	Ingen
		3207		Full tekst
15.	1 og 2 og 6 og 12  (hip fracture) <b>and</b> (suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative)	42543	22.03.16	Ingen
		10560		Full tekst
16.	experience	186005	22.03.16	Ingen
		61661		Full tekst
17.	experiences of patients	73745	22.03.16	Ingen
		23965		Full tekst
18.	patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective	166679	22.03.16	Ingen
		52886		Full tekst
19.	1 og 2 og 6 og 12 og 16  (hip fracture) <b>and</b> (suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative) <b>and</b> (experience)	41951	22.03.16	Ingen
		10452		Full tekst
20.	1 og 18  (hip fracture) <b>and</b> (patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective)	378	22.03.16	Ingen
		110		Full tekst
21.	1 og 2 og 18  (hip fracture) <b>and</b> (patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric)	251	22.03.16	Ingen
		82		Full tekst

22.	1 og 2 og 6 og 18  (hip fracture) <b>and</b> (patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative)	20	22.03.16	Ingen
		5		Full tekst
23.	1 og 2 og 6 og 12 og 18  (hip fracture) <b>and</b> (patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative) <b>and</b> (suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering)	0	22.03.16	Ingen
		0		Full tekst
24.	care or caregiving or caring	929121	22.03.16	Ingen
		278035		Full tekst
25.	1 og 24  (care or caregiving or caring) <b>and</b> (hip fracture)	918202	22.03.16	Ingen
		274432		Full tekst
26.	1 og 6 og 24  (care or caregiving or caring) <b>and</b> (hip fracture) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative)	26864	22.03.16	Ingen
		6087		Full tekst
		1243		Full tekst
27.	1 og 2 og 6 og 12 og 24  (care or caregiving or caring) <b>and</b> (hip fracture) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering)	23	22.03.16	Ingen
		4		Full tekst

28.	1 og 2 og 6 og 12 og 18 og 24  (care or caregiving or caring) <b>and</b> (hip fracture) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering) <b>and</b> (patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective)	10	22.03.16	Ingen
		3		Full tekst
29.	nursing or nursing care or nurse	710680	22.03.16	Ingen
		241007		Full tekst
30.	1 og 30  (nursing or nursing care or nurse) <b>and</b> (hip fracture)	923	22.03.16	Ingen
		294		Full tekst
31.	1 og 2 og 6 og 12 og 18 og 24 og 30  (care or caregiving or caring) <b>and</b> (hip fracture) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering) <b>and</b> (patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective) <b>and</b> (nursing or nursing care or nurse)	3	22.03.16	Ingen
		0		Full tekst
32.	caring science	1000	22.03.16	Ingen
		346		Full tekst
33.	1 og 33  (caring science) <b>and</b> (hip fracture)	0	22.03.16	Ingen
		0		Full tekst
34.	6 og 33  (caring science) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op or perioperative or peri operative)	8	20.03.16	Ingen
		2		Full tekst
35.	2 og 33  (caring science) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric)	106	22.03.16	Ingen
		37		Full tekst

36.	12 og 33  (caring science) <b>and</b> (suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering)	70	22.03.16	Ingen
		36		Full tekst
37.	18 og 33  (caring science) <b>and</b> (patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective or experiences of patients or experience)	389	22.03.16	Ingen
		140		Full tekst
38.	30 og 33  (caring science) <b>and</b> (nursing or nursing care or nurse)	763	22.03.16	Ingen
		270		Full tekst
39.	1 og 30 og 33  (caring science) <b>and</b> (nursing or nursing care or nurse) <b>and</b> (hip fracture)	0	22.03.16	Ingen
		0		Full tekst
40.	experiences or perceptions	262732		Ingen
		84801		Full tekst
41.	1 og 18 og 41  (nursing or nursing care or nurse) <b>and</b> (hip fracture) <b>and</b> (experiences or perceptions)	60	22.03.16	Ingen
		20		Full tekst
42.	(Experiences or perceptions) <b>and</b> hip fractures in the elderly	65	22.03.16	Ingen
		25		Full tekst
43.	(narratives) <b>and</b> (hip fracture)	14	24.03.16	Ingen
		4		Full tekst
44.	(narratives) <b>and</b> (hip fracture) <b>and</b> (suffering)	0	24.03.16	Ingen
45.	(hip fractures in the elderly) <b>and</b> (narratives)	1	20.03.16	Ingen
		0		Full tekst



## Søk i PubMed

Søk nr	Søkeord	Treff	Dato	Avgrensing
1.	hip fracture	34630	24.03.16	Ingen
2.	elderly or aged or older or elder or geriatric	4511090	24.03.16	Ingen
3.	1 og 2  (hip fracture) and (elderly or aged or older or elder or geriatric)	22842	24.03.16	Ingen
4.	(hip fracture) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op)	1315	24.03.16	Ingen
5.	(hip fracture) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op) <b>and</b> (patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective)	79	24.03.16	Ingen
6.	(hip fracture) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (preoperative or pre-operative or pre-op) <b>and</b> (patient experience or patient perception or patient attitudes or patient perspective) <b>and</b> (suffering)	1	24.03.16	Ingen
7.	(hip fracture) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric) <b>and</b> (suffering)	292	24.03.16	Ingen
8.	(suffering or suffering patients or suffering related to care or suffering from care or suffering of the patient or patient suffering)	230757	24.03.16	Ingen
9.	Suffering from care or suffering related to care	41101	24.03.16	Ingen
10.	(Suffering from care or suffering related to care) <b>and</b> (hip fracture)	81	24.03.16	Ingen
11.	(experience) or (perception) or (attitudes) or (perspective)	1033024	24.03.16	Ingen
12.	(experience) or (perception) or (attitudes) or (perspective) <b>and</b> (hip fracture)	1561	24.03.16	Ingen
13.	(experience) or (perception) or (attitudes) or (perspective) <b>and</b> (hip fracture) <b>and</b> (preoperative) <b>and</b> (nursing)	2	24.03.16	Ingen
14.	(hip fracture) <b>and</b> (narratives)	4	24.03.16	Ingen
15.	(hip fracture) <b>and</b> (perioperative)	721	24.03.16	Ingen

16.	(hip fracture) <b>and</b> (perioperative) <b>and</b> (nursing)	51	24.03.16	Ingen
17.	(hip fracture) <b>and</b> (perioperative) <b>and</b> (nursing) <b>and</b> (experience) or (perception) or (attitudes) or (perspective) <b>and</b> (suffering from care or suffering related to care) <b>and</b> (elderly or aged or older or elder or geriatric)	0	24.03.16	Ingen

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

### **” Det preoperative møtet og den eldre pasientens opplevelse av lidelse etter hoftebrudd”**

#### **Bakgrunn og formål**

Som anesthesisykepleier har jeg møtt mange mennesker som har pådratt seg et hoftebrudd og lidelse er en del av erfaringene pasientene formidler i den preoperative fase. Tidligere forskning viser også dette. I denne sammenheng ønsker jeg å få mer kunnskap om hva som hemmer eller fremmer pasientens opplevelse av lidelse før operasjon. Studien er en del av min masteroppgave i Klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høyskolen Stord/Haugesund.

Du blir valgt ut til å være med i prosjektet fordi du jobber som sykepleier på ortopedisk sengepost.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Denne studien består av to deler og du vil bli forespurt om å delta i første del. Deltakelse i studien innebærer intervju hvor jeg ønsker å stille spørsmål som omhandler tiden fra pasientene kommer inn på sykehuset, inntil de blir kjørt ned til operasjon. Jeg vil innledningsvis spørre deg om hvor lenge du har jobbet som sykepleier, hvor lenge du har jobbet på sengeposten og din alder. Deretter vil spørsmålene dreie seg om hvilke erfaringer og opplevelser du har hatt i forbindelse hoftebruddpasienter og deres opplevelse av lidelse i den preoperative fase. I intervjusituasjonen vil jeg benytte meg av en intervjuguide. Det er viktig å understreke at jeg som forsker er på jakt etter dine opplevelser og erfaringer på både godt og vondt. Dine synspunkt og meninger vil sammen med andre pasienter og personale danne grunnlag for undersøkelsen som skal gjennomføres i del to. Intervjuet vil ha en varighet på ca. en time og det gjøres notater og lydopptak av samtalen.

#### **Fordeler og ulemper**

Deltakelse innebærer intervju i ca. 60 minutt, ellers er det ingen andre ulemper forbundet med å delta i denne studien.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og gjenkjennende opplysninger vil bli anonymisert. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. Et pseudonym for ditt navn blir knyttet opp til din bekreftelse på deltakelse i studien. Det er kun forsker (undertegnede) og veileder Frode Skorpen som vil ha tilgang til kobling mellom navn og pseudonym samt til lydopptak og notater. Alt sensitivt materiale skal oppbevares i låste arkivskap.

Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon da ditt navn blir erstattet med et pseudonym og all annen informasjon anonymiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 30.06.2017. Etter dette vil notater med personopplysninger eller opplysninger som kan identifiseres, bli slettet.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Det at du trekker deg fra studien vil ikke få noen konsekvenser for deg.

Forespørsel om deltakelse vil komme fra din nærmeste leder og du vil få både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet.

Hvis du ønsker å delta i studien kan din nærmeste leder videreformidle beskjed om deltakelse til prosjektleder. Prosjektleder vil også sørge for signering av samtykke til deltakelse, samt gjenta informasjon for å sikre at den er forstått.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Prosjektmedarbeider/Masterstudent og anestesisykepleier Tove Hestdal,

E-post privat: [tovhest@getmail.no](mailto:tovhest@getmail.no)

E-post jobb: [tove.hestdal@helse-fonna.no](mailto:tove.hestdal@helse-fonna.no)

Telefon jobb: 52732631, (DECT TLF.: 96645)

Mobil: 47282813

Prosjektleder/veileder Frode Skorpen, Førsteamanuensis Sjukepleiefag,  
Stord/Haugesund, Postboks 1064 Sæverhagen, N-5407 Stord

Høgskolen

[frode.skorpen@hvl.no](mailto:frode.skorpen@hvl.no)

Telefon: 53 49 14 52

Mobil: 40231619

**Informasjon om studiet finnes under kapittel A – utdypende forklaring av studiens innhold.**

**Samtykkeerklæring kommer etter kapittel A.**

Haugesund – mai 2016

Med vennlig hilsen

---

Frode Skorpen

---

Tove Hestdal

## Kapittel A – utdypende forklaring av studiens innhold

Hensikt med studien er å få kunnskap om hva som påvirker hoftebruddpasientens opplevelse av lidelse i møtet med helsevesenet i preoperativ fase. Ved økt innsikt i hvordan denne pasientgruppen erfarer lidelse, vil det danne grunnlag for en bedre omsorg og behandling i perioden før operasjon.

Som en konsekvens av at opplevelse av lidelse er en subjektiv faktor ble Q-metodologi valgt som metode. Denne metoden er hverken kvalitativ eller kvantitativ, men blir beskrevet som en objektiv måte å studere subjektivitet.

Denne studien er planlagt startet juni 2016 og vil pågå inntil våren 2017 da masteroppgaven er berammet innlevert.

## Bakgrunnsopplysninger

Kjønn

Kvinne       Mann

Alder, .....

Antall år jobbet som sykepleier, .....

Antall år jobbet på ortopedisk avdeling, .....

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

### **“Det preoperative møtet og den eldre pasientens opplevelse av lidelse etter hoftebrudd”**

#### **Bakgrunn og formål**

Som anestesisykepleier har jeg møtt mange mennesker som har pådratt seg et hoftebrudd og lidelse er en del av erfaringene dere som pasienter formidler i tiden før dere blir operert. Tidligere forskning viser også dette. I denne sammenheng ønsker jeg å få mer kunnskap om hva som hemmer eller fremmer din opplevelse av lidelse før du blir operert. Studien er en del av min masteroppgave i Klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høgskolen Stord/Haugesund.

Du er valgt ut til å bli forespurt om å delta som informant i prosjektet fordi du har pådratt deg hoftebrudd.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Denne studien består av to deler og du vil bli forespurt om å delta i første del.

Hvis du ønsker å delta innebærer det at jeg må intervju deg. Intervjuet planlegges gjennomført på sykehuset første eller andre dagen etter at du er operert. Jeg ønsker å stille spørsmål om perioden fra du kom inn på sykehuset, inntil du ble operert for ditt hoftebrudd. Jeg vil spørre deg om hvilke erfaringer og opplevelser du har hatt i forhold til lidelse i forbindelse med ditt hoftebrudd og innleggelse på sykehuset. Som et hjelpemiddel til gjennomføringen av intervju vil jeg benytte meg av en intervjuguide. Det er viktig å understreke at jeg som forsker er på utkikk etter dine opplevelser og erfaringer på både godt og vondt. Dine synspunkt og meninger vil sammen med andre pasienter og personale sine synspunkt danne grunnlag for undersøkelsen som skal gjennomføres i del 2. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 30 til 60 minutter og det vil bli gjort notater og lydopptak av samtalen.

#### **Fordeler og ulemper**

Deltakelse innebærer intervju i ca. 60 minutt, ellers er det ingen andre ulemper forbundet med å delta i denne studien.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og gjenkjenner opplysninger vil bli anonymisert. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. Et pseudonym for ditt navn blir knyttet opp til din bekreftelse på deltakelse i studien. Det er kun forsker (undertegnede) og veileder Frode Skorpen som vil ha tilgang til kobling mellom navn og pseudonym samt til lydopptak og notater. Alt sensitivt materiale skal oppbevares i låste arkivskap.

Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon da ditt navn blir erstattet med et pseudonym og all annen informasjon anonymiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 30.06.2017. Etter dette vil notater med personopplysninger eller opplysninger som kan identifiseres, bli slettet.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Du vil bli spurt om å delta i undersøkelsen når du kommer opp på sengepost før du blir operert. Forespørsel om deltakelse vil komme fra funksjonsleder eller din ansvarlige sykepleier på ortopedisk avdeling og du vil få både skriftlig og muntlig informasjon om studien. Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen vil funksjonsleder eller den sykepleieren som har ansvar for deg hjelpe deg med å videreformidle beskjed om deltakelse til prosjektleder. Prosjektleder vil sørge for signering av samtykke til deltakelse, samt gjenta informasjon for å sikre at den er forstått. Skjema for samtykke finnes nederst i dette dokumentet. Hvis du ønsker å trekke deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Det at du trekker deg fra studien vil ikke få noen konsekvenser for deg i forhold til din behandling og ditt videre forhold til behandlere og andre. Hvis du på et senere tidspunkt ønsker å trekke deg kan du kontakte prosjektmedlemmene som er oppnevnt under.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Prosjektmedarbeider/Masterstudent og anesthesisykepleier Tove Hestdal,  
E-post privat: [tovhest@getmail.no](mailto:tovhest@getmail.no)  
E-post jobb: [tove.hestdal@helse-fonna.no](mailto:tove.hestdal@helse-fonna.no)  
Telefon jobb: 52732631, (DECT TLF.: 96645)  
Mobil: 47282813

Prosjektleder/veileder Frode Skorpen, Førsteamanuensis Sjukepleiefag,  
Stord/Haugesund, Postboks 1064 Sæverhagen, N-5407 Stord  
[frode.skorpen@hvl.no](mailto:frode.skorpen@hvl.no)  
Telefon: 53 49 14 52  
Mobil: 40231619

Høgskolen

**Informasjon om studiet finnes under kapittel A – utdypende forklaring av studiens innhold.**

**Samtykkeerklæring kommer etter kapittel A.**

Haugesund – mai 2016

Med vennlig hilsen

---

Frode Skorpen

---

Tove Hestdal

## Kapittel A – utdypende forklaring av studiens innhold

Hensikt med studien er å få kunnskap om hva som påvirker hoftbruiddpasientens opplevelse av lidelse i møtet med helsevesenet i preoperativ fase. Ved økt innsikt i hvordan denne pasientgruppen erfarer lidelse, vil det danne grunnlag for en bedre omsorg og behandling i perioden før operasjon.

Som en konsekvens av at opplevelse av lidelse er en subjektiv faktor ble Q-metodologi valgt som metode. Denne metoden er hverken kvalitativ eller kvantitativ, men blir beskrevet som en objektiv måte å studere subjektivitet.

Denne studien er planlagt startet juni 2016 og vil pågå inntil våren 2017 da masteroppgaven er berammet innlevert.

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert prosjektleder, dato)



## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

### “Det preoperative møtet og den eldre pasientens opplevelse av lidelse etter hoftebrudd”

#### Bakgrunn og formål

Som anestesisykepleier har jeg møtt mange mennesker som har pådratt seg et hoftebrudd og lidelse er en del av erfaringene pasientene formidler i tiden før operasjon. Tidligere forskning viser også dette. I denne sammenheng ønsker jeg å få mer kunnskap om hva som hemmer eller fremmer pasientens opplevelse av lidelse i den preoperative fase. Studien er en del av min masteroppgave i Klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høgskolen Stord/Haugesund.

Du er valgt ut til å bli forespurt om å delta som respondent i prosjektet fordi du har erfaring i å ta imot og gi pleie og omsorg for hoftebruddspasienten.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien er todelt og du vil bli spurt om å delta i andre del av studien. 12 til 14 sykepleiere blir spurt om å delta i del to. Du vil bli bedt om å svare på en undersøkelse og det innebærer å sortere en del utsagn som du rangerer etter det du er mest enig i, til utsagn du er minst enig i. Tidspunkt for sortering vil bli avtalt i samråd med funksjonsleder på din avdeling. Jeg vil være tilstede hele tiden under sorteringen og vil informere deg om hva du skal gjøre før du går i gang. Når du er ferdig med sorteringen/rangeringen vil jeg stille deg noen oppfølgingsspørsmål som forklarer meg hvorfor du har valgt å rangere utsagnene på den måten. Denne samtalen vil bli tatt opp på bånd. Sorteringen med oppfølgingsspørsmål vil vare ca. 60 minutter.

#### Fordeler og ulemper ved deltakelse

Å delta, innebærer at du må svare på en undersøkelse, noe som krever litt aktiv deltakelse fra deg. Utsagnene du skal sortere er skrevet på kort som skal legges på en plate. Det er ingen risiko forbundet med å delta i denne studien.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og gjenkjennende opplysninger vil bli anonymisert. Et pseudonym for ditt navn blir knyttet opp til din bekreftelse på deltakelse i studien. Det er kun forsker (undertegnede) og veileder Frode Skorpen som vil ha tilgang til kobling mellom navn og pseudonym samt til lydopptak og notater. Alt sensitivt materiale skal oppbevares i låste arkivskap.

Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon da ditt navn blir erstattet med et pseudonym og all annen informasjon anonymiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 30.06.2017. Etter dette vil notater med personopplysninger eller opplysninger som kan identifiseres, bli slettet.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Forespørsel om deltakelse vil komme fra funksjonsleder og du vil få både skriftlig og muntlig informasjon om studien. Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen vil funksjonsleder videreformidle beskjed om deltakelse til prosjektleder. Prosjektleder vil sørge for signering av samtykke til deltakelse, samt gjenta informasjon for å sikre at den er forstått. Skjema for samtykke finnes nederst i dette dokumentet. Hvis du ønsker å trekke deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Det at du trekker deg fra studien vil ikke få noen konsekvenser for deg. Hvis du på et senere tidspunkt ønsker å trekke deg kan du kontakte prosjektmedlemmene som er oppnevnt under.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Prosjektleder/Masterstudent og anestesisykepleier Tove Hestdal,  
E-post privat: [tovhest@getmail.no](mailto:tovhest@getmail.no)  
E-post jobb: [tove.hestdal@helse-fonna.no](mailto:tove.hestdal@helse-fonna.no)  
Telefon jobb: 52732631, (DECT TLF.: 96645)  
Mobil: 47282813

Prosjektveileder Frode Skorpen, Førsteamanuensis Sjukepleiefag,  
Stord/Haugesund, Postboks 1064 Sæverhagen, N-5407 Stord  
[frode.skorpen@hvl.no](mailto:frode.skorpen@hvl.no)  
Telefon: 53 49 14 52  
Mobil: 40231619

Høgskolen

Studien er godkjent av REK, og avdeling for forskning og innovasjon Helse-Fonna.

**Informasjon om studiet finnes under kapittel A** – utdypende forklaring av studiens innhold.

**Samtykkeerklæring kommer etter kapittel A.**

Haugesund – febr 2017

Med vennlig hilsen

---

Frode Skorpen

---

Tove Hestdal

Kapittel A – utdypende forklaring av studiens innhold

Hensikt med studien er å få kunnskap om hva som påvirker hoftebruddpasientens opplevelse av lidelse i møtet med helsevesenet i preoperativ fase. Ved økt innsikt i hvordan denne pasientgruppen erfarer lidelse, vil det danne grunnlag for en bedre omsorg og behandling i perioden før operasjon.

Som en konsekvens av at opplevelse av lidelse er en subjektiv faktor ble Q-metodologi valgt som metode. Denne metoden er hverken kvalitativ eller kvantitativ, men blir beskrevet som en objektiv måte å studere subjektivitet.

Denne studien er planlagt startet juni 2016 og vil pågå inntil våren 2017 da masteroppgaven er berammet innlevert.

Nr.: .....

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert prosjektleder, dato)

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

### “Det preoperative møtet og den eldre pasientens opplevelse av lidelse etter hoftebrudd”

#### Bakgrunn og formål

Som anestesisykepleier har jeg møtt mange mennesker som har pådratt seg et hoftebrudd og lidelse er en del av erfaringene dere som pasienter formidler i tiden før dere blir operert. Tidligere forskning viser også dette. I denne sammenheng ønsker jeg å få mer kunnskap om hva som hemmer eller fremmer din opplevelse av lidelse før du blir operert. Studien er en del av min masteroppgave i Klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høgskolen Stord/Haugesund.

Du er valgt ut til å bli forespurt om å delta som informant i prosjektet fordi du har pådratt deg hoftebrudd.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien er todelt og du vil bli spurt om å delta i andre del av studien. 12 til 14 pasienter blir spurt om å delta i del to. Du vil bli bedt om å svare på en undersøkelse og det innebærer å sortere en del utsagn som du rangerer etter det du er mest enig i, til utsagn du er mest uenig i. Tidspunkt for sortering er planlagt gjennomført på sykehuset første eller andre dagen etter at du er operert. Jeg vil være tilstede hele tiden under sorteringen og vil informere deg om hva du skal gjøre før du går i gang. Når du er ferdig med sorteringen/rangeringen vil jeg stille deg noen oppfølgingsspørsmål som forklarer meg hvorfor du har valgt å rangere utsagnene på den måten. Denne samtalen vil bli tatt opp på bånd. Sorteringen med oppfølgingsspørsmål vil vare ca. 60 minutter.

#### Fordeler og ulemper ved deltakelse

Å delta, innebærer at du må svare på en undersøkelse, noe som krever litt aktiv deltakelse fra deg. Utsagnene du skal sortere er skrevet på kort som skal legges på en plate og du kan fint ligge i seng når du utfører dette. Jeg ønsker også at du som deltaker i del to av studien svarer på noen spørsmål om din bakgrunn, det vil dreie seg om alder, bosituasjon, om du mottar hjemmesykepleie, har trygghetsalarm, har hatt hoftebrudd tidligere og sivil status. Det er ingen risiko forbundet med å delta i denne studien.

## Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og gjenkjennende opplysninger vil bli anonymisert. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. Et pseudonym for ditt navn blir knyttet opp til din bekreftelse på deltakelse i studien. Det er kun forsker (undertegnede) og veileder Frode Skorpen som vil ha tilgang til kobling mellom navn og pseudonym samt til lydopptak og notater. Alt sensitivt materiale skal oppbevares i låste arkivskap.

Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon da ditt navn blir erstattet med et pseudonym og all annen informasjon anonymiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 30.06.2017. Etter dette vil notater med personopplysninger eller opplysninger som kan identifiseres, bli slettet.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Du vil bli spurt om å delta i undersøkelsen når du kommer opp på sengepost før du blir operert. Forespørsel om deltakelse vil komme fra funksjonsleder eller din ansvarlige sykepleier på ortopedisk avdeling og du vil få både skriftlig og muntlig informasjon om studien. Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen vil funksjonsleder eller den sykepleieren som har ansvar for deg hjelpe deg med å videreformidle beskjed om deltakelse til prosjektleder. Prosjektleder vil sørge for signering av samtykke til deltakelse, samt gjenta informasjon for å sikre at den er forstått. Skjema for samtykke finnes nederst i dette dokumentet. Hvis du ønsker å trekke deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Det at du trekker deg fra studien vil ikke få noen konsekvenser for deg i forhold til din behandling og ditt videre forhold til behandlere og andre. Hvis du på et senere tidspunkt ønsker å trekke deg kan du kontakte prosjektmedlemmene som er oppnevnt under.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Prosjektleder/Masterstudent og anestesisykepleier Tove Hestdal,  
E-post privat: [tovhest@getmail.no](mailto:tovhest@getmail.no)  
E-post jobb: [tove.hestdal@helse-fonna.no](mailto:tove.hestdal@helse-fonna.no)  
Telefon jobb: 52732631, (DECT TLF.: 96645)  
Mobil: 47282813

Prosjektveileder Frode Skorpen, Førsteamanuensis Sjukepleiefag,  
Stord/Haugesund, Postboks 1064 Sæverhagen, N-5407 Stord  
[frode.skorpen@hvl.no](mailto:frode.skorpen@hvl.no)  
Telefon: 53 49 14 52  
Mobil: 40231619

Høgskolen

Studien skal meldes til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, Ledelse ved kirurgisk klinikk og framleggs vurdering REK.

**Informasjon om studiet finnes under kapittel A** – utdypende forklaring av studiens innhold.

**Samtykkeerklæring kommer etter kapittel A.**

Haugesund – mai 2016

Med vennlig hilsen

---

Frode Skorpen

---

Tove Hestdal

## Kapittel A – utdypende forklaring av studiens innhold

Hensikt med studien er å få kunnskap om hva som påvirker hoftebruddpasientens opplevelse av lidelse i møtet med helsevesenet i preoperativ fase. Ved økt innsikt i hvordan denne pasientgruppen erfarer lidelse, vil det danne grunnlag for en bedre omsorg og behandling i perioden før operasjon.

Som en konsekvens av at opplevelse av lidelse er en subjektiv faktor ble Q-metodologi valgt som metode. Denne metoden er hverken kvalitativ eller kvantitativ, men blir beskrevet som en objektiv måte å studere subjektivitet.

Denne studien er planlagt startet juni 2016 og vil pågå inntil våren 2017 da masteroppgaven er berammet innlevert.

## Bakgrunnsopplysninger

Jeg ønsker at du som deltar i del to av studiet svarer på noen bakgrunnsvariabler. Disse opplysningene vil være til hjelp for oss i senere analyser.

### Kjønn

Kvinne       Mann

### Sivilstand

Gift       Ugift       Enke/Enkemann       Enslig       Samboer

### Pårørende eller andre viktige nære i nærheten

Ja       Nei

### Alder

70-74       75-79       80-84       85-89       90-94       95-100

### Bosituasjon

Enebolig       Leilighet       Omsorgsbolig       Aldersbolig       Generasjonsbolig

### Hoftebrudd tidligere

Ja       Nei

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert prosjektleder, dato)





<b>Region:</b> REK vest	<b>Saksbehandler:</b> Arne Salbu	<b>Telefon:</b> 55978498	<b>Vår dato:</b> 22.06.2016	<b>Vår referanse:</b> 2016/824/REK vest
			<b>Deres dato:</b> 03.05.2016	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Frode Skorpen  
Høgskolen Stord/Haugesund

#### 2016/824 Den eldre pasientens opplevelse av lidelse

**Forskningsansvarlig:** Høgskolen Stord Haugesund  
**Prosjektleder:** Frode Skorpen

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regi og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 02.06.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsforskningsetikkloven § 4.

#### Prosjektomtale

*I denne studien ønsker man å få mer kunnskap om hva pasienten opplever av lidelse i møtet med helsevesenet og fremmer lidelse i den preoperative fase. Lidelse blir her forstått som sykdomslidelse, eksistensiell lidelse og plei personale). Metodisk tilnærming blir Q-Metodologi hvor en først får identifisert allmenne og individuelle synspunktet blir ulike synspunkter om lidelse samlet igjennom kvalitative intervju med pasienter og personale. He tak i pasienter og personale sine subjektive meninger om temaet. Basert på intervjuene vil en ny gruppe responc utvalg utsagn trykkes på individuelle kort. Respondentene sorterer deretter kortene i en på forhånd gitt matrise, etter det de opplever som mest eller minst enige i. Til slutt blir sorteringene analysert statistisk og ulike grupper stiger fram.*

#### Vurdering

Lidelsesbegrepet brukes her om sykdomslidelse, eksistensiell lidelse og pleielidelse (lidelse påført av personal

Prosjektet går ut på å samle ulike synspunkt på lidelse gjennom kvalitative intervju med pleiere og pasienter. I meninger en er ute etter. De subjektive utsagnene blir trykkes på individuelle kort og presentert for en ny grup rangere kortene etter hvor enig/uenig man er. Så blir dette analysert statistisk.

*Deltakerne er 16-18 personer – pasienter (hoftbruddpasienter over 70 år) og pleiere.*

Første del består av to pasienter og to pleiere. Sorteringen av utsagnene vil bli gjort av 12-14 pasienter.

Generelt sett er dette en godt organisert studie. REK vest vil likevel minne om risikoen for at forforståelse/fortolkningen av den informasjon man samler inn.

*Etter prosjektslutt 30.06.2017 skal data slettes eller anonymiseres.*

**Besøksadresse:**  
Armauer Hansens Hus (AHH),  
Tverrfloy Nord, 2 etasje, Rom  
281, Haukelandsveien 28

**Telefon:** 55975000  
**E-post:** rek-vest@uib.no  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff

## **Vedtak**

*REK vest godkjenner prosjektet i samsvar med forelagt søknad.*

### *Sluttmelding og søknad om prosjektendring*

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 31.12.2017, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende s prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden,

### *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for med helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg Prof. Dr.med. Komiteleder

**Kopi til:** postmottak@hsh.no



Siste revisjon 08.04.2016

**SØKNAD OM GODKJENNING AV INNHENTING AV DATA**

Utfylt og signert skjema skal sendast Seksjon for forskning og innovasjon

Til:  
Seksjon for forskning og innovasjon  
Helse Fonna IIF  
Postboks 2170  
N-5504 Haugesund

Leiar: Anne Lise Kvalevaag, [anne.lise.kvalevaag@helse-fonna.no](mailto:anne.lise.kvalevaag@helse-fonna.no)  
Forskningsassistent: Helge Børresen, [helge.borresen@helse-fonna.no](mailto:helge.borresen@helse-fonna.no)

NBI Kvite felt skal fyllast ut (på pc før utskrift eller på papir). Hugs signatur nederst.

<b>1 Forskningsansvarleg institusjon</b>			
Høgskulen Stord Haugesund			
<b>2 Prosjektleiar</b>			
<b>Namn</b>	Frode Skorpen	<b>PhD?</b>	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Viss nei, anna kompetanse?
<b>Arbeidsstad/ adresse</b>	Høgskulen Stord Haugesund	<b>E-post</b>	frode.skorpen@hsh.no
<b>Stilling</b>	Førsteamanuensis sjukepleiefag	<b>Telefon</b>	Sentralbord: 40 23 16 19 Kontor: 53 49 14 52
<b>3 Prosjekttittel</b>			
Det preoperative møtet og den eldre pasientens opplevelse av lidelse etter hoftebrudd.			
<b>4 Helse Fonnas rolle</b>			
Beskriv behov for assistanse ved innhenting av data			
Funksjonsleder ved ortopedisk sengepost formidler spørsmålet om deltakelse i ukedager og ansvarlig sykepleier formidler spørsmål om deltakelse i helger. Avdelingen kontakter forsker på mobiltelefon når en har fått positivt svar på deltakelse fra pasienten, slik at forsker kan avtale tidspunkt for gjennomføring av datasamling. Avdelingsledelsen på ortopedisk sengepost og behandlende lege avgjør om pasienten er i stand til å delta i studiet.			

Helse Fonna  
P.Boks: 2170  
5504 Haugesund  
Foret.nr: 983 974 694  
Bank: 5082.08.47218

**Kontaktinfo:**  
Sentralbord: 05253  
Telefaks: 52 73 20 02  
[post@helse-fonna.no](mailto:post@helse-fonna.no)  
[www.helse-fonna.no](http://www.helse-fonna.no)

**Fakturaadresse:**  
Helse Fonna HF  
Regnskap, P.Boks 2170  
5504 Haugesund  
Tlf: 05253

5 Etske forhold og oppbevaring av data (personopplysningar)			
Personvernombudet for forskning (NSD)	Meldt/(Søkt konsesjon): (sett kryss) <input type="checkbox"/>	Regional komité for medisinsk forskingsetikk (REK)	Framlagt mhp tilråding: <input checked="" type="checkbox"/> (sett kryss)
	Innvilga: (sett kryss) <input type="checkbox"/>		Tilråding gitt: <input checked="" type="checkbox"/> (sett kryss)
	Planlagt meldt/(søkt): (sett kryss) <input type="checkbox"/>		Planlagt framlagt: <input type="checkbox"/> (sett kryss)
	Ikkje aktuelt: (sett kryss) <input type="checkbox"/>		Ikkje aktuelt: <input type="checkbox"/> (sett kryss)
6 Vedlegg (sett kryss)			
Prosjektprotokoll: <input checked="" type="checkbox"/>		Godkjenning NSD: <input type="checkbox"/>	
		Godkjenning REK: <input checked="" type="checkbox"/>	
Eg bekreftar at dei gjevne opplysningane er korrekte:			
Signatur og dato prosjektleiar	Prode Skorpen 23.06.16 <i>Prode Skorpen</i>	Signatur og dato forskar	Tove Hestdal 23.06.16 <i>Tove Hestdal</i>
Forskningsseksjonens anbefaling/kommentar			
Prosjektet har medrivne godkjenning. Bernevt for assistanse av enkelte av des band			
Saksnummer i ePhorte: 27/16-76		Saksbehandlar: <i>Ann-Kristin Kvaloy</i>	
For den aktuelle klinikk, Helse Fonna HF			
Vurdering/tilråding, klinikkdirektør signatur og dato			
Dato: 4/7-16	Signatur: <i>Ann-Kristin Kvaloy</i>	Evt. kommentar:	
Angi kontaktperson/ ansvarlig for forskningsprosjektet i klinikken			
Namn: Tove Hestdal			
E-post: tove.hestdal@helse-fonna.no			
Telefon:			
Forskningsansvarleg/ databehandlingsansvarleg, Helse Fonna HF			
Godkjent, adm.dir			
Dato: 07/07-16	Signatur: <i>[Signature]</i>	Evt. kommentar:	

Sendt svar:

Dato:

Helse Fonna  
P.Boks: 2170  
5504 Haugesund  
Foret.nr: 983 974 694  
Bank: 5082.08.47218

Kontaktinfo:  
Sentralbord: 05253  
Telefaks: 52 73 20 02  
post@helse-fonna.no  
www.helse-fonna.no

Fakturaadresse:  
Helse Fonna HF  
Regnskap, P.Boks 64  
5751 Odda  
Tlf: 05253

## Vedlegg 8a. Intervjuguide pasient

Oppgavens tema er "Det preoperative møtet og den eldre pasientens opplevelse av lidelse etter hoftebrudd».

Oppgavens overordna problemstilling er: "Hvordan erfarer den eldre pasienten med hoftebrudd å bli møtt i forhold til sin opplevelse av lidelse i den preoperative fase?"

Oppgavens underordna problemstilling og fokusområde er: "Hva hemmer eller fremmer lidelse hos den eldre med hoftebrudd i møtet med helsevesenet i den preoperative fase?"

Spørsmålene er basert på forskning rundt temaet hoftebrudd og observasjoner/erfaringer jeg har gjort som anestesisykepleier. Det finnes ingen rett eller feil svar, det er din mening og erfaring jeg er interessert i.

1. Når du hører begrepet lidelse, hva tenker du på da?
2. Lidelse i møtet med helsevesenet etter hoftebrudd i tiden før operasjon
  - Ved innleggelse på sykehus etter hoftebrudd blir en møtt av ulike deler av helsevesenet, på hvilken måte innvirker de ulike deler din opplevelse av lidelse?
    - Hva er det som gjør din lidelse verre i møtet med helsevesenet?
    - Hva er det som lindrer din lidelse i møtet med helsevesenet?
3. Lidelse i forbindelse med hoftebrudd:
  - Når du nå har pådratt deg et hoftebrudd, på hvilken måte påvirkes din opplevelse av lidelse?
    - Hva er det som øker din lidelse i forhold til hoftebruddet?
    - Hva er det som lindrer din lidelse i forhold til hoftebruddet?
4. Lidelse og smerter i forbindelse med hoftebrudd i perioden før operasjon:
  - Kan du beskrive smerteopplevelsen etter hoftebruddet?
  - På hvilken måte påvirker smerten din opplevelse av lidelse?
    - Hva var det som lindret din smerte?
    - Hva var det som forverret din smerte?
5. Forholdet mellom opplevelse av lidelse og informasjon.
  - Å gjennomgå en operasjon medførte informasjon til deg før inngrepet, på hvilken måte innvirket det på din opplevelse av lidelse?
6. Lidelse i forhold til medbestemmelse ved innleggelse på sykehus
  - Når en blir innlagt på sykehus kan en miste noe av medbestemmelsen sin, på hvilken måte innvirker det på din opplevelse av lidelse?

**7. Lidelse i forhold til avhengighet av andre ved innleggelse på sykehus**

- *Når en blir innlagt på sykehus blir en avhengig av andre, på hvilken måte har det innvirkning på din opplevelse av lidelse?*
- *Når det gjelder dine nærmeste, på hvilken måte vil de innvirke på din opplevelse av lidelse?*

**8. Lidelse og ventetid før operasjon:**

- *Det vil alltid gå noe tid før en får komme til operasjon, på hvilken måte påvirket ventetiden din opplevelse av lidelse?*
  - *Hva var det som lindret din lidelse?*
  - *Hva var det som økte din lidelse?*

**9. Lidelse i forbindelse med anestesi/bedøvelse:**

- *Når du ble kjørt ned til operasjon og tatt imot av personellet der, på hvilken måte innvirket det på din opplevelse av lidelse?*
- *Når du fikk bedøvelse var det noe i situasjonen som økte din opplevelse av lidelse?*
- *Var det noe i situasjonen som lindret din opplevelse av lidelse?*

**10. Lidelse og forvirring i forbindelse med hoftebrudd:**

- *En del som pådrar seg hoftebrudd kan erfare forbigående forvirringsepisoder eller økt glemsomhet, har du erfart noe slikt ved dette sykehusoppholdet og i så fall på hvilken måte innvirket det på din opplevelse av lidelse?*
  - *Hva var det som lindret din opplevelse av lidelse i forbindelse med forvirring og økt glemsomhet?*
  - *Hva var det som økte din opplevelse av lidelse i forbindelse med forvirring og økt glemsomhet?*

**11. Lidelse og framtidssikter:**

- *Når en pådrar seg et hoftebrudd kan framtiden fremstå som noe usikker, på hvilken måte innvirker det på din opplevelse av lidelse?*

**12. Er det noe du tenker kunne vært gjort annerledes og som kunne bidratt til å lindre din lidelse?**

**13. Er det noen andre opplevelser eller erfaringer i forbindelse med ditt hoftebrudd du synes er viktig å snakke om før vi avslutter?**

## Vedlegg 8b. Intervjuguide sykepleier

Oppgavens tema er *“Det preoperative møtet og den eldre pasientens opplevelse av lidelse etter hoftebrudd».*

Oppgavens overordna problemstilling er: *“Hvordan erfarer den eldre pasienten med hoftebrudd å bli møtt i forhold til sin opplevelse av lidelse i den preoperative fase?”*

Oppgavens underordna problemstilling og fokusområde er: *“Hva hemmer eller fremmer lidelse hos den eldre med hoftebrudd i møtet med helsevesenet i den preoperative fase?”*

Spørsmålene er basert på forskning rundt temaet hoftebrudd og observasjoner/erfaringer jeg har gjort som anestesisykepleier. Det finnes ingen rett eller feil svar, det er din mening og erfaring jeg er interessert i.

### 1. Når du hører begrepet lidelse, hva tenker du på da?

### 2. Lidelse i møtet med helsevesenet etter hoftebrudd i tiden før operasjon

- *Ved innleggelse på sykehus etter hoftebrudd møter pasienten ulike deler av helsevesenet, på hvilken måte mener du de ulike delene i møtet med helsevesenet innvirker på pasientens opplevelse av lidelse?*
  - *Hva mener du øker pasientens opplevelse av lidelse i møtet med helsevesenet?*
  - *Hva mener du lindrer pasientens opplevelse av lidelse i møtet med helsevesenet?*

### 3. Lidelse i forbindelse med hoftebrudd:

- *Når en pasient har pådratt seg et hoftebrudd, på hvilken måte mener du hoftebruddet påvirker pasientens opplevelse av lidelse?*
  - *Hva mener du øker pasientens opplevelse av lidelse i forhold til hoftebruddet?*
  - *Hva mener du lindrer pasientens opplevelse av lidelse i forhold til hoftebruddet?*

### 4. Lidelse og fysiske smerter i forbindelse med hoftebrudd i perioden før operasjon:

- *Kan du beskrive de fysiske smertene til hoftebruddpasientene?*
- *På hvilken måte mener du den fysiske smerten påvirker pasientens opplevelse av lidelse?*
  - *Hva lindrer de fysiske smertene hos hoftebruddpasientene etter din mening?*
  - *Hva forverrer de fysiske smertene hos hoftebruddpasientene etter din mening?*

### 5. Forholdet mellom opplevelse av lidelse og informasjon

- *Å gjennomgå en operasjon medfører informasjon til pasienten før inngrepet, på hvilken måte mener du det innvirker på pasientens opplevelse av lidelse?*

**6. Lidelse i forhold til medbestemmelse ved innleggelse på sykehus**

- *Når en blir innlagt på sykehus kan en miste noe av medbestemmelsen sin, på hvilken måte mener du det innvirker på pasientens opplevelse av lidelse?*

**7. Lidelse i forhold til avhengighet av andre ved innleggelse på sykehus**

- *Når en blir innlagt på sykehus blir en avhengig av helsepersonell, på hvilken måte mener du det kan innvirke på pasientens opplevelse av lidelse?*
- *Hvordan vil pårørende innvirke på pasientens opplevelse av lidelse?*

**8. Lidelse og ventetid før operasjon:**

- *Det vil alltid gå noe tid før en får komme til operasjon, på hvilken måte mener du ventetiden påvirker pasientens opplevelse av lidelse?*
  - *Hva mener du lindrer pasientens lidelse i forhold til ventetid?*
  - *Hva mener du øker pasientens lidelse i forhold til ventetid?*

**9. Lidelse i forbindelse med mottak på anestesivdeling:**

- *Når pasienten kjøres ned til operasjon og blir tatt imot av personellet der, på hvilken måte mener du det innvirker på pasientens opplevelse av lidelse?*

**10. Lidelse og forvirring i forbindelse med hoftebrudd:**

- *En del som pådrar seg hoftebrudd kan erfare forbigående forvirringsepisoder eller økt glemsomhet, på hvilken måte innvirker det på pasientens opplevelse av lidelse?*
  - *Hva er det som lindrer pasientens opplevelse av lidelse i forbindelse med forvirring og økt glemsomhet?*
  - *Hva er det som øker pasientens opplevelse av lidelse i forbindelse med forvirring og økt glemsomhet?*

**11. Lidelse og framtidssikter:**

- *Når en pådrar seg et hoftebrudd kan framtiden fremstå som noe usikker, på hvilken måte mener du det innvirker på pasientens opplevelse av lidelse?*

**12. Er det noe som kunne vært gjort annerledes som kan bidra til å lindre lidelse til hoftebruddspasienten?**

**13. Er det noen andre opplevelser eller erfaringer i forbindelse med hoftebruddspasienter du synes er viktig å snakke om før vi avslutter**



## Vedlegg 9. Q-utvalg basert på Fisher balanced block design

Effekt	Nivå					Celler
	Møte med helsevesen	Avhengighet/Kontroll/ Pårørende	Medbestemmelse	Smerter	Pleie/ omsorg	
	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	4x10
Hemmer lidelse  (A)	<p>“Det at jeg blir sett gjør at jeg føler meg trygg”</p> <p>“Det å bli varmt mottatt er å bli tatt imot som et menneske som har behov for hjelp”</p> <p>“Jeg opplevde det som positivt at den som skulle operere meg kom opp og snakket med meg før operasjonen”</p> <p>“Smilet fra personalet gjør at jeg føler jeg blir behandlet på best mulig måte og i beste mening”</p>	<p>“Å være avhengig av pleiepersonellet er noe jeg kan godta”</p> <p>“Det er en betryggelse å ha pårørende eller andre med seg på sykehuset”</p> <p>“Det er helt greit å miste kontroll over situasjonen på operasjonsavdelingen”</p> <p>“Jeg opplever å bli tryggere gjennom å bli informert om det som skal skje”</p>	<p>“Jeg opplever medbestemmelse i stor grad”</p> <p>“Jeg godtar at helsepersonellet bestemmer forløpet før operasjon”</p> <p>“Mine ønsker før operasjonen blir etterkommet”</p> <p>“Å bli innlagt medfører mange ubesvarte spørsmål”</p>	<p>“Selv om jeg har smerter må jeg tåle det”</p> <p>“En god smertelindring gjør at jeg klarer å slappe av og alt går mye bedre”</p> <p>“Det betyr mye at jeg har mulighet til å gi beskjed om smerter med en gang jeg kjenner det”</p> <p>“Jeg synes jeg må få hjelp raskt når jeg kommer på sykehus”</p>	<p>“Å ha en god plan for hvordan jeg skal klare å komme meg på beina igjen er viktig”</p> <p>“Sykepleierne gir inntrykk av at de er her for meg og at de vil gjøre det beste for meg”</p> <p>“Jeg føler jeg blir sett av personalet selv om mine pårørende er her”</p> <p>“Jeg føler meg tryggere inne på et rom enn på gangen når jeg venter på operasjon”</p>	20 utsagn
Fremmer lidelse  (B)	<p>“Å bli innlagt på sykehuset gjør meg utrygg”</p> <p>“Respekten for deg selv blir redusert når de ser på deg uten levende øyne”</p> <p>“Å bli innlagt med hoftebrudd gjør at jeg føler meg veldig alene”</p> <p>“Jeg blir spurt om det samme flere ganger og blir litt oppgitt av det”</p>	<p>“Å være avhengig av pårørende gjør meg utilpass”</p> <p>“Å ha pårørende rundt seg er ikke alltid en god opplevelse”</p> <p>“Det er mine nærmeste som får informasjon, ikke jeg”</p> <p>“Lidelse i forbindelse med hoftebruddet er å ligge i usikkerhet å ikke vite hva som skal skje”</p>	<p>“Jeg mistet medbestemmelsen over meg selv den dagen jeg ble innlagt for hoftebrudd”</p> <p>“Jeg liker ikke at mine nærmeste overtar bestemmelsen over meg”</p> <p>“Å ha mye vondt på grunn av hoftebruddet forverrer ventetiden før operasjonen”</p> <p>“Å ikke få spise og drikke i mange timer før operasjonen er veldig ubehagelig”</p>	<p>“Smerter er den største lidelsen i forbindelse med hoftebrudd”</p> <p>“De sterke smertene gjør at jeg ikke klarer å få med meg alt som skjer”</p> <p>“Jeg våger ikke å spørre etter hjelp selv om jeg har det vondt”</p> <p>“Jeg er redd for bivirkninger av smertestillende”</p>	<p>“Å ligge i sengen uten å kunne bevege meg fritt er en lidelse”</p> <p>“Jeg er redd for at jeg ikke våkner opp etter operasjonen”</p> <p>“Hoftebruddet gjør at jeg føler at kroppen har sviktet”</p> <p>“Jeg er sint på meg selv for det som skjedde”</p>	20 utsagn

## Vedlegg 10. Ordlydsendring i Q-utvalg

### Ordlydsendring av utsagn i Q-utvalget i samarbeid med veileder

Utsagn nr. 19:

Endring av ordlyd på grunn av at utsagnet kan misforstås.

Fra: Min respekt blir redusert når personellet ser på deg uten levende øyne.

Til: Respekten for deg selv blir redusert når personalet ser på deg uten levende øyne.

Utsagn nr. 1:

Utsagnet er litt endret i ordlyden, da endringen kan gjøre setningen litt lettere forståelig.

Fra: Det er betryggende å ha pårørende eller noen med seg på sykehuset.

Til: Det er en betryggelse å ha pårørende eller noen med seg på sykehuset.

## Vedlegg 11a. Q-utsagn pasienter

1. Det er en betryggelse å ha pårørende eller andre med seg på sykehuset
2. Mine ønsker før operasjonen blir etterkommet
3. Selv om jeg har smerter må jeg tåle det
4. Jeg opplevde det som veldig positivt at den som skulle operere meg kom opp og snakket med meg før operasjonen
5. Å ha en god plan for hvordan jeg skal klare å komme meg på beina igjen er viktig
6. Å være avhengig av pleiepersonalet er noe jeg kan godta
7. Jeg er redd for bivirkninger av smertestillende
8. Å være avhengig av pårørende gjør meg utilpass
9. Å bli innlagt med hoftebrudd gjør at jeg føler meg veldig alene
10. Jeg blir spurt om det samme flere ganger og blir litt oppgitt av det
11. Jeg våger ikke å spørre etter hjelp selv om jeg har det vondt
12. Lidelse i forbindelse med hoftebruddet er å ligge i usikkerhet og ikke vite hva som skal skje
13. Jeg synes jeg må få hjelp raskt når jeg kommer på sykehus
14. Det betyr mye at jeg har mulighet til å gi beskjed om smerter med en gang jeg kjenner det
15. Jeg føler at jeg blir sett av personalet selv om mine pårørende er her
16. Jeg opplever å bli tryggere gjennom å bli informert om det som skal skje
17. Det er helt greit å miste kontroll over situasjonen på operasjonsavdelingen
18. En god smertelindring gjør at jeg klarer å slappe av og alt går mye bedre
19. Respekten for deg selv blir redusert når personalet ser på deg uten levende øyne
20. De sterke smertene gjør at jeg ikke klarer å få med meg alt som skjer
21. Å ligge i sengen uten å kunne bevege meg fritt er en lidelse
22. Jeg liker ikke at mine nærmeste overtar bestemmelsen over meg
23. Hoftebruddet gjør at jeg føler at kroppen har sviktet
24. Smerte er den største lidelsen i forbindelse med hoftebrudd
25. Å bli innlagt medfører mange ubesvarte spørsmål
26. Sykepleierne gir inntrykk av at de er her for meg og at de vil gjøre det beste for meg
27. Det å bli varmt mottatt er å bli tatt imot som et menneske som har behov for hjelp
28. Jeg godtar at helsepersonellet bestemmer forløpet før operasjonen
29. Smilet fra personalet gjør at jeg blir behandlet på best mulig måte og i beste mening
30. Det at jeg blir sett gjør at jeg føler meg trygg
31. Å ha pårørende rundt seg er ikke alltid en god opplevelse
32. Å ikke få spise og drikke i mange timer før operasjonen er veldig ubehagelig
33. Jeg er redd for at jeg ikke våkner opp etter operasjonen
34. Å bli innlagt på sykehus gjør meg utrygg
35. Det er mine nærmeste som får informasjon ikke jeg
36. Jeg mistet medbestemmelsen over meg selv den dagen jeg ble innlagt for hoftebrudd
37. Jeg føler meg tryggere inne på et rom enn på gangen når jeg venter på operasjon
38. Jeg opplever medbestemmelse i stor grad
39. Å ha mye vondt på grunn av hoftebruddet forverrer ventetiden før operasjonen
40. Jeg er sint på meg selv for det som skjedde

## Vedlegg 11b. Q-utsagn sykepleiere

1. Pasienten opplever det som en betryggelse å ha pårørende, eller andre med seg på sykehuset.
2. Pasientens ønsker før operasjonen blir etterkommet.
3. Selv om pasienten har smerter sier han at det må han tåle.
4. Pasienten opplever det som veldig positivt at den som skal operere kommer og snakker med han før operasjonen.
5. Å ha en god plan for hvordan pasienten skal klare å komme seg på beina igjen er viktig.
6. Å være avhengig av pleie -personalet er noe pasienten kan godta.
7. Pasienten er redd for bivirkninger av smertestillende
8. Å være avhengig av pårørende gjør pasienten utilpass
9. Å bli innlagt med hoftebrudd gjør at pasienten føler seg veldig alene
10. Pasienten blir spurt om det samme flere ganger og blir litt oppgitt av det
11. Pasienten våger ikke å spørre etter hjelp selv om han har det vondt
12. Lidelse i forbindelse med hoftebruddet er å ligge i usikkerhet og ikke vite hva som skal skje
13. Pasienten må få hjelp raskt når han kommer på sykehus
14. Det betyr mye for pasienten at han har mulighet til å gi beskjed om smerter med en gang han kjenner det
15. Personalet ser pasienten selv om pårørende er der
16. Pasienten opplever å bli tryggere gjennom å bli informert om det som skal skje
17. Pasienten synes det er helt greit å miste kontroll over situasjonen på operasjonsavdelingen
18. En god smertelindring gjør at pasienten klarer å slappe av og alt går mye bedre
19. Pasientens selvspekt blir redusert når personalet ser på pasienten uten levende øyne
20. De sterke smertene gjør at pasienten ikke klarer å få med seg alt som skjer
21. Pasienten som ligger i sengen uten å kunne bevege seg fritt, opplever det som en lidelse
22. Pasienten liker ikke at de nærmeste overtar bestemmelsen over dem (pasienten)
23. Hoftebruddet gjør at pasienten opplever at kroppen har sviktet
24. Smerte er den største lidelsen i forbindelse med hoftebrudd
25. Pasienten opplever at det å bli innlagt medfører mange ubesvarte spørsmål
26. Som sykepleier formidler du inntrykk av at du er her for pasienten og at du vil gjøre det beste for han
27. Det å bli varmt mottatt, er å bli tatt imot som et menneske som har behov for hjelp
28. Pasienten godtar at helsepersonellet bestemmer forløpet før operasjonen
29. Når personalet smiler føler pasienten at han blir behandlet på best mulig måte og i beste mening
30. Det at pasienten blir sett, gjør at han føler seg trygg
31. Pasienten opplever at det å ha pårørende rundt seg, ikke alltid er en god opplevelse
32. Å ikke få spise og drikke i mange timer før operasjonen opplever pasienten som veldig ubehagelig.
33. Pasientene er redde for at de ikke våkner opp etter operasjonen
34. Å bli innlagt på sykehuset gjør pasienten utrygg
35. Pasienten erfarer at det er hans nærmeste som får informasjon, ikke han selv
36. Pasienten mistet medbestemmelsen over seg selv den dagen han ble innlagt for hoftebrudd
37. Pasienten føler seg tryggere inne på et rom enn på gangen når han venter på operasjon
38. Pasienten opplever medbestemmelse i stor grad
39. Å ha mye vondt på grunn av hoftebruddet forverrer ventetiden før operasjonen
40. Pasienten er sint på seg selv for det som skjedde

## Vedlegg 12. Svar fra Stavanger Universitetssykehus

**Fra:** Lende, Geir **Sendt:** 15. november 2016 10:03

**Emne:** is: SV: IS: Mastergrad i Helse og Omsorgsvitenskap

Hei!

Vi har allerede en god del intern forskning og kvalitetssikring i avdelingen med utfylling og innsamling av diverse skjema som PROM osv. En ytterligere økning av datainnsamlingen og merarbeidet i avdelingen er ikke ønskelig. Derfor må jeg dessverre avslå din forespørsel om datainnsamling i vår avdeling.

Vennlig hilsen

**Lende Geir**

Avdelingssjef/-overlege

51518758 / 47502294

Helse Stavanger HF

[www.sus.no](http://www.sus.no)



## Vedlegg 13a. Instruksjonsbetingelse og forskningsspørsmål pasient

Først vil jeg takke for at du har sagt ja til å være med i studien og nå kommer en orientering om hva du skal gjøre.

Du blir nå presentert for 40 utsagn som handler om opplevelser du og andre pasienter med hoftebrudd kan ha erfart med tanke på hva som hemmer eller fremmer lidelse i tiden før operasjon. Basert på din erfaring vil jeg be deg om å rangere utsagnene etter hvilke utsagn du er mest enig i og hvilke du er mest uenig i.

Det første du gjør er å lese igjennom utsagnene og sorterer de i tre bunke.

- ❖ De utsagn du er mest enig i legges i bunke nr. 1
- ❖ De utsagn du er mest uenig i legges i bunke nr. 2
- ❖ De utsagn som er nøytrale legges i bunke nr. 3

Det trenger ikke å være like mange utsagn i hver bunke.

**Husk det er din plassering av utsagn som er det rette for deg, det finnes ingen rett eller feil svar her.**

- ❖ Ta bunke 1 og velg ut de fem (5) utsagnene som du er mest enig i.
- ❖ Av de fem (5) utsagnene skal du så velge ut to (2) av utsagnene som du er mest enig i og plassere de på +5 på tavlen. De tre (3) andre plasserer du på +4 på tavlen.
  
- ❖ Ta bunke 2 og velg ut de fem (5) utsagnene du er mest uenig i.
- ❖ Av de fem (5) utsagnene skal du så velge ut to (2) av utsagnene som du er mest uenig i og plassere de på -5 på tavlen. De tre (3) andre plasserer du på -4 på tavlen.

Deretter fortsetter du med resten av utsagnene slik at de får hver sin plass på tavla. Når du er ferdig anbefales det å se over tavla for å kontrollere om du er fornøyd med plasseringa. Det er fullt mulig å flytte på kortene inntil du er fornøyd med **din** rangering.

- ❖ Til slutt tar du utsagnene fra bunke 3 og fordeler de på de ledige feltene som er igjen.

Når du nå er ferdig med sorteringen av utsagnene så ønsker jeg å få mere forståelse for hvorfor du rangerte utsagnene slik du gjorde.

- ❖ Først utsagnene på +5 og +4, hvorfor er du mest enig i hva disse utsagnene uttrykker?
- ❖ Så utsagnene på -5 og -4, hvorfor er du mest uenig i hva disse utsagnene uttrykker?
- ❖ Er det noe annet du mener er viktig å få fram i denne sammenhengen?

Takk for hjelpen!

## Vedlegg 13b. Instruksjonsbetingelse og forskningsspørsmål sykepleier

Først vil jeg takke for at du har sagt ja til å være med i studien og nå kommer en orientering om hva du skal gjøre.

Du blir nå presentert for 40 utsagn som handler om opplevelser du kan ha erfart med tanke på hva som hemmer eller fremmer lidelse hos hoftebruddpasienten i tiden før operasjon. Basert på din erfaring vil jeg be deg om å rangere utsagnene etter hvilke utsagn du er mest enig i og hvilke du er mest uenig i.

Det første du gjør er å lese igjennom utsagnene og sorterer de i tre bunke.

- ❖ De utsagn du er mest enig i legges i bunke nr. 1
- ❖ De utsagn du er mest uenig i legges i bunke nr. 2
- ❖ De utsagn som er nøytrale legges i bunke nr. 3

Det trenger ikke å være like mange utsagn i hver bunke.

Husk det er din plassering av utsagn som er det rette for deg, det finnes ingen rett eller feil svar her.

- ❖ Ta bunke 1 og velg ut de fem (5) utsagnene som du er mest enig i.
- ❖ Av de fem (5) utsagnene skal du så velge ut to (2) av utsagnene som du er mest enig i og plassere de på +5 på tavlen. De tre (3) andre plasserer du på +4 på tavlen.
  
- ❖ Ta bunke 2 og velg ut de fem (5) utsagnene du er mest uenig i.
- ❖ Av de fem (5) utsagnene skal du så velge ut to (2) av utsagnene som du er mest uenig i og plassere de på -5 på tavlen. De tre (3) andre plasserer du på -4 på tavlen.

Deretter fortsetter du med resten av utsagnene slik at de får hver sin plass på tavla. Når du er ferdig anbefales det å se over tavla for å kontrollere om du er fornøyd med plasseringa. Det er fullt mulig å flytte på kortene inntil du er fornøyd med **din** rangering.

- ❖ Til slutt tar du utsagnene fra bunke 3 og fordeler de på de ledige feltene som er igjen.

Når du nå er ferdig med sorteringen av utsagnene så ønsker jeg å få mere forståelse for hvorfor du rangerte utsagnene slik du gjorde.

- ❖ Først utsagnene på +5 og +4, hvorfor er du mest enig i hva disse utsagnene uttrykker?
- ❖ Så utsagnene på -5 og -4, hvorfor er du mest uenig i hva disse utsagnene uttrykker?
- ❖ Er det noe annet du mener er viktig å få fram i denne sammenhengen?

Takk for hjelpen!

## Vedlegg 14. Eksempel på Q-utvalgsnummer og rangering i matrise.

Figur 2. Matrise

-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
14	31	35	38	1	18	4	17	39	37	10
20	7	26	6	19	24	16	2	28	8	33
	13	21	29	40	5	34	22	15	23	
			32	11	30	3	9			
				25	12	27				
					36					



## Vedlegg 15. Principal Component Analysis

### Unrotated Factor Matrix

Sorts	Factors	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Pas 1	0.4259	-0.2851	0.5719	0.5695	-0.0095	0.0086	0.1853	0.0221
2	Pas 2	0.7941	-0.1127	0.1606	-0.1298	0.2407	0.1446	-0.0220	-0.2436
3	Pas 3	0.6941	-0.3244	-0.1878	0.0225	0.0225	0.0225	0.0225	0.0225
4	Pas 4	0.7520	0.2600	0.0388	-0.1244	0.1300	-0.1244	0.0388	0.2600
5	Pas 5	0.5762	0.1085	0.3653	-0.4631	0.0601	0.1314	-0.3553	0.3819
6	Pas 6	0.2801	0.7397	0.0736	-0.1766	0.1504	0.1739	0.4928	0.0883
7	Pas 7	0.6744	-0.3518	-0.1072	-0.2743	-0.3931	-0.2625	0.0323	-0.0201
8	Pas 8	0.4977	-0.2957	-0.4503	-0.0254	-0.0745	0.6015	0.1760	0.0631
9	Pas 9	0.6245	-0.3464	0.1443	-0.3852	-0.1067	-0.2737	0.3827	-0.0270
10	Spl 1	0.6356	0.4893	-0.1602	0.2606	-0.1147	-0.3183	0.0484	0.2064
11	Spl 2	0.7339	0.0800	0.4126	0.1513	-0.3031	0.2930	-0.0917	-0.0218
12	Spl 3	0.7312	0.3278	-0.1413	0.0202	-0.2749	0.0555	-0.1327	-0.3764
13	Spl 4	0.6985	0.2196	0.0472	-0.0710	0.4082	-0.1855	-0.1030	-0.2521
14	Spl 5	0.7645	0.2228	-0.2898	0.1844	-0.1362	-0.0301	-0.1710	0.0828
Eigenvalues		5.9119	1.5893	1.1181	0.9977	0.8543	0.8151	0.6549	0.5418
% Expl. Var		42%	11%	8%	7%	6%	6%	5%	4%

## Vedlegg 16. Bakgrunnsvariabler pasienter

Deltakere	Mann	Kvinne	Alder	Antall postoperative dager
Pas 1		X	85-89	2
Pas 2		X	60-70	2
Pas 3		X	70-74	2
Pas 4		X	80-84	2
Pas 5		X	90-95	2
Pas 6		X	70-74	1
Pas 7		X	60-70	2
Pas 8		X	60-70	1
Pas 9		X	90-95	3