



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Slutt dato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1058

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hva mener eldre pasienter bidrar til mestring postoperativt etter hoftebrudd?

Antall ord *: 8966

Tro- og loverklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

*Hva mener eldre pasienter bidrar til mestring postoperativt etter
hoftebrudd?*



Sykepleien [Bilde]. (2015). Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/pasientforlop-mellom-sykehus-og-kommune>

Kull: 2015

Antall ord: 8 966

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

Sammendrag

Tittel: Hva mener eldre pasienter bidrar til mestring postoperativt etter hoftebrudd?

Bakgrunn for valg av tema: Brudd etter fall hos eldre er et stort helseproblem som kan føre til funksjonsfall og stor helserisiko, og Norge er på verdenstoppen når det kommer til primære hoftebrudd. Hvordan eldre med hoftebrudd mestrer sin situasjon er derfor viktig, da bedringsprosessen har mye å si for deres videre funksjonsnivå og livskvalitet. Sykepleier har mulighet til å bidra til tilstrekkelig omsorg, muligheter og et grunnlag for pasientens videre gjenvinning av funksjoner.

Problemstilling: Hvilke faktorer kan bidra til mestring i det postoperative forløpet hos hoftebruddspasienter?

Oppgavens hensikt: Hensikten med oppgaven er å utforske hvilke faktorer som kan bidra til mestring postoperativt ved hoftebrudd, og dermed hvilke sykepleiefaglige elementer som er viktige å prioritere i den tidlige postoperative fasen.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor forskningslitteratur, faglitteratur og praktiske erfaringer er benyttet for å belyse problemstillingen. Forskningen er funnet i databasene Cinahl, PubMed og ProQuest, og er fra 2014-2018.

Funn: Pasienter har et behov for å medvirke i pleien, og personlige omstendigheter, helsepersonell, samt avdelingens rutiner påvirker medvirkningen. For å overkomme postoperative utfordringer har pasientene behov for individuell pleie, god kommunikasjon, sosial støtte og fysisk aktivitet, balansert av egne holdninger.

Konklusjon: For å bidra til mestring må sykepleier arbeide mot individuell pleie, hvor kommunikasjon og medvirkning er sentralt. For å fremme pasientens selvhelbredende krefter må psykososiale behov også dekkes, og det må tas hensyn til individuelle forutsetninger i empowermentprosessen.

Nøkkelord: Mestring, Salutogenese, Empowerment, Individuell pleie, Kommunikasjon, Rehabilitering, Psykososial helse

Summary

Title: What does older patients believe can contribute to coping postoperatively after hip fracture?

Background of the chosen theme: Fractures after a fall in elderly is a big health issue that can lead to loss of function and health risk, and Norway is one of the countries with most primary hip fractures in the world. How elderly master their situation after a hip fracture is important because the recovery process is essential for their further functioning and quality of life. Nurses have the opportunity to contribute sufficient care, with possibilities, as well as making a foundation for the patients further restoring of functions.

Aim: Which factors can contribute to coping in the postoperative phase after a hip fracture?

The purpose of this thesis: The purpose of this thesis is to explore factors that can contribute to coping in the postoperative phase after a hip fracture, and which elements in nursing that are important to prioritize in the early postoperative phase.

Method: The thesis is a literature study, where research literature, academic literature and experience has been used to highlight the issue. The research articles have been found in Cinahl, PubMed and ProQuest, and are from years 2014-2018.

Findings: The patients have a need for involvement in their own care, and personal circumstances, health care professionals and the wards routines affect the involvement. To overcome postoperative challenges, the patients need individual care, professional communication, social support and physical activity, balanced by their own personal attitudes.

Conclusion: Nurses have to work towards individual care to contribute coping, where communication and involvement is key. To promote the patients self-healing strengths, psychosocial needs must be covered, and nurses have to take in to consideration the individual conditions in the empowerment process.

Keywords: Coping, Salutogenesis, Empowerment, Individual care, Communication, Rehabilitation, Psychosocial health

INNHALDSFORTEGNELSE

1 Innledning.....	1
1.1 Hensikt.....	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning og presisering.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
2 Teori	4
2.1 Hoftebrudd	4
2.2 Antonovskys salutogene teori.....	4
2.2.1 Sentrale begreper innen salutogenese.....	4
2.3 Empowerment	5
2.4 Helhetlig og individualisert sykepleie.....	6
2.5 Helsepedagogikk	6
2.6 Rehabilitering.....	7
3 Metode.....	9
3.1 Definisjon av metode	9
3.2 Litteraturstudie som metode.....	9
3.3 Litteratursøk og framgangsmåte.....	10
3.4 Kilder, kildekritikk og kvalitetsvurdering	11
3.5 Forskningsetikk, personvern og etiske overveielser	12
4 Resultater	14
4.1 Oppsummering av forskningsartiklene	14
4.2 Oppsummering av funn.....	20
5 Drøfting	21
5.1 Unik bedringsprosess i et standardisert miljø	21
5.2 Kommunikasjon som fremmer medvirkning	23
5.3 Bidra til at pasienten tar ansvar for egen helse	25
5.4 Møte pasientens behov for psykososial støtte	27
6 Avslutning.....	29
Referanseliste.....	30
Vedlegg 1 – Søketabeller.....	36
Vedlegg 2 – Resultattabell.....	39

1 INNLEDNING

Brudd etter fall hos eldre er et stort helseproblem som kan føre til funksjonsfall og stor helserisiko. 30 % av hjemmeboende eldre faller minst en gang i løpet av ett år. Av disse fallene fører 5% til skader i form av brudd (Grønseth, Roa, Kjønneøy & Almås, 2016, s. 169). Med den kommende «eldrebølgen» med betydelig økning i antall eldre over 70 år, vil prevalensen av hoftebrudd også øke. Dette, til tross for redusert risiko for hoftebrudd i den norske befolkningen fra 1999 – 2008 (Hektoen, 2014, s. 9). Temaet er viktig da Norge er på verdenstoppen når det kommer til primære hoftebrudd. Dette er ressurskrevende økonomisk, og ikke minst utfordrende for de eldre som rammes (Hektoen, 2014, s. 8).

Hoftebrudd blir sett på som en alvorlig konsekvens av osteoporose på grunn av risikoen for komplikasjoner som kroniske smerter, delirium, trykksår, infeksjoner, funksjonssvikt, redusert livskvalitet, samt økt dødelighet (Hommel & Bååth, 2016). Hvordan eldre med hoftebrudd mestrer sin situasjon er derfor et utrolig viktig tema, da bedringsprosessen har mye å si for deres videre funksjonsnivå og livskvalitet. Bentzen og Domaas belyser hvordan den akutte postoperative behandlingen kan være altavgjørende, da den utgjør et grunnlag for resten av bedringsprosessen. Det er postoperativt på sykehuset sykepleier har mulighet til å bidra til at pasienten får tilstrekkelig med omsorg og muligheter for videre gjenvinning av funksjoner (2015).

1.1 HENSIKT

Den foreliggende studien har til hensikt å få økt kunnskap om hva eldre pasienter etter et hoftebrudd mener bidrar til mestring. På den måten vil jeg øke min forståelse for hvilke sykepleiefaglige elementer som er viktige å prioritere i den tidlige postoperative fasen for å fremme mestring. I oppgaven vil det blant annet belyses sentrale tema som empowerment, individuell pleie, fysisk aktivitet, kommunikasjon og informasjon.

1.2 PROBLEMSTILLING

Hvilke faktorer kan bidra til mestring i det postoperative forløpet hos hoftebruddspasienter?

1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING

Oppgaven er avgrenset til sykepleiefaglige elementer i det postoperative forløpet når pasienten er innlagt på sengepost. Opptreningen etter et hoftebrudd starter på sykehuset når pasienten kommer ut av seng, noe som er en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Rehabiliteringen skjer også i lang tid etter utskrivelse, noe det foreliggende innholdet vil reflektere. En av sykepleiers oppgaver er å skape et fundament, slik at pasienten fortsetter rehabiliteringen etter utskrivelse. Fokuset i oppgaven er hovedsakelig blitt lagt på samhandling mellom sykepleier og pasient. Oppgaveforfatter har valgt å utelukke tverrfaglig samhandling og pårørendes funksjon for pasientens mestring. Både pårørende og samhandling tverrprofesjonelt er likevel viktige ressurser for pasienten. Pårørende vil nok ha en større rolle for mestring hos pasient etter utskrivelse fra sykehuset. Det er også blitt utelukket viktige momenter i forhold til velvære. Grunnleggende behov må likevel dekkes for å legge til rette for mestring. Herunder kan det nevnes blant annet smertelindring, ernæring, eliminasjon og søvn. Aldersgruppen i oppgaven er avgrenset til eldre over 65 år, da gjennomsnittsalderen til pasienter som opereres for hoftebrudd er 80 år (Nasjonalt kvalitetsregister, u.å.a).

1.4 BEGREPSAVKLARING

Den postoperative fasen starter når operasjonen er avsluttet og pasienten er kommet over i seng (Berntzen et al., 2015, s. 307).

Den postoperative fasen i oppgaven regnes som slutt når pasienten utskrives fra sykehuset.

ADL-funksjoner er en forkortelse av «Activities of Daily Living», som kan oversettes til egenomsorg, og innebærer blant annet å vaske seg, kle seg og spise (Romøren, 2015, s. 34).

Mestring beskrives av Helsedirektoratet som menneskets evne til å tilpasse seg en ny situasjon, samt deres evne til å påvirke situasjonen som har oppstått. God mestring hjelper mennesket å tilpasse seg den nye hverdagen, og sette seg i stand til å se forskjellen på det en må leve med, og det en selv kan være med på å endre (2017, s. 7). Mange definisjoner av mestring i helsesammenheng peker på at den enkelte endrer følelser og atferd slik at en gjenoppretter mening og sammenheng i livet, som igjen fører til håndtering av følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon (Olsson & Vågan,

2015). Mestring skjer i samspill mellom individet og miljøet rundt (Thorsen, 2015, s. 66). En forenklet tolkning av mestring vil jeg si er «å klare seg».

Helse er et begrep som blir definert på mangfoldige måter, alt etter hvilket syn en har på hva begrepet innebærer. Tidligere ble helse kun sett på som fravær av sykdom, og kan kalles et ”negativt” helsebegrep (Kristoffersen, 2016, s. 49). Forfatteren skriver videre hvordan WHO’s helsedefinisjon fra 1946 var revolusjonerende, da den inkluderte fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner av mennesket. Helse gikk fra å være objektivt målbart og ”negativt” begrep, til den enkeltes subjektive følelse og et ”positivt” begrep (2016, s. 49). Antonovsky så på helse som den enkeltes evne til å mestre påkjenninger. Dersom mennesket mestrer utfordringer i hverdagen, er dette tegn på god helse. Hvis evnen til tilpasning og mestring av påkjenninger er liten, kan det tyde på mindre god helse (Kristoffersen, 2016, s. 52).

2 TEORI

2.1 HOFTEBRUDD

Hoftebrudd kan betegnes som «det siste osteoporotiske bruddet» grunnet bruddet er nært relatert til høy alder og redusert helse. Bruddet fører til et større tap av funksjon, og det kan være utfordrende for de eldre å gjenvinne mobiliteten de hadde før bruddet (Brændvik & Thingstad, 2016, s. 289). Høy alder øker risikoen for osteoporose, som igjen øker risikoen for lavenergibrudd (Hektoen, 2014, s. 8). Det ble i 2016 operert 8423 primære hoftebrudd, hvor 70 prosent var kvinner (Nasjonalt kvalitetsregister, u.å.a).

Hoftebrudd er en samlebetegnelse for alle brudd i øvre del av lårbeinet (Nasjonalt kvalitetsregister, u.å.a). I dag opereres disse bruddene hovedsakelig med protese (Nasjonalt kvalitetsregister, u.å.b). Pasienter med hoftebrudd vil trenge rehabilitering etter operasjonen. Denne treningen skal starte så tidlig som mulig, og pasientene vil ha behov for langvarig rehabilitering etter utskrivelse. De har derfor behov for et tverrfaglig samarbeid mellom flere faggrupper, ikke bare leger og sykepleiere. Dette er ulike instanser som fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, Nav-kontorer og hjemmetjenester. Mange har også behov for korttidsopphold ved rehabiliteringsinstitusjoner (Østensvik, 2013, s. 715).

2.2 ANTONOVSKYS SALUTOGENE TEORI

For å belyse oppgavens problemstilling er det tatt utgangspunkt i sosiologen Aaron Antonovskys salutogene perspektiv. Salutogenesen ble introdusert mot slutten av 1970-tallet, da Antonovsky stilte spørsmålet om hva som gir god helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 14). Det salutogene perspektivet tar for seg menneskets selvhelbredende krefter. Sykepleiere møter mange mennesker som er i en livssituasjon i endring, preget av trusler og tap. Da er det særlig viktig for sykepleier å ha kunnskap om de forholdene Antonovsky tar for seg (Kristoffersen 2016, s. 52).

2.2.1 SENTRALE BEGREPER INNEN SALUTOGENESE

Salutogenese kommer fra de latinske ordene *salus* som betyr ”helse”, og *genesis* som betyr ”opprikkelse”. Antonovskys definisjon av salutogenese presenteres av Lindström og Eriksson som ”bevegelsen i retning av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse” (2015, s. 27).

Oppgaveforfatter tolker definisjonen til Antonovsky som læren om hva som gir helse. Antonovsky understrekte at enkeltmenneskets opplevelse av sammenheng eller forutsigbarhet i tilværelsen avgjør hvordan mennesket skal kunne håndtere belastende situasjoner og reagere konstruktivt (Kristoffersen, 2016, s. 52). Opplevelsen av sammenheng (OAS) eller på engelsk "sense of coherence" blir definert av Antonovsky som (2012, s. 41):

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.

OAS består forenklet av de tre dimensjonene forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky mente OAS skal betraktes som en livsinnstilling, en mestringsressurs (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28-29). Den enkeltes ressurser og motstandsressurser vil ha betydning for hvordan vi håndterer sykdom og utfordringer. Reaksjonen på motstand vil være veldig individuell, avhengig av blant annet menneskets tidligere erfaringer, oppvekst og miljø (Walseth & Malterud, 2004).

2.3 EMPOWERMENT

Mennesket fungerer i salutogenesen som aktiv deltaker i eget liv og egen helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 40). Myndiggjøring handler om å gi mennesker kontroll over eget liv. Dette vil si å hjelpe vedkommende å utvikle ferdigheter og mestringsevne, slik at deres evner til deltakelse og å arbeide aktivt styrkes (Lindström & Eriksson, 2015, s. 80). Begrepet empowerment blir ofte assosiert med mestring i rehabiliteringskontekst, da det er et populært og bredt begrep som kan defineres og tolkes på mange ulike måter (Askheim, 2012, s. 8). Begrepet kan tolkes på både individ-, organisasjons- og samfunnsnivå (Kristoffersen, 2015, s. 338), hvor det i oppgaven fokuseres på det individuelle nivået av empowerment innenfor helsefremming.

Begrepet empowerment ble definert i Ottawa-charteret i 1986 som «In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health» (World Health Organization, 1998, s. 6). Definisjonen kan

tolkes som at empowerment er en prosess hvor mennesker styrker egne krefter og ressurser, og på den måten får økt kontroll over egen helse og beslutninger rundt denne. Kristoffersen belyser hvordan empowerment både kan brukes som målet om å komme dit, men også selve prosessen om å komme dit (2015, s. 340). Da vil begrepet som en prosess og på individuelt nivå kunne tolkes som en utvikling av menneskets mestringssevne.

2.4 HELHETLIG OG INDIVIDUALISERT SYKEPLEIE

Hoftebruddspasienter lever gjerne med flere kroniske sykdommer som kan påvirke bedringsprosessen, og dermed videre funksjonsnivå og livskvalitet. For å kunne gi optimal helsehjelp er det dermed viktig å ha en helhetlig og bred tilnærming til den geriatriske pasienten (Wyller, 2016, s. 158). Antonovsky la vekt på at helsefremmende arbeid henger tett sammen med helhetlig pleie (Eide & Eide, 2017, s. 18). En grunnleggende verdi i sykepleiefaget er å utøve helhetlig og individualisert pleie. Pleien skal dermed baseres på den enkelte pasients opplevelser, verdier, ønsker og behov, og dermed ivareta pasientens verdighet og integritet (Kirkevold, 2015, s. 106). Forfatteren skriver videre at det forutsetter en anerkjennende relasjon mellom pasient og sykepleier for at utformingen av pleien kan ta utgangspunkt i den enkelte pasient. Sykepleier må anerkjenne pasientens erfaringer, kunnskap og forståelse. Samhandlingen mellom partene må derfor bygges på likevekt, samarbeid og gjensidig avhengighet. Gode kommunikasjonsevner og åpen dialog er en forutsetning for å klare dette (2015, s. 108).

2.5 HELSEPEDAGOGIKK

Da retten til medbestemmelse i pleien og informasjon er lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3), blir pasienten en samarbeidspartner. Dette betyr at relasjonen mellom helsepersonell og pasient er viktig. Pasienten har rett til informasjon, og loven støtter opp om at pasienten er ekspert på seg selv. Kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient skal derfor gå begge veier, hvor sykepleier har faglig kunnskap å bidra med, og pasienten kjenner seg selv best (Tveiten, 2007, s. 17).

Helsepedagogikk kan forklares som læring, utvikling, veiledning og undervisning innen helsesammenheng. Sykepleiers pedagogiske funksjon blir å tilrettelegge for informasjon og veiledning, slik at pasienten utvikler kompetanse til å ta kontroll over faktorer som påvirker

deres helse og mestring. Informasjonen skal hjelpe pasienten å bli empowered (Tveiten, 2018, s. 246). Kommunikasjon med akutt syke eldre kan være utfordrende, blant annet på grunn av syns- og hørselssvikt, som er svært vanlig. Kommunikasjonen kan også svekkes grunnet kognitiv svikt, eksempelvis i form av delirium. Kognitiv svikt rammer minst én av fire eldre som innlegges akutt i sykehus (Ranhoff, 2015, s. 228).

God profesjonell kommunikasjon er personsentrert, noe som betyr at sykepleier ser hele personen med vedkommens ressurser, muligheter, verdier og individuelle ønsker, og ikke utelukkende som pasient. God kommunikasjon har også til hensikt å motivere pasienten, og skal påvirke vedkommende til å ta ansvar for egen situasjon, samt styrke pasienten til å bruke egne ressurser, trene seg opp og utføre endringer hvor dette er nødvendig for helsen (Eide & Eide, 2017, s. 16). Forfatterne belyser også at god profesjonell kommunikasjon legger vekt på helsefremming (2017, s. 18).

2.6 REHABILITERING

Tidlig mobilisering postoperativt er viktig, da fysisk inaktivitet hos eldre har større konsekvenser enn hos yngre. Noen dagers sengeleie vil for flere eldre føre til redusert balanse, dårligere evne til å holde seg på beina, samt problemer med daglige aktiviteter. Fysisk inaktivitet over en kort periode kan derfor ha store konsekvenser for selvstendigheten til den eldre i dagliglivet (Helbostad, 2016, s. 113).

Normann, Sandvin og Thommesen skriver at rehabilitering handler om enkeltmennesket og realisering av individuelle mål (2015, s. 35-36). Rehabilitering defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering som tidsavgrensede, planlagte prosesser med tydelige mål og virkemidler, hvor flere parter samarbeider for å gi nødvendig hjelp slik at pasienten eller brukeren selv kan oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og sosial deltakelse (2011, § 3). Rehabilitering med fokus på funksjonsevner trener på mestring av ADL-funksjoner. I opptreningen blir det fokusert på gjenoppretting av funksjoner den enkelte har mistet på grunn av skaden eller sykdommen. Rehabiliteringen består ikke bare av trening, men også tilpasning av hjelpemidler og bolig (Bredland, Linge & Vik, 2011, s. 32-33). Ifølge Bratås er rehabilitering helsefremmende ved at fokuset rettes mot pasientens egne ressurser slik at det kan gjenvinnes kontroll over egen situasjon (2016, s. 278). Videre informerer forfatteren at rehabiliteringsprosessen er avhengig av pasientens aktive medvirkning for å

lykkes, noe som forutsetter at pasienten får god informasjon og motiveres til å delta (2016, s. 282). Rehabiliteringen skal med fokus på enkeltindividet ta utgangspunkt i en helhetlig kartlegging av pasientens behov og ønsker (Hauken, 2018, s. 183).

Østensvik skriver hvordan pasientene vil ha bevegelsesinnskrenkninger, som for eksempel restriksjoner i forhold til å krysse beina eller belaste den opererte foten. Det er også nødvendig at pasienten bruker hjelpemidler når de mobiliseres eller utfører ADL-funksjoner. Hvor avhengig pasienten er av hjelpemidlene er avhengig av individuelt funksjonsnivå. Det er viktig at pasienten får veiledning og trening i mobilisering, da videre begrensninger i daglige gjøremål vil føre til dårligere livskvalitet (2013, s. 714). Hvilke aktiviteter som må observeres og trenes på er individuelt fra pasient til pasient, og er avhengig av hva som er viktigst for den enkelte. For mange er opprettholdelse av forflytning og gangfunksjon avgjørende for deres fungering i hverdagen (Helbostad & Granbo, 2016, s. 171-181).

3 METODE

3.1 DEFINISJON AV METODE

En metode forteller systematisk hvordan en skal arbeide for å fremskaffe ny kunnskap. Metoden er verktøyet vårt når noe skal undersøkes. Ulike metoder trengs for å få frem ulik kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare. Metoden som brukes til en problemstilling skal belyse spørsmålet best mulig (Dalland, 2017, s. 51-52). Forskningsartikler vil være sterkere dersom forfattere beskriver den metodiske fremgangsmåten som ble brukt. Det er regler som må følges ved bruk av ulike metoder. Forfatter kan beskrive fremgangsmåten ved å begrunne valget av metoden og tydeliggjøre usikkerheter ved gjennomføringen som kan ha virket inn på resultatet. Det handler om å være kritisk til egne valg, selvkritikk. Det er ikke alltid metoden griper det en ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 54).

I Dalland kommer det frem at forskere som bruker kvantitative data gjerne kalles «tellerer», og forskere som bruker kvalitative data kan beskrives som «tolkere» (2017, s. 52). Denne oppgaven er basert på studier med kvalitative forskningsmetoder. Oppgaveforfatter har også lett etter passende kvantitativ forskning, men mener studier som ser på meninger og opplevelser, som ikke lar seg måles med tall, var mest relevant. I kvalitativ forskning brukes det ofte intervju for å innhente data. Dalland belyser videre at det kvalitative forskningsintervjuet er spesifisert, og en får tak i personens meninger og får deskriptive og nyanserte beskrivelser. Intervjuobjektet kan gi ny innsikt, samtidig som intervjuet kan få personen til å tenke over fenomener en ikke har tenkt over tidligere. Et vellykket forskningsintervju kan være en berikende opplevelse for intervjupersonen, som kan få ny innsikt i sin egen livssituasjon (2017, s. 74).

3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det vil si at en samler litteratur, kritisk vurderer denne, og til slutt oppsummerer kunnskapen. Hensikten med en litteraturstudie er å gi en oppdatert og bedre forståelse av kunnskapen rundt problemstillingen, og hvordan en har kommet frem til denne (Thidemann, 2015, s. 79-81). En må derfor gjøre rede for valget av litteratur, blant annet ved å fortelle om framgangsmåte, søkeprosess,

avgrensninger, hva kildene inneholder, og relevansen opp mot problemstillingen (Dalland, 2017, s. 226). Forskningen som brukes til å løse problemstillingen i litteraturstudien skal være nøye gjennomtenkt og begrunnet, samt av høy kvalitet. Studiene skal bidra til å identifisere, vurdere og analysere ulik kunnskap rundt tema. De ulike kunnskapskildene skal lage en oversikt eller et bilde av problemet. Det skal kommes frem til en konklusjon til problemstillingen på bakgrunn av disse opplysningene. I en litteraturstudie vil litteraturen være datamaterialet på lik linje med for eksempel spørreskjemaresultatene eller intervjuene som gjøres i en forskningsstudie (Bettany-Saltikov, 2012, s. 5).

3.3 LITTERATURSØK OG FRAMGANGSMÅTE

Oppgaveforfatter har lagt mye tid i leting etter relevant litteratur og forskningsartikler. For å finne litteratur er det blitt søkt i Oria på skolens nettbibliotek, samt lett på biblioteket etter relevant litteratur. Søket etter forskning er gjort i skolens helsefaglige databaser.

Oppgaveforfatter har søkt i de fleste av databasene skolen tilbyr, men funnet artiklene som blir brukt i PubMed, Cinahl og ProQuest. De helsefaglige databasene er nyttige da de inneholder fagfelleverderte forskningsartikler som er pålitelige.

I søkeprosessen ble det lest gjennom titler og sammenfatninger. Oppgaveforfatter satte seg inn i mange studier før de mest relevante ble valgt ut. Det ble utelukket mange artikler underveis, blant annet studier som ikke spesifikt omhandlet hoftebrudd postoperativt og om de var eldre enn 5 år. Det ble også lagt vekt på om forskningen som ble gjort var kumulativ, bygget på tidligere forskning. Kumulativ forskning bidrar til å knytte sammen kunnskap i omfattende teorier og utvide grensene for hva som er sikker kunnskap (Dalland, 2017, s. 58-59). De 6 forskningsartiklene som blir presentert i resultatdelen er fra 2014-2018, og studiene er utført i New Zealand, Canada, Sveits og Sverige. For å finne studiene er søkeordene nedenfor blitt brukt, og søkehistorikken er gjengitt i søketabellene i vedlegg 1. Søkeordene ble funnet ved å utforske hvilke ord som hyppig blir brukt i forskning innen tema, samt ved å bruke søkemotoren <http://mesh.uia.no>.

- Hip fractures
- Self-efficacy
- Self-beliefs
- Confidence

- Experience
- Participation (søkt pasientmedvirkning i Mesh)
- Recovery
- Hospital discharge
- Assessment
- Mapping
- Patient-centered care (søkt pasientsentrert helsehjelp i Mesh)
- Patient perspectives
- Qualitative study
- Qualitative research
- Inpatient (søkt sykehuspasienter i Mesh)

3.4 KILDER, KILDEKRITIKK OG KVALITETSVURDERING

Oppgaveforfatter har valgt forskning som hovedsakelig baseres på pasientperspektiver. Dette er for å støtte opp om den salutogene tilnærmingen om menneskets selvhelbredende krefter, og at pasientene selv sitter på mye kunnskap. Det er blitt brukt både primærkilder, som er den opprinnelige utgaven av en tekst, samt sekundærkilder. I sekundærkilder har den primære kilden blitt brukt videre, i for eksempel lærebøker, hvor det da vil ha skjedd noe med den primære kilden på veien (Dalland, 2017, s. 162). Kildekritikk handler om å finne frem til litteratur som beskriver og belyser problemstillingen, samt å gjøre rede for valget av litteraturen som blir anvendt. Kildegrunnet skal være godt beskrevet slik at oppgaven blir faglig og troverdigheten styrkes (Dalland, 2017, s. 152).

Forskningsartiklene jeg har valgt belyser erfaringer fra ulike stadier i bedringsprosessen etter hoftebrudd. Dette var med formål om å kunne identifisere ulike faktorer som fremmer mestring. Det holder ikke at pasienten føler mestring på sykehuset. En må forsøke å styrke mestringsevnene til pasienten, slik at vedkommende kan mestre hverdagen videre etter utskrivelse. Sjekklisten fra Folkehelseinstituttet (2014) ble benyttet i kvalitetsvurdering av hver enkelt studie. Det er i kvalitetsvurderingen lagt vekt på om formål, utvalg, metode, design, analyse og resultater kommer tydelig frem. Videre er det vurdert om resultatene er til å stole på, om de kan være til hjelp i praksis og om funnene underbygges av tidligere forskning. Boken av Bredland et al. (2011) har fokus på rehabilitering i kommunen eller i

lokalmiljøet, men teorien vurderes likevel som overførbart til oppgaven. Dette er fordi verdier som ligger til grunnlag for rehabiliteringsprosessen er den samme i spesialisthelsetjenesten som i kommunehelsetjenesten.

Forskningsartikkelen av Langford, Edwards, Gray, Fleig og Ashe (2018) hadde noen svakheter. Det var kun 42% rekrutteringsrate i den opprinnelige studien som forskningsartikkelen bygger på, da mange av slo fordi de følte seg overveldet etter bruddet. Av de 26 pasientene som gjennomførte den opprinnelige studien var det 23 pasienter som videre deltok i studien av Langford et al. (2018). Studien vurderes likevel som aktuell, da den viser til viktige funn som er relevante. Studiene av Sims-Gould, Stott-Eveneshen, Fleig, McAllister og Ashe (2017), samt Healee, McCallin og Jones (2017) undersøker erfaringer fra den postoperative fasen eller erfaringer fra hele pasientenes bedringsprosess etter hoftebrudd. Det er en svakhet at studiene undersøker erfaringer lenge etter hoftebruddet. Studiene vurderes likevel som relevante, da funnene støttes opp av tidligere forskning, og de fanger opp erfaringer pasientene har gjort seg i etterkant, som også kan være verdifulle.

3.5 FORSKNINGSETIKK, PERSONVERN OG ETISKE OVERVEIELSER

Etikk handler om normer for å handle riktig. Forskningsetikken er et område av etikken som handler om vurdering av forskning sett av samfunnets normer og verdier. Etisk vurdering av forskning omhandler alle deler av forskningen. Det vil si fra planleggingen, valg av problemstilling, metoder som brukes, samt hvordan resultatene vises og kan anvendes videre. Forskningsetikken handler ikke minst om å ivareta deltakere i forskning. Forskningens mål om å finne ny kunnskap skal ikke skje på bekostning av deltakeres integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236).

I oppgaven er det fulgt kildehenvisningsstandarder APA 6th. Det er inkludert artikler som belyser tema godt, og fra ulike synspunkt. Det er også lagt vekt på om studiene har IMRaD-strukturen, som er en utforming de fleste vitenskapelige studier innen medisin og helsefag bruker (Thidemann, 2015, s. 68). Oppgaveforfatter har også vært opptatt av at studiene er godkjent av etisk komité, samt at deltakerne er blitt ivaretatt blant annet med tanke på personvern og informert samtykke. Hvordan intervjuene er blitt utført er viktig, og alle artiklene som er funnet, baseres på intervju som metode for datainnsamling. I følge Kvale og Brinkmann kan etiske problemer oppstå ved bruk av intervju som en del av metoden, da man

utforsker menneskers privatliv og skal beskrive disse i det offentlige. Etiske problemstillinger er derfor relevant underveis i hele intervjuforløpet. Det vil si ved valg av tema, planleggingen av intervjuet, selve intervjusituasjonen og samhandlingen, transkriberingen, analyseringen, verifiseringen og rapporteringen (2015, s. 97).

4 RESULTATER

I dette kapittelet vil forskningsartiklene som brukes i oppgaven presenteres. Det vises også til vedlegg 2 for en oversiktstabell over artiklene.

4.1 OPPSUMMERING AV FORSKNINGSARTIKLENE

«Life goes on.» Everyday tasks, coping self-efficacy, and independence: Exploring older adults' recovery from hip fracture

(Langford et al., 2018).

Hensikt: Å utforske eldre personer som har gjennomgått et hoftebrudd, samt helsepersonells godkjenning av en rehabiliteringsintervensjon etter hoftebrudd. Samt beskrive pasienters og helsepersonells oppfatning av den tidlige postoperative fasen etter hoftebrudd (<4 måneder).

Metode: En kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. Studien er en del av en tidligere pilotstudie som undersøkte gjennomførbarheten av et intervensjonsprogram i rehabiliteringen etter hoftebrudd (Langford et al., 2015). I denne studien ble det blant annet intervjuet 23 pasienter over telefon 4 måneder etter hoftebruddet. Gjennomsnittsalderen var 82 år.

Resultat: Ulike tema om opplevelsen av den tidlige postoperative fasen etter hoftebrudd kom fram. Dette var blant annet fysiske begrensninger og tap av selvstendighet, lang bedringsprosess, håndtering av å leve med ytterligere kroniske sykdommer. For å overkomme utfordringer hadde de eldre behov for sosial støtte og fysisk aktivitet, balansert av egne personlige holdninger. De eldre gav innsikt i den ekstra byrden med flere kroniske sykdommer i bedringsprosessen, samt personlige syn og personlighetens rolle i bedringen.

Etikk: Studien er godkjent av det lokale universitetet og sykehusets etiske komite. Skriftlig informert samtykke ble gitt av deltakerne før deltakelsen.

Konklusjon og relevans for oppgaven: Studien viser behovet for en helhetlig tilnærming til pasienten, og bekrefter at psykososial helse er viktig for bedringsprosessen etter hoftebrudd. Studien er relevant for oppgaven, da den viser at en mer helhetlig tilnærming til pasienter kan

bidra til bedring hos pasienter etter hoftebrudd. Den viser også at for å bidra til mestring er det viktig å også fokusere på den psykososiale helsen.

Older patients' perception of their own capacity to regain pre-fracture function after hip fracture surgery – an explorative qualitative study

(Gesar, Hommel, Hedin & Bååth, 2017).

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske friske eldre sin oppfatning av egen kapasitet til å gjenvinne tidligere funksjoner i den akutte postoperative fasen etter hoftebrudd.

Metode: Studien er kvalitativ og baseres på semistrukturerte intervju utført 2-5 dager postoperativt. Totalt 30 deltakere som kom fra egne hjem. Gjennomsnittsalderen var 82,5 år. Inklusjonskriterier var at pasienten var over 65 år, klassifiseres i ASA-skalaen som 1 (frisk) eller 2 (mild kronisk sykdom), ingen kognitiv svekkelse og snakket svensk.

Resultat: Funnene viste at deltakernes oppfatning var å ende opp i en ny situasjon med eller uten kontroll. Resultatene viste at pasientene i utgangspunktet var positive og hadde tro på egen bedring. Etter hvert under innleggelsen på sykehuset ble de mer usikre på fremtiden og egne egenskaper til å styre egen bedring. Dette var blant annet fordi de måtte tilpasse seg rutinene på avdelingen. De ble behandlet som syke, og dette førte til mer passivitet.

Etikk: Studien ble godkjent av Regional Ethical Board i Lund, Sverige. Skriftlig informert samtykke ble gjort før intervjuene.

Konklusjon og relevans for oppgaven: Det kommer frem at sykepleien som gis må være personsentrert, da alle er unike og har ulikt utgangspunkt for å klare seg. Det er viktig at sykepleier er oppmerksom på hva som fører til passivitet, og tar nytte av pasientens indre motivasjon til å gjenopprette tidligere funksjon. På den måten kan pasienten vedlikeholde selvstendigheten de hadde før bruddet på best mulig måte. Studien er relevant for oppgaven da den viser at holdninger hos sykepleier kan påvirke utfallet til pasienter med hoftebrudd. Pasienter har mestringstro, men mottar ikke psykologisk støtte til å gjenopprette fysisk funksjon.

The Rest of the Story: A Qualitative Study of Complementing Standardized Assessment Data with Informal Interviews with Older Patients and Families

(Lafortune, Elliott, Egan & Stolee, 2017).

Hensikt: Hensikten var å identifisere informasjon som ikke fremkommer i standardiserte evalueringer, men som hoftebruddspasienter og pårørende ser på som viktige.

Metode: Dataene brukt i studien var samlet fra en del av en større studie som undersøkte overganger hos eldre med hoftebrudd. Den kvalitative studien baseres på data fra 29 semistrukturerte intervjuer relatert til 8 pasienter. Gjennomsnittsalder 84 år. 45-60 minutter lange intervjuer ble utført med pasienter, pårørende og helsepersonell. Pasientene hadde gjerne flere overganger i løpet av deltakelsen i studien, eksempelvis fra sykehus til rehabiliteringsopphold, videre til hjemmet med hjemmesykepleie. Pasientene ble da intervjuet ved alle overgangene. Funnene i intervjuene ble deretter presentert og diskutert i fokusgrupper med eldre og pårørende som ikke hadde gjennomgått et hoftebrudd.

Resultat: I resultatene kom tre hovedkategorier fram som ikke ble dekket i den standardiserte evalueringen. Familie eller andre pårørendes betraktninger, innsikt i helsetjenester, og pasientens holdninger og erfaringer med helsetjenesten. Fokusgruppen understrekte også viktigheten av åpne spørsmål og å ha en personsentrert måte å gjennomføre vurderinger på.

Etikk: Studien ble godkjent av Research Ethics Boards ved universitetene Waterloo, Western Ontario og British Columbia. Skriftlig informert samtykke ble gjort før intervjuene.

Konklusjon og relevans for oppgaven: En mindre strukturert tilnærming i intervju med pasient og pårørende kan gi viktig informasjon som ikke ville bli oppdaget med standardiserte evalueringer. Å kombinere begge deler kan gi bedre kartlagt helseplanlegging og kvalitetsforbedring. Studien er relevant da den viser at sykepleier bør kombinere standardiserte evalueringer med samtaler hvor pasient og pårørende kan ha mulighet til å spørre spørsmål og danne en relasjon med pleier.

Patients with hip fracture: Experiences of participation in care

(Malmgren, Törnvall & Jansson, 2014).

Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive pasienters erfaring med deltakelse under sykehusopphold for hoftebrudd.

Metode: Den kvalitative studien samlet data gjennom intervju ved utskrivelsen fra sykehuset eller rett etter utskrivelsen. Studien inneholdt 11 deltakere som kom fra egne hjem. Gjennomsnittsalderen var 82 år. De med kognitiv svekkelse ble ikke inkludert i studien. Forfatter har tydelig forklart styrker og svakheter, og hvordan de har jobbet for å redusere bakgrunnsforhold som kan ha påvirket studien.

Resultat: Funnene viste at tre kategorier påvirket pasientenes deltakelse i pleien som ble gitt:

- 1) Pasientens personlige omstendigheter. Det vil si deres forventninger og ønsker om å være involvert. Pasientens evne til å absorbere informasjon var også en viktig faktor i deres personlige omstendigheter.
- 2) Personalets respons til individuelle omstendigheter, behov og ønsker. Funnene viste at personalets respons, og dermed også deltakernes mulighet til å delta i pleien varierte.
- 3) Funnene viste at tilpassing til avdelingens rutiner påvirket deltakelsen til pasientene. Pasientene opplevde at de eksisterende rutinene måtte følges. Noen pasienter hadde egne ønsker, men uttrykte ikke disse.

Etikk: Forskningsartikkelen ble vurdert av Regional Ethical Review Board i Lund. Skriftlig informert samtykke fra deltakerne ble utført før intervju.

Konklusjon og relevans for oppgaven: Det er en risiko for at hoftebruddspasienter mottar den samme pleien, uten at sykepleier reflekterer over pasientens individuelle behov. For å kunne møte hoftebruddspasienters behov for medvirkning i pleien, er sykepleier nødt for å ha god dialog med pasienten og ulikt fagpersonell. Studien er relevant da det viser hoftebruddspasienters behov for medvirkning i pleien. Ved å være oppmerksom på

pasientenes individuelle behov kan sykepleier bidra til at pasienten oppnår bedre funksjonell kapasitet og livskvalitet.

Restoring: How older adults manage their recovery from hip fracture

(Healee et al., 2017).

Hensikt: Å beskrive bedringsprosessen fra perspektivet til eldre som har gjennomgått et hoftebrudd, og finne ut hvordan de klarte dette.

Metode: Studien er kvalitativ, basert på semistrukturerte intervju av 16 deltakere. Deltakerne var mellom 70 og 92 år, og hadde gjennomgått et hoftebrudd fra 3 måneder til 22 år før deltakelse i studien. Dataene baseres på 21 intervju på mellom 60-90 minutter.

Resultat: Den eldre sin personlige bedringsprosess startet på sykehuset så snart pasienten gjenvinner fysisk funksjon, spesielt mobilitet. Fra dette tidspunktet vil pasienten respondere på helsepersonells instruksjoner på mange måter. Responser til helsehjelpen kommer an på pasientens livsfase og erfaringer til å imøtekomme de ulike forventningene satt til dem. Dette er forventninger fra helsepersonell, sosialt nettverk og deres egne holdninger. Eldre gjenopprettet videre sine tidligere funksjoner ved å kontinuerlig balansere gjenopprettingen av fysisk og sosial funksjon med å gjenopprette vanlig psykososial atferd i ulike kontekster.

Etikk: Studien ble godkjent av Regional Ethics Committee og The University Ethics Committee. Deltakerne ble informert gjennom et informasjonshefte, samt muntlig samtale. Skriftlig samtykke ble mottatt før intervjuet.

Konklusjon og relevans for oppgaven: Studien konkluderer med at pasienters bedringsprosess vil reflektere pasientens personlige perspektiver og utgangspunkt. Hvordan denne bedringsprosessen starter vil bli påvirket av miljøet på avdelingen i sykehuset og av helsepersonellet. Den eldre sin tolkning og bedring fra hoftebrudd er unik i et standardisert helsemiljø. Helsepersonell må erkjenne at pasienten vil styre bedringsprosessen på sin egen måte, og ta hensyn til dette i pleien som gis. Studien er relevant til oppgaven da det viser at den behandlingen pasienten får av helsepersonell kan påvirke pasientens bedringsprosess.

Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study

(Sims-Gould et al., 2017).

Hensikt: Å forstå eldre sitt engasjement og erfaring i egen bedringsprosess og rehabilitering etter fallrelaterte hoftebrudd.

Metode: Studien brukte en kvalitativ metode, hvor det ble utført semistrukturerte intervju over telefon, 6 og 12 måneder etter rekruttering til studien. Resultatene baseres på 45 eldre over 65 år som hadde gjennomgått et hoftebrudd i løpet av de siste 12 månedene.

Resultat: Funnene i studien reflekterer eldre sin forventning til bedringsprosessen etter hoftebrudd. Det kom frem tre hovedtema: 1) Håndtere forventninger, 2) engasjere seg i fysisk aktivitet, og 3) det er et liv etter bruddet. Resultatene viste hvordan eldre sine forventninger til bedringsperioden sammenlignet med deres erfaringer og fysisk aktivitets rolle i livet deres, påvirket evnene til å gjenopprette aktiviteter som de utførte før bruddet.

Etikk: Alle deltakerne gav informert skriftlig samtykke. Studien er godkjent av Canadian Institute of Health Research samt University of British Columbia.

Konklusjon og relevans for oppgaven: Ved å oppmuntre pasienten til å engasjere seg i rehabiliteringsøvelser, samt ta stilling til hver enkelt sine forventninger før utskrivelse, kan pasientens innsats i rehabilitering øke. Pasientens funksjonsevne og livskvalitet kan også forbedres. Studien er relevant fordi den tar for seg både pasientenes psykiske og fysiske aspekt, samt i forhold til behov ved utskrivelse fra sykehus. Samt fordi den viser at sykepleier må bidra til engasjement hos pasienten for å bidra til mestring postoperativt og ved hjemkomst.

4.2 OPPSUMMERING AV FUNN

Forskningsartiklene belyser hovedsakelig pasientperspektiver og erfaringer postoperativt og i forhold til bedringsprosessen videre etter hoftebrudd. Det blir formidlet i flere av artiklene at å engasjere seg i fysisk aktivitet var viktig for pasientene i bedringsprosessen. Det kommer også frem at pasienter har et behov for å medvirke i pleien, og at personlige omstendigheter, personalets respons til disse individuelle omstendighetene, samt avdelingens rutiner påvirker pasientens medvirkning. Et av hovedpunktene som blir trukket frem i funnene er behovet for individuell- og personsentrert pleie. Dette er fordi pasientene vil respondere individuelt på pleien som gis. Behovet for helhetlig pleie trekkes også frem. Flere av artiklene viser til frustrasjon hos pasientene grunnet lang bedringsprosess, nye funksjonsbegrensninger og tap av selvstendighet. Dette viser at pasientene også har psykososiale behov som må bli møtt.

5 DRØFTING

I dette kapittelet vil hovedfunnene fra forskningsartiklene bli drøftet opp mot egne erfaringer og valgt litteratur, satt i lys av et salutogent perspektiv.

5.1 UNIK BEDRINGSPROSESS I ET STANDARDISERT MILJØ

Da rehabilitering skal handle om realisering av individuelle mål, betyr dette at funksjonsevnene til pasienten ikke kan være målet med rehabiliteringen for alle. Dette blir en antakelse om hva som er viktigst for den enkelte. Langford et al. viser likevel at fysisk aktivitet i hverdagen og som en del av bedringsprosessen er viktig for pasientene (2018). Dette underbygges også av Sims-Gould et al. (2017). Tidlig mobilisering postoperativt ved hoftebrudd og mestring av funksjoner er viktig, likevel viser forskning av Davenport et al. at aktivitetsnivået ved et sykehus i Melbourne etter hofteoperasjon er veldig lavt (2015). Det er selv erfart at aktivitetsnivået kan bli begrenset, for eksempel dersom det er travelt på avdelingen. Den eldre sin rehabiliteringsprosess starter på sykehuset så snart pasienten gjenvinner fysisk funksjon, og vil reflektere pasientens perspektiver og utgangspunkt, samt blir påvirket av helsepersonellet og avdelingen (Healee et al., 2017). Dette viser at sykepleien ikke kan være standardisert, da vedkommens bedringsprosess vil være unik i en avdeling preget av rutiner. På bakgrunn av dette skriver Kirkevold at sykepleiere kan ha en tendens til å utforme pleien på bakgrunn av egne verdier og oppfatninger om hva pasienten trenger, da sykepleieren sitter på sin kunnskap og innsikt (2015, s. 106). Sykepleier kan ifølge Walseth og Malterud misbruke empowermentprosessen dersom målet blir å gjennomføre helsepersonells ideer om hva som er best (2004). Bredland et al. påpeker at det blir lettere å utføre individrettet og personsentrert pleie når den enkeltes deltakelse står i fokus i rehabiliteringen. Dette er fordi verdier, behov, roller og verdighet er unike forhold hos hver enkelt, og kan ikke generaliseres ut fra en sykdomsgruppe, som for eksempel «hoftepasienter» (2011, s. 47). Sims-Gould et al. bekrefter også hvordan individuelle forskjeller påvirket bedringsprosessen (2017). Noen pasienter i studien av Malmgren et al. opplevde at de ble inkludert i valg rundt den fysiske aktiviteten (2014). Erfaringer viser at dårlig tid kan føre til at sykepleier tar avgjørelser i stedet for at pasienten får medvirke. At medvirkning kan bli nedprioritert støttes opp av Malmgren et al., da noen pasienter opplevde at de ikke fikk medvirke i avgjørelser rundt aktivitet. Dette tydeliggjør et behov for ytterligere tilrettelegging for medvirkning i kommunikasjonen med pasient.

Flere pasienter tilvennet seg avdelingens rutiner og hjelpen de fikk på sykehuset, noe som forsterket sjokket av å komme hjem (Langford et al., 2018). Dette viser at sykepleier må arbeide for å bevare pasientens aktivitetsnivå gjennom individuell pleie, slik at en ikke svekker deres selvstendighet ytterligere før utskrivelse. På bakgrunn av dette hevder Gesar et al. at pasientene fikk beskjed om å være forsiktige og ikke bevege seg uten assistanse. De ble behandlet som pasienter, noe som gjorde dem mer avhengig av hjelp (2017). Om sykepleier er oppmerksom på individuelle forskjeller og ressurser, kan en tilrettelegge for at pasientene er mer selvstendige i daglige aktiviteter, hvor dette ikke medfører en sikkerhetsrisiko. Dette er sentralt i salutogenesen, og handler om myndiggjøring, hvor en lærer pasientene å utvikle ferdigheter og mestringsevner (Lindström & Eriksson, 2015, s. 40). Det vil si at man styrker pasientens håndterbarhet og OAS ut fra det salutogene perspektivet, og på den måten kan en minske overgangen det blir for pasientene ved utskrivelse.

Langford et al. har i sin forskning funnet ut at flere pasienter opplever at helsepersonell hovedsakelig fokuserer på hoftebruddet, i stedet for vedkommens helhetlige helse og funksjon. Det å leve med flere kroniske sykdommer og helseplager oppleves som en ekstra byrde som forsinker bedringsprosessen etter hoftebrudd (2018). I lys av dette skriver Bredland et al. at ved å ha et helhetlig syn på pasienten kan man fange opp flere viktige aspekter i pasientens situasjon som kan forsinke bedringsprosessen (2011, s. 51-52). Antonovsky så på helse som den enkeltes evne til å mestre påkjenninger, og helsebegrepet legger vekt på at pasientens opplevelser i møte med helsetjenesten skal gi mening (Kristoffersen, 2016, s. 52 og 58). En deltaker i studien av Langford et al. (2018, s. 6) uttalte «I'm worried about my shoulder because my hip, it doesn't give me any problems». Dette viser at pasienter kan motta pleie som ikke er meningsfull i forhold til vedkommens ønsker. Ved å gi personsentrert pleie kan man dermed øke meningsfullheten til pasienten og OAS. Mestring handler om å kunne tilpasse seg og klare seg i nye situasjoner, og dersom en skal fremme mestring er sykepleier nødt til å fokusere på de faktorene som oppleves som en utfordring for pasienten.

For å ha en helhetlig tilnærming til pasienten, må en også kartlegge videre behov etter utskrivelse. Lafortune et al. belyser store individuelle forskjeller hos den enkelte pasient med tanke på bosituasjoner og støtteapparat (2017). I lys av dette, fremkommer det i Malmgren et al. sin studie at noen pasienter følte seg involvert i planleggingen av utskrivelse, hvor andre

ikke følte de hadde fått muligheten til å uttrykke behov og ønsker (2014). Dette belyser hvorfor kartlegging av individuelle behov er nødvendig, samt at inkluderingen av pasienten i denne prosessen kan bli for liten. Erfaringsmessig er det ikke alltid helsepersonell etterlever en helhetlig kartlegging etter individuelle behov, da det ofte er legen som bestemmer om pasienten har et rehabiliteringsbehov eller ikke. For mange pasienter kan det være en utfordring å ta ansvar for egen rehabiliteringsprosess når selve behandlingsforløpet i så stor grad er bestemt av legene (Hauken, 2016, s. 183). Egne erfaringer er også at hoftebruddspasienter er usikre rundt hverdagen etter utskrivelse, og at medvirkning i utskrivelsesprosessen kan redusere denne usikkerheten. Involvering av pasient kan for eksempel innebære at sykepleier hører om vedkommende vil ha pårørende med i planleggingen, eller spør hva de ønsker hjelp til videre.

5.2 KOMMUNIKASJON SOM FREMMER MEDVIRKNING

God profesjonell kommunikasjon og helsepedagogikk kan tolkes som elementært, sett fra det salutogene perspektivet. Dette er fordi salutogenesen handler om å styrke menneskets opplevelse av sammenheng, slik at vedkommende skal kunne håndtere belastende situasjoner, og da er pasientens forståelse viktig. I Malmgren et al. avdekkes det at pasienter som ønsket medvirkning i pleien, ikke nødvendigvis uttrykte disse behovene. Dette var blant annet fordi de opplevde at helsepersonellet hadde det travelt, og ikke ville være til bry. Pasientene som ble involvert i pleien, og ble spurt hvor mye de ønsket å delta i pleien, så på dette som positivt (2014). Dette samsvarer med egne erfaringer, da mange eldre ikke ønsker å være til bry. Videre belyser Malmgren et al. at noen av faktorene som motvirket deltakelse hos pasientene var å måtte tilpasse seg helsesektorens rutiner, samt personalets respons til pasientenes omstendigheter, behov og ønsker. På bakgrunn av dette kan en tolke at sykepleier har en avgjørende rolle for å fremme medvirkning gjennom god kommunikasjon og væremåte. Eide og Eide støtter opp om studien, da man gjennom kommunikasjon kan imøtekomme behovet for selvbestemmelse ved å lytte aktivt, undersøke hva pasienten selv tenker, samt legge til rette for samarbeid om veien videre (2017, s. 19). Videre understreker forfatterne hvordan en stor del av vår kommunikasjon er nonverbal, hvor vi kan respondere bekræftende eller avvisende. En kan formidle at en er engasjert, eller for eksempel formidle at en er stresset og har det travelt (2017, s. 136).

Ifølge Lafortune et al. kan en mindre strukturert tilnærming i kartlegging hos pasienten gi viktig informasjon som ikke ville blitt oppdaget kun med bruk av standardiserte evalueringer og kartleggingsverktøy (2017). Dette viser at standardiserte prosedyrer ikke alltid gir optimal pleie, og at sykepleier er nødt for å ha pasienten som unikt individ i fokus selv om en benytter seg av standardiserte prosedyrer. Dette begrunnes med Kirkevold som belyser at tjenestene kan bli for rutinepreget, og at sykepleier trenger nødvendig kompetanse til å utøve faglig skjønn og individualisere pleien og behandlingen til den enkelte pasient (2015). Tveiten informerer om hvordan helsepedagogikk kan ses på som en strategi som er nødvendig for å bidra til empowerment, hvor en har to parter som er eksperter, sykepleier er ekspert på det faglige området, og pasienten ekspert på seg selv (2018, s. 246-247). Ifølge informantene i Lafortune et al. kan åpne spørsmål fra helsepersonell og ustrukturerte samtaler åpne for at pasientene forklarer hva som er viktig informasjon for helsepersonellet å vite. Pasientenes tidligere erfaringer ble også uttrykt av deltakerne som viktig informasjon for helsepersonellet. Ifølge Eide og Eide kan åpne spørsmål innebærer at svarmulighetene i mindre grad er styrt av sykepleier, noe som inviterer til utforskning av følelser, tanker og opplevelser (2017, s. 202).

Noen pasienter kan ha utfordringer med å kommunisere. Pasientene kan ha vansker med å huske detaljer om egen sykehistorie eller sette ord på egne behov og ønsker. Dette kan for eksempel være grunnet dårlig allmenntilstand eller kognitiv svikt som demens (Ranhoff, 2015, s. 228). Eide og Eide fremhever hvordan eldre med demens kan være urolige, noe som gjør sykepleiers evne til å utøve personorientert kommunikasjon, samt å gripe gyldne øyeblikk spesielt viktig (2017, s. 326). Dette underbygges av Hauken, hvor slike situasjoner medfører større krav til sykepleier (2018, s. 183). Erfaringer viser også at kommunikasjonen kan svekkes blant annet grunnet postoperative smerter, smertelindring, akutt forvirring og redusert allmenntilstand. Malmgren et al. bekrefter at kommunikasjonen postoperativt er utfordrende, og pasientene i studien var usikre på hvilken informasjon de hadde fått, hvem som hadde informert dem, og om de hadde forstått informasjonen riktig (2014). På bakgrunn av dette belyser Tveiten at det i empowermentprosessen ikke er nok med enveis formidling av fakta. Det er forskjell på gitt informasjon og mottatt informasjon (2018, s. 246). Sykepleier må dermed legge til rette for best mulige forutsetninger for god kommunikasjon, og videre forsikre seg at pasientene har mottatt informasjonen. Ved å velge riktig tidspunkt for informering, uten tidspress, skjermet mot forstyrrende sanseintrykk, samt at informasjonen er tilpasset den enkelte kan man bidra til at pasienten forstår hovedbudskapet (Ranhoff, 2015, s. 229). Dette blir også bekreftet av Eide og Eide, samt at en burde spør pasienten hvilken

informasjon de har behov for (2017, s. 218). Av erfaring sees det at gode rammer for kommunikasjon kan være utfordrende, da mange pasienter ligger på rom med andre eller på korridor. Likevel viser erfaringer at det som regel gjøres prioriteringer, hvor pasienter med en kognitiv svikt skjermes på eget rom.

5.3 BIDRA TIL AT PASIENTEN TAR ANSVAR FOR EGEN HELSE

Ifølge Langford et al. ønsket pasientene å være mest mulig selvstendige (2018). Erfaringer viser likevel varierende grad av motivasjon til å ta ansvar for egen helse. Deltakelse og selvstendighet er sentralt i empowerment, og ifølge Normann et al. er dette også sentralt i rehabilitering, men hva begrepene innebærer for den enkelte vil likevel variere (Normann et al., 2015, s. 48-50). Hvordan pasienten vil takle bedringsprosessen påvirkes av indre faktorer, som også kontinuerlig påvirkes av ytre miljømessige faktorer (Bredland et al., 2011, s. 107). Healee et al. støtter opp om dette, hvor bedringsprosessens start i sykehuset påvirkes av sykepleien som gis (2017). Erfaringer viser at hvordan sykepleier forholder seg til pasienten og vedkommens ressurser kan ha mye å si. Sykepleier kan bidra til at pasienten selv ser egne ressurser, og har en viktig rolle i å motivere pasienten til å ta ansvar for egen helse videre i forløpet. En må bidra til å skape et grunnlag hos pasienten før utskrivelse. Det salutogene perspektivet til Antonovsky handler om menneskets selvhelbredende krefter (Kristoffersen, 2016, s. 52). For å fremme empowerment er det viktig at sykepleier uttrykker at pasienten er ekspert på seg selv. Det vil si at pasienten sitter på kunnskap om hvordan noe oppleves, samt hvilke ønsker og behov de har (Tveiten, 2007, s. 38).

Å være aktiv var for flere pasienter en måte å ta kontroll over egen situasjon. De som hadde motivasjon og mestringstro, klarte å gjenopprette tidligere meningsfulle aktiviteter (Sims-Gould et al., 2017). En pasients mulighet til å delta og ta styring over egen bedringsprosess kan være en motiverende faktor. Det kan være demotiverende om en ikke føler en har kontroll over egen situasjon (Normann et al., 2015, s. 63). Studien av Gesar et al. konkluderer med at sykepleier må være oppmerksom på hva som fører til passivitet, og ta nytte av pasientens indre motivasjon (2017). Ved å hjelpe og mobilisere styrke hos den enkelte pasient, kan vedkommende lære å leve med nye funksjonsbegrensninger. Dermed kan pasienten mestre hverdagens nye utfordringer og likevel oppleve at de har kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s. 67). I rehabiliteringssammenheng kan begrepet mestring inkludere menneskets mentale strategier, evnen til å opprettholde individualitet og integritet, samt muligheten til å

håndtere praktiske og sosiale forhold (Normann et al., 2015, s. 54). Sykepleier kan dermed fremme mestring eksempelvis gjennom helsepedagogikk og god kommunikasjon. Samt ved å tilpasse pleien til den enkelte, fordi en da hjelper pasienten å bevare sin individualitet og integritet. Gjennom trening kan en også fremme mestring, da en styrker pasientens mulighet til å håndtere praktiske forhold.

Det blir fremhevet i flere av artiklene at personlige omstendigheter hos pasientene påvirker deltakelsen i pleien, og bedringsprosessen vil reflektere personlige holdninger og utgangspunkt (Healee et al., 2017; Malmgren et al., 2014). En utfordring er når pasienter har liten motivasjon til å arbeide aktivt for å mestre sin situasjon. Eide og Eide belyser at ved å imøtekomme pasientens behov for selvbestemmelse, kompetanse og tilknytning kan en styrke vedkommens indre motivasjon (2017, s. 56). Det betyr at sykepleier blant annet må imøtekomme pasientens behov for medvirkning, samt ta hensyn til individuelle utgangspunkt når en skal fremme empowerment. Malmgren et al. belyser at det er en risiko for at hoftebruddspasienter mottar lik pleie, uten at det reflekteres over individuelle behov hos den enkelte (2014). Videre bekrefter Gesar et al. at pasientene ble passive og endret oppfatningen av egne ressurser og egenskaper når alle mottok lik pleie (2017). Ved å utføre standardisert pleie, tar en ikke hensyn til og støtter opp om den enkeltes ressurser, noe som svekker pasientens selvhelbredende krefter og kontroll over egen helse. Sykepleien kan enten bidra til mestringstro og empowerment, eller motvirke dette. Det er usikkerhet om empowerment begrepet har relevans ovenfor ”svake” pasientgrupper, det vil kunne si mennesker med kognitiv svikt eller mennesker med begrensede ressurser (Askheim, 2012, s. 149-152). Gesar et al. belyser at sykepleien som gis må være personsentrert, da alle er unike og har ulikt utgangspunkt for å klare seg. Bredland et al. støtter opp om dette, da personer som mottar rehabilitering har ulik bakgrunn, ressurser og erfaringer, noe som fører til ulik håndtering av utfordrende situasjoner (2011, s. 107). Begrepet empowerment må tolkes som gjennomførbart i ulik grad til ulike pasienter. Dette støtter Tveiten opp om, da empowerment forutsetter ressurser i form av bevissthet og vilje til å ta kontroll. En må tenke at graden av medvirkning varierer. En dement pasient kan derfor bli empowered ved at vedkommende for eksempel gis mulighet til å være aktiv under påkledning (2018, s. 244).

Det er vist tidligere at aktivitet er viktig for bedringsprosessen. Gesar et al. viser til at pasientenes viktigste motivasjonsfaktor var å se frem til å komme tilbake til hverdagen (2017). I lys av dette kan sykepleier motivere ved å minne pasientene på at en skal arbeide

mot å komme tilbake til hverdagen igjen. Østerås og Helbostad fremhever videre hvor viktig det er at den fysiske treningen i form av aktivitetsform og mengde ikke fremkommer som overveldende og for utfordrende, da mestringsevner og motivasjonen vil reduseres. Det er viktig at den eldre kan utføre aktiviteter på en måte som er meningsfull for den enkelte (2016, s. 73). Her understrekes igjen viktigheten av individuelt tilpasset pleie. Sims-Gould et al. belyser at ved å oppmuntre pasienten til å engasjere seg i rehabiliteringsøvelser kan vedkommens innsats i rehabiliteringen øke. Pasientens funksjonsevne og livskvalitet kan også forbedres (2017). Ved å sette mål som betyr noe for den enkelte kan en fremme selvtillit, motivasjon og konsentrasjon (Østerås & Helbostad, 2016, s. 74). På bakgrunn av dette tolker jeg at et mål om selvstendighet ikke nødvendigvis betyr å klare fysiske oppgaver i hverdagen selvstendig, men at pasienten har muligheten til å utføre aktiviteter som er verdifulle. Normann et al. støtter også opp om muligheten til å ta egne valg og styre egen rehabiliteringsprosess som en motiverende faktor (2015, s. 63). Funnene i Gesar et al. viser at pasienter uttrykte et behov for bekreftelse på at de klarte seg bra, og at dette virket positivt på deres indre motivasjon. Dette viser at å gi pasientene bekreftelse er viktig for å fremme motivasjon og mestringsfølelse.

5.4 MØTE PASIENTENS BEHOV FOR PSYKOSOSIAL STØTTE

Begrepet OAS i det salutogene perspektivet bringer inn det psykiske, sosiale og det åndelige aspektet til problemstillingen, da oppgaveforfatters erfaring er at praktiske forhold og fysiske ferdigheter til hoftebruddspasienter blir prioritert. De psykososiale behovene som kan bidra til mestring kan da bli glemt. Bredland et al. skriver at de som har tro på egne muligheter til mestring og bedring, klarer dette i større grad enn andre (2011, s. 50). I Sims-Gould et al. understreker pasientene viktigheten av en positiv holdning (2017). Studien av Langford et al. bekrefter også dette, da pasientene så på egen personlighet og syn på livet som viktigst for bedringen (2018). Erfaringer viser at flere hoftebruddspasienter har liten tro på mestring. Da må sykepleier hjelpe pasienten å se situasjonen fra en positiv synsvinkel. Dette kan blant annet innebære at sykepleier gir informasjon, synliggjør muligheter og bidrar til å bearbeide sorg (Bredland et al., 2011, s. 52). Langford et al. belyser videre hvordan helsepersonell ble sett på som viktige forsørgere av fysisk aktivitet, motivasjon, oppmuntring og emosjonell støtte (2018). Dette viser at sykepleier har muligheten til å bidra til meningsfullhet og økt OAS hos pasientene. Eide og Eide informerer at ved å knytte en positiv betydning til situasjonen, viser man at man ser pasientens styrker, samt viser tillit til pasientens evner og

muligheter til å mestre situasjonen (2017, s. 239). Likevel viser studien til Langford et al. at pasientene i utgangspunktet hadde en positiv innstilling, men at de i løpet av sykehusoppholdet ble mer passive. På bakgrunn dette, vises det at helsepersonell i stor grad påvirker pasientenes mestringstro og synspunkt.

Studien av Langford et al. viste også at pasientene ble overrasket over hvor lang bedringsprosessen var, og at dette førte til demotivasjon. Noen erkjente at de måtte justere forventningene sine (2018). Dette understøtter også informantene i Healee et al., hvor helsepersonell burde forklare pasientene de psykiske aspektene av bedringsprosessen. Eksempelvis hvor lang tid den kan ta, tilpasningene en blir nødt til å gjøre, hvordan dette kan påvirke vedkommende, samt hva en kan forvente. Dette kan øke selvtilliten til pasientene etter utskrivelse (2017). Graden av motivasjon og mestringfølelse vil kunne variere under hele bedringsforløpet. Sykepleier har da ansvar for å hjelpe pasienten å tilpasse sine forventninger, samt å tilpasse seg situasjonen til tross for de nye begrensningene. Dette innebærer justeringer av forventninger om hva som er realistiske mål. God helse beskrives av Antonovsky som evnen til tilpasning (Kristoffersen, 2016, s. 52). Normann et al. belyser likevel at dette er en fin balansegang. Dersom pasientens egne ønsker og mål blir sett på som urealistiske eller ikke støttes kan en redusere personens motivasjon, innsats og mestringstro (2016, s. 68).

6 AVSLUTNING

Hensikten med denne litteraturstudien var å løfte frem hvilke faktorer som kan bidra til mestring i det postoperative forløpet hos hoftebruddspasienter. Det er lagt fokus på samhandlingen mellom pasient og sykepleier, og hvordan sykepleieren kan bruke pasienterfaringer fra artiklene i sin yrkesutøvelse. Oppsummert viser oppgaven at bedringsprosessen er unik. Derfor er sykepleier nødt for å tilpasse pleien som gis, da pasienten vil respondere og styre bedringsprosessen på egen måte. Det salutogene perspektivet handler om å styrke menneskets selvhelbredende krefter, slik at vedkommende beveger seg i retning av helse. Ved å gi standardisert pleie tas det ikke hensyn til individuelle forskjeller og den enkeltes ressurser blir ikke styrket. Ved å fokusere på pasientenes individuelle forskjeller og ressurser, i stedet for å behandle vedkommende som hjelpetrengende, kan sykepleier bidra til mer selvstendighet. Det er viktig å ta i betraktning individuelle forutsetninger i empowermentprosessen, men at helsepersonell likevel kan bidra til å styrke pasientens forutsetninger. Deltakelse er viktig i empowerment, og deltakelse kan fremmes ved å ha en positiv holdning. En positiv synsvinkel kan smitte over på pasienten.

Det understrekes også at pasientene har et behov for medvirkning og personsentrert pleie, og da er sykepleiers egenskaper til å fremme medvirkning i kommunikasjon sentralt. Aktiv medvirkning forutsetter god informasjon og motivering. Sykepleier kan fremme medvirkning ved å tilpasse informasjonen, være oppmerksom på egen væremåte, kommunikasjonsteknikk og non-verbal kommunikasjon. Å spørre pasienten hvor mye vedkommende ønsker å medvirke i pleien ble sett på som positivt. For å fremme mestring er også helhetlig pleie nødvendig. Herunder kan det nevnes viktige momenter, som at sykepleier tar stilling til andre forhold som kan sinke bedringsprosessen, pasientens videre behov etter utskrivelse, samt vedkommens psykososiale behov. Å ta stilling til pasientens psykiske behov er minst like viktig som fysiske behov, da mestring handler om å endre følelser slik at en gjenoppretter mening og sammenheng i livet.

REFERANSELISTE

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bentzen, H., & Domaas, K. (2015). *Trenger oppfølging etter hoftebrudd*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/pasientforlop-mellom-sykehus-og-kommune>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Grønseth, R. (2015). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 273-338). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide*. Maidenhead: Open University Press.
- Bratås, O. (2016) Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I G. Haugan, & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (1. utg., s. 278-291). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brændvik, S. M., & Thingstad, P. (2016). Fysioterapi ved ortopediske tilstander/lidelser. I J. L. Helbostad, R. Granbo, & H. Østerås (Red.), *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre* (2. utg., s. 277-318). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Davenport, S. J., Arnold, M., Hua, C., Schenck, A., Batten, S., & Taylor, N. F. (2015).

Physical activity levels during acute inpatient admission after hip fracture are very low. *Physiotherapy Research International*, 20(3), 174-181. doi: 10.1002/pri.1616

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet 4. april 2018 fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Folkehelseinstituttet. (2014, 4. oktober). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 20. mars 2018 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Gesar, B., Hommel, A., Hedin, H., & Bååth, C. (2017). Older patients' perception of their own capacity to regain pre-fracture function after hip fracture surgery – an explorative qualitative study. *International Journal Of Orthopaedic & Trauma Nursing*, 24, 50-58. doi:10.1016/j.ijotn.2016.04.005

Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønneøy, I., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelsesapparatet. I D. G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utg., s. 169-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hauken, M. A. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 179-200). Bergen: Fagbokforlaget.

Healee, D. J., McCallin, A., & Jones, M. (2017). Restoring: How older adults manage their recovery from hip fracture. *International Journal Of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 26, 30-35. doi:10.1016/j.ijotn.2017.03.001

Hektoen, L. F. (2014). *Kostnader ved hoftebrudd hos eldre*. Hentet 31. januar 2018 fra

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Folkehelsearbeid%20i%20kommunen/Kostnader-ved-hoftebrudd-hos-eldre.pdf>

- Helbostad, J. L. (2016). Forebygging av funksjonstap og falltendens. I J. L. Helbostad, R. Granbo, & H. Østerås (Red.), *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre* (2. utg., s. 111-144). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helbostad, J. L., & Granbo, R. (2016) Fysioterapi til den geriatriske pasienten. I J. L. Helbostad, R. Granbo, & H. Østerås (Red.), *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre* (2. utg., s. 169-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2017, 30. august). *Stress og mestring*. Hentet 2. februar 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1392/Stress%20og%20mestring%20IS-2655.pdf>
- Hommel, A., & Bååth, C. (2016). A national quality registers as a tool to audit items of the fundamentals of care to older patients with hip fractures. *International Journal Of Older People Nursing*, 11(2), 85-93. doi:10.1111/opn.12101
- Kirkevold, M. (2015). Personsentrert og individualisert sykepleie: Sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 106-121). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom: Utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug, & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 29-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lafortune, C., Elliott, J., Egan, M. Y., & Stolee, P. (2017) The Rest of the Story: A qualitative study of complementing standardized assessment data with informal interviews with older patients and families. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 10(2), 215–224. doi: 10.1007/s40271-016-0193-9
- Langford, D., Edwards, N., Gray, S. M., Fleig, L., & Ashe, M. C. (2018). “Life Goes On.” Everyday tasks, coping self-efficacy, and independence: Exploring older. *Qualitative Health Research*, Epub ahead of print. doi: 10.1177/1049732318755675.
- Langford, D. P., Fleig, L., Brown, K. C., Cho, N. J., Frost, M., Ledoyen, M., . . . Ashe, M. C. (2015). Back to the future— Feasibility of recruitment and retention to patient education and telephone follow-up after hip fracture: A pilot randomized controlled trial. *Patient Preference and Adherence*, 22(9), 1343–1351. doi:10.2147/PPA.S86922
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malmgren, M., Törnvall, E., & Jansson, I. (2014). Patients with hip fracture: Experiences of participation in care. *International Journal Of Orthopaedic & Trauma Nursing*, 18(3), 143-150. doi:10.1016/j.ijotn.2013.08.017
- Nasjonalt kvalitetsregister. (u.å.a) *Resultater fra Nasjonalt Hoftebruddsregister publisert i 2017*. Hentet 24. januar 2018 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/525/resultater/919>
- Nasjonalt kvalitetsregister. (u.å.b) *Kvalitetsforbedring fra Nasjonalt Hoftebruddsregister publisert i 2017*. Hentet 24. januar 2018 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/nasjonalt-hoftebruddregister/kvalitetsforbedring>
- Normann, T., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2015) *Om rehabilitering: Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Olsson, A. B. S., & Vågan, A. (2015, 21. desember). *Mestring*. Hentet fra

<https://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet 28.

Januar fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)

[brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)

Ranhoff, A. H. (2015). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H.

Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 225-237). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Romøren, T. I. (2015). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H.

Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sims-Gould, J., Stott-Eveneshen, S., Fleig, L., McAllister, M., & Ashe, M. C. (2017). Patient

perspectives on engagement in recovery after hip fracture: A qualitative study.

Journal of Aging Research, Epub ahead of print. doi: 10.1155/2017/2171865

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille*

motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorsen, K. (2015). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.),

Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (2. utg., s. 58-72). Oslo:

Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker: Om veiledning i empowermentprosessen*.

Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i

helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende*

sykepleie: I teori og praksis (2. utg., s. 237-258). Bergen: Fagbokforlaget.

Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk

perspektiv. *Tidsskriftet*, 124, 65-6. Hentet fra

<http://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmenntedisinsk-perspektiv>

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Hentet 29. januar 2018 fra <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>

Wyller, T. B. (2016). Den gamle pasienten. I J. L. Helbostad, R. Granbo, & H. Østerås (Red.), *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre* (2. utg., s. 145-168). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Østensvik, E. (2013). Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie - Sykepleieboken 3* (2. utg., s. 712-777) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Østerås, H., & Helbostad, J. L. (2016). Fysisk aktivitet og trening som helsefremming, forebygging og behandling. I J. L. Helbostad, R. Granbo, & H. Østerås (Red.), *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre* (2. utg., s. 61-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG 1 – SØKETABELLER

«Life goes on.» Everyday tasks, coping self-efficacy, and independence: Exploring older adults' recovery from hip fracture (Langford et al., 2018)

PubMed	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Hip fracture		38 705 treff
S2	S1	Siste 5 år	9 603 treff
S3	S2 AND self-efficacy		34 treff

Studien kom opp som nr. 1.

Older patients' perception of their own capacity to regain pre-fracture function after hip fracture surgery – an explorative qualitative study (Gesar et al., 2017).

PubMed	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Hip fracture		38 705 treff
S2	S1 AND patient-centered care		47 treff
S3	S2 AND qualitative research		6 treff

Studien kom opp som nr. 3.

The Rest of the Story: A Qualitative Study of Complementing Standardized Assessment Data with Informal Interviews with Older Patients and Families (Lafortune et al., 2017).

PubMed	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Hip fracture		38 705 treff
S2	S1 AND qualitative study		145 treff
S3	S2 AND mapping		0 treff
S4	S2 AND assessment		39 treff

S5	S4 AND individual care		20 treff
----	------------------------	--	----------

Studien kom opp som nr. 2.

Patients with hip fracture: Experiences of participation in care (Malmgren et al., 2014).

CINAHL	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Hip fracture		6 639 treff
S2	S1 AND inpatient	2013-2016	170 treff
S3	S2 AND participation		4 treff

Studien kom opp som nr. 1.

Restoring: How older adults manage their recovery from hip fracture (Healee et al., 2017).

CINAHL	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Hip fracture		6 639 treff
S2	S1	2015-2016	1 125 treff
S3	S2 AND recovery		75 treff
S4	S3 AND confidence		24 treff
S5	S4 OR self-beliefs		25 treff

Studien kom opp som nr. 2.

Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study (Sims-Gould et al., 2017).

ProQuest – Advanced Search	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Hip fracture		150 645 treff
S2	S1 AND recovery		30 867 treff
S3	S2 AND patient perspectives		12 968 treff
S4	S3	2016-2018	1 398 treff

S5	S3	2017-2018	708 treff
S6	S5 AND qualitative study		316 treff
S7	S6 AND experience		299 treff
S8	S7 AND hospital discharge		138 treff
S9	S8	Dokumenttype til artikler	44 treff

Studien kom opp som nr. 3.

Jeg har også brukt andre søkeord på let etter studier, blant annet hip surgery, mastering, rehabilitation, mobility, education, empowerment, coping, information, quantitative study.

VEDLEGG 2 – RESULTATTABELL

Artikkel	Hensikt	Metode og utvalg	Resultat	Styrker og svakheter
Langford et al. (2018). «“Life Goes On.” Everyday Tasks, Coping Self-Efficacy, and Independence: Exploring Older Adults’ Recovery From Hip Fracture»	Beskrive pasienters og helsepersonells oppfatning av den tidlige bedringsprosessen etter hoftebrudd (<4 måneder).	Studien er en del av en tidligere pilotstudie. Det er en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju, som undersøkte oppfatningen av den tidlige postoperative fasen. Det ble blant annet intervjuet 23 pasienter over telefon 4 måneder etter hoftebruddet. Gjennomsnittsalderen var 82 år.	Resultatene viste at rehabiliteringsintervensjonen gav verdifull informasjon til videre gjennomføring. Ulike tema om opplevelsen av bedring etter hoftebrudd kom fram. Dette var blant annet fysiske begrensninger og tap av selvstendighet, lang bedringsprosess, håndtering av å leve med ytterligere kroniske sykdommer. De eldre hadde behov for sosial støtte og fysisk aktivitet, balansert av egne personlige holdninger.	Styrker: Det er flere intervjuere med ulik erfaring innen bedring etter hoftebrudd, hvor en av dem ikke hadde noe klinisk erfaring innen feltet. På denne måten har studien redusert risikoen for partiskhet. Svakheter: Intervjuene ble utført over telefon, hvor en ikke får like god oversikt over pasientens situasjon som en ville fått om en for eksempel reiste hjem til pasienten.
Gesar et al. (2017). «Older patients’ perception of their own capacity to regain pre-fracture function after hip fracture	Hensikten med studien var å utforske friske eldre sin oppfatning av egen kapasitet til å gjenvinne tidligere funksjoner i den akutte postoperative fasen etter hoftebrudd.	Studien er kvalitativ og baseres på semistrukturerte intervju utført 2-5 dager postoperativt. Totalt 30 deltakere med gjennomsnittsalder 82,5 år. Inklusjonskriterier var at pasienten var over	Resultatene viste at deltakernes oppfatning var å ende opp i en ny situasjon med eller uten kontroll. Pasientene hadde i utgangspunktet vært positive, og hadde tro på at ingenting ville endres. Derimot ble de passive og usikre i løpet av sykehusoppholdet, hvor de	Styrker: Ved å bruke semistrukturerte intervju kan en være tryggere på at en ikke utelukker noen tema som pasientene mener er viktige. Deltakerne bestod av 27 kvinner og 3 menn, noe som også er representativt for

<p>surgery – an explorative qualitative study»</p>		<p>65 år, klassifiseres i ASA-skalaen som 1 (frisk) eller 2 (mild kronisk sykdom), ingen kognitiv svekkelse og snakket svensk.</p>	<p>måtte tilpasse seg avdelingens rutiner og kultur.</p>	<p>kjønnsfordelingen ved hoftebrudd. Svakheter: Intervjuene ble kun utført av en intervjuer, som kan føre til en risiko for at noe innhold i samtalene kan ha blitt gått glipp av.</p>
<p>Lafortune et al. (2017). «The Rest of the Story: A Qualitative Study of Complementing Standardized Assessment Data with Informal Interviews with Older Patients and Families»</p>	<p>Hensikten var å identifisere informasjon som ikke fremkommer i standardiserte evalueringer, men som hoftebruddspasienter og pårørende ser på som viktige.</p>	<p>Den kvalitative studien baseres på data fra 29 semistrukturerte intervjuer relatert til blant annet 8 pasienter. Gjennomsnittsalder 84 år. Pasientene ble intervjuet ved alle overganger. Funnene ble deretter presentert i fokusgrupper med eldre og pårørende som ikke hadde gjennomgått et hoftebrudd.</p>	<p>I resultatene kom tre hovedkategorier fram som ikke ble dekket i den standardiserte evalueringen. Familie eller andre pårørendes betraktninger, innsikt i helsetjenester, og pasientens holdninger og erfaringer med helsetjenesten. Fokusgruppen inkludert i studien understreket også viktigheten av åpne spørsmål og å ha en pasientsentrert måte å gjennomføre vurderinger på.</p>	<p>Styrker: Deltakerne ble intervjuet ved alle overgangene etter hoftebruddet. Dette bidrog til å undersøke omsorgsovergangene fra flere perspektiver med fokus på forståelse og bruk av helseinformasjon. Svakheter: Studien inkluderer få pasienter. I tillegg var pasientene og deltakere i fokusgruppen begrenset til kun engelskspråklige. Ved å inkludere flere ulike grupper av mennesker ville studien kunne gitt ekstra innsikt.</p>

<p>Malmgren et al. (2014). «Patients with hip fracture: Experiences of participation in care»</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive pasienters erfaring med deltakelse under sykehusopphold for hoftebrudd.</p>	<p>Den kvalitative studien samlet data gjennom intervju ved utskrivelsen fra sykehuset eller rett etter utskrivelsen. Studien inneholdt 11 deltakere som kom fra egne hjem. Gjennomsnittsalderen var 82 år.</p>	<p>Resultatene viste at deltakelsen til pasientene i pleien ble påvirket av tre faktorer. Pasientens personlige omstendigheter, behov og ønsker. Personalets respons til deres individuelle behov. Samt å måtte tilpasse seg helsesektoren og avdelingens struktur og rutiner.</p>	<p>Styrker: Risikoen for forutinntatte meninger ble redusert, da intervjuene ble gjort av to personer, en med erfaring fra ortopedi, og en uten erfaring innen dette spesifikke feltet.</p> <p>Svakheter: Deltakerne var kun fra en enkelt avdeling, og det kan være mulig resultatene ville vært annerledes om deltakere fra flere avdelinger ble inkludert. Likevel er resultatene lignende tidligere publisert forskning, og vil derfor trolig være overførbart til flere avdelinger.</p>
<p>Healee et al. (2017). «Restoring: How older adults manage their recovery from hip fracture»</p>	<p>Å beskrive bedringsprosessen fra perspektivet til eldre som har gjennomgått et hoftebrudd, og finne ut hvordan de klarte dette.</p>	<p>Studien er kvalitativt, basert på semistrukturerte intervju av 16 deltakere. Deltakerne var mellom 70 og 92 år, og hadde gjennomgått et hoftebrudd fra 3 måneder til 22 år før deltakelse i studien. Dataene baseres på 21</p>	<p>Resultatene viste at den eldre sin personlige bedringsprosess startet på sykehuset så snart pasienten gjenvinner fysisk funksjon, spesielt mobilitet. Fra dette tidspunktet vil pasienten respondere på helsepersonells instruksjoner på mange måter. Responsen til helsehjelpen kommer an på pasientens livsfase og erfaringer til å imøtekomme</p>	<p>Styrker: Studieforfatter belyser selv svakhet i studien.</p> <p>Svakheter: Deltakeruttaket var begrenset. Pasienter med hoftebrudd som kommer fra sykehjem er blant annet ikke inkludert.</p>

		intervju på mellom 60-90 minutter.	de ulike forventningene satt til dem. Dette er forventninger fra helsepersonell, sosialt nettverk og deres egne holdninger. Eldre gjenopprettet videre sine tidligere funksjoner ved å kontinuerlig balansere gjenopprettingen av fysisk og sosial funksjon med å gjenopprette vanlig psykososial atferd i ulike kontekster.	
Sims-Gould et al. (2017). «Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study»	Å forstå eldre sitt engasjement og erfaring i egen bedringsprosess og rehabilitering etter fall relatert hoftebrudd.	Studien brukte en kvalitativ metode, hvor det ble utført semistrukturerte intervju over telefon, 6 og 12 måneder etter rekruttering til studien. Resultatene baseres på 45 eldre over 65 år som hadde gjennomgått et hoftebrudd i løpet av de siste 12 månedene.	Funnene i studien reflekterer eldre sin forventning til bedringsprosessen etter hoftebrudd. Det kom frem tre hovedtema: 1) Håndtere forventninger, 2) engasjere seg i fysisk aktivitet, og 3) det er et liv etter bruddet. Resultatene viste hvordan eldre sine forventninger til bedringsperioden sammenlignet med deres erfaringer og fysisk aktivitets rolle i livet deres, påvirket evnene til å gjenopprette aktiviteter som de utførte før bruddet.	Styrker: Studien har en relativt stor deltakergruppe. Funnene underbygges med tidligere studier. Svakheter: Det ble ikke tatt lydopptak av intervjuene, noe som kan ha ført til forutinntatte meninger når intervjuene skal analyseres kun ut fra notater. Deltakerne var også veldig aktive, noe som kan ha ført til at deltakernes erfaringer ikke representerer den typiske hoftebruddspasient.