



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

«Korleis motivere pasientar med lårhalsbrot til trening»

“How to promote motivation for exercise in patients
after femoral neck fracture”

Kandidatnummer 239

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Campus Førde

Innleveringsdato: 09.06.2023 kl. 14:00

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: «Korleis motivere pasientar med lårhalsbrot til trening»

Bakgrunn: Lårhalsbrot er rekna som det nest hyppigaste beinbrotet i Norge, med førekomst på mellom 8000-9000 brot årleg. Fleire får tildelt plass på rehabiliteringsavdeling ved ein sjukeheim for trening. Dokumentarprogrammet «Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører» publiserte i januar 2023 ein episode om eldreomsorg på sjukeheim, som viste brot mellom teori og praksis. Men korleis opplever pasientane sjukeheimsopphaldet og kva er viktig for dei?

Problemstilling: Korleis fremje motivasjon til trening hos pasientar etter hoftebrot. Eg avgrensar problemstilling til å gjelde pasientar over 65 år på rehabiliteringsopphald ved sjukeheim etter lårhalsbrot.

Metode: Oppgåva nyttar litteraturstudie som metode. Forskingsartiklar er henta gjennom systematisk søk i relevante databaser.

Funn: Pasientar opplev at nærvær eller fråvær av relasjon og tillit, pasientinformasjon og meistring har betydeleg innverknad på motivasjonen til trening. Kompetanse og ressursar er også faktorar som påverkar motivasjon til trening.

Konklusjon: Rehabilitering er eit samarbeid mellom helsepersonell og pasienten, og krev gjensidig innsats. Grunnleggande for å legge til rette for eit godt samarbeid er å skape ein god relasjon og tillit. Pasientinformasjon og fremjing av meistring er for mange pasientar viktig for å handtere skaden og styrkar motivasjonen til trening. Kompetanse og ressursar er også avgjerande for å gi pasientar god oppfølging, og har for mange også ein direkte påverknad på motivasjonen til trening.

Nøkkelord: Lårhalsbrot, rehabilitering, sjukeheim, motivasjon til trening

Abstract

Topic: “How to promote motivation for exercise in patients after femoral neck fracture”

Background: Femoral neck fracture is the second most frequent bone fracture in Norway, with 8000-9000 fractures each year. Several gets assigned for a short stay at a nursing home for exercise. The documentary “Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører” published an episode concerning elderly care at nursing homes in January 2023, which showed a gap between theory and practice. But how do the patients experience the short stay and what do they find important?

Thesis statement: How to promote motivation for exercise in patients after hip fracture. The thesis statement applies to patients over 65 years old in short stay at nursing home after femoral neck fracture.

Method: Literature study has been used as method. Research articles have been obtained through systematic searches at adequate databases.

Findings: Patients experience that presence or absence of trust and a good relation, patient information and coping have had significantly impact on motivation for exercise. Competence and resources also have effect on motivation for exercise.

Conclusion: Rehabilitation is a teamwork between the healthcare worker and the patient, which require mutual efforts. To facilitate a good teamwork, it is essential to create trust and a good relation. Patient information and promoting coping are important in the handling of the situation and support motivation to exercise. Competence and resources are also a crucial part in giving the patient a good follow-up, and for many this also has direct impact on the motivation for exercise.

Keywords: Femoral neck fracture, rehabilitation, nursing home, motivation for exercise

Innholdsliste

| | |
|-------------------------------------------|----|
| 1. Innleiing | 1 |
| 1.1. Bakgrunn for val av tema..... | 1 |
| 1.2. Problemstilling med avgrensing | 1 |
| 2. Teori | 1 |
| 2.1. Lårhalsbrot..... | 2 |
| 2.2. Rehabilitering | 2 |
| 2.3. Sjukeheim | 3 |
| 2.4. Tillit og relasjon | 4 |
| 2.5. Motivasjon | 4 |
| 2.6. Pasientinformasjon..... | 6 |
| 2.7. Meistring..... | 6 |
| 3. Metode | 7 |
| 3.1. Litteraturstudie..... | 7 |
| 3.2. Søkeprosess | 8 |
| 3.3. Val av anna litteratur | 8 |
| 3.4. Kjeldekritikk | 9 |
| 4. Funn frå forskingsartiklar | 10 |
| 4.1. Forsking 1..... | 10 |
| 4.2. Forsking 2..... | 11 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.3. Forsking 3..... | 11 |
| 4.4. Forsking 4..... | 12 |
| 4.5. Forsking 5..... | 12 |
| 4.6. Forsking 6..... | 13 |
| 4.7. Forsking 7..... | 13 |
| 5. Drøfting..... | 14 |
| 5.1. Tillit og relasjon sin betydning for motivasjon til trening | 14 |
| 5.2. Pasientinformasjon sin betydning for motivasjon til trening | 16 |
| 5.3. Meistring sin betydning for motivasjon til trening | 18 |
| 5.4. Kompetanse og ressursar sin betydning for motivasjon til trening | 21 |
| 6. Avslutning | 24 |
| 7. Litteraturliste | 25 |
| 8. Vedlegg | 27 |
| 8.1. Vedlegg 1: PICO | 27 |
| 8.2. Vedlegg 2: Søketabell | 31 |
| 8.3. Vedlegg 3: Litteraturmatrise..... | 35 |

1. Innleiing

Lårhalsbrot er det nest hyppigaste beinbrotet i Norge, med ein førekomst på mellom 8000-9000 brot kvart år (Langeland et al., 2019, s. 486). Omlag 30 prosent av heimebuande eldre har minst eit fall årleg, og dei vanlegaste beinbrota etter fall hos eldre er brot i handledet, hofta og ryggen (Grønsløth et al., 2020, s.169-170). Fleire får lårhalsbrot og tildelast korttidsopphald ved rehabiliteringsavdeling på sjukeheim. Dokumentarprogrammet til NRK «Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører» publiserte i januar 2023 ein episode om eldreomsorg på sjukeheim, som skapa reaksjonar hos sjåarane (Hernæs, 2023). Dette gjorde meg interessert i å undersøke nærmare korleis rehabiliteringspasientar med lårhalsbrot opplever sjukeheimopphaldet og kva som er har vore verdifullt.

1.1. Bakgrunn for val av tema

I ein sjukepleiarkarriere vil ein mest truleg møte pasientar som har gjennomgått eller som gjennomgår lårhalsbrot. Difor ynskjer eg å fordjupe meg i korleis eg best kan møte og ivareta denne pasientgruppa. Gjennom sjukeheimspraksisar fekk eg inntrykk av at rehabiliteringspasientar kunne bli nedprioritert, og i ei hektisk vakt vart det ikkje alltid avsett tid til trening. Dessutan opplevde eg at fleire helsepersonell kunne overta enkelte oppgåver, som rehabiliteringspasienten kunne utført på eigenhand. «Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører» sin episode om eldreomsorg på sjukeheim, viste at det i arbeidskvardagen kan oppstå gap mellom teori og praksis (Hernæs, 2023). Med plan om å starte karrieren på ein sjukeheim, ser eg på tematikken som høgst aktuell.

1.2. Problemstilling med avgrensing

Korleis fremje motivasjon til trening hos pasientar etter hoftebrot. Oppgåvas problemstilling er avgrensa til å gjelde pasientar over 65 år på rehabiliteringsopphald ved sjukeheim etter lårhalsbrot.

2. Teori

I teoridelen presenterast teori om lårhalsbrot, rehabilitering og sjukeheim. Så blir det gjort greie for relasjon og tillit, pasientinformasjon, meistring og motivasjon. Dette er emne med relevans for motivasjonsarbeidet, og grunnleggjast yttereligare i drøftedelen.

2.1. Lårhalsbrot

Lårhalsbrot er brot i sjølve lårhalsen, og er det nest hyppigaste brotet hos eldre i Noreg. Lårhalsbrot oppstår ofte ved fall innandørs på flatt golv, og ville sjeldan gitt beinbrot ved normal beinstyrke (Langeland et al., 2019, s. 486). Skaden behandlast kirurgisk, ofte ved innsetting av hemiprotese. Det kunstige leddhovudet erstattar det ekte, som ofte dør grunna sterkt redusert blodforsyning (Langeland et al., 2019, s. 487). Leddhovudet får mesteparten av blodforsyninga via blodårer langs lårhalsen, som ofte blir skada ved lårhalsbrot (Sand et al., 2019, s. 268). Dersom det ikkje føreligg spesielle forhold, kan pasienten ha fri belastning postoperativt. Tidleg mobilisering er viktig, då særleg eldre raskt kan tape funksjon (Langeland et al., 2019, s. 487).

2.2. Rehabilitering

Innan helsetenesta betyr rehabilitering innsatsen saman med pasienten for å styrke funksjonsevne etter sjukdom eller skade (Romsland et al., 2022, s. 11). Noreg har lovverk som støttar rehabiliteringspasientens rettar, deriblant Helse- og omsorgstenestelova og Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. Det poengterast at kommunen er ansvarleg for å tilby rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2). Desse tenestene skal omfatte eit samla tverrfagleg rehabiliteringstilbod (Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, 2011, §5).

Sjukepleiarens rehabiliterande funksjon skal fremje mest mogleg sjølvstende hos pasienten snarast råd (Romsland et al., 2022, s. 63). Retningslinjene seier at sjukepleiaren skal arbeide helsefremjande og sjukdomsførebyggande (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Eit sentralt omgrep er ADL, og er daglege gjeremål for å ivareta seg sjølv og eiga helse (Romsland et al., 2022, s. 30). I rehabilitering etter hoftebrot burde pasienten oppnå sin opphavlege ADL-funksjon, om mogleg (Ranhoff et al., 2020, s. 531). Difor er det viktig at personar med fare

for sviktande funksjonsnivå, utøver aktivitetar sjølv for å oppnå større sjølvstende og unngå å bli meir hjelpetrengande (Romsland et al., 2022, s. 63).

Tidleg mobilisering og støtte til trening i dagleglivets funksjonar er viktig ved lårhalsbrot. Første dag postoperativt mobiliserast pasienten opp i ståande stilling og går nokre skritt. Dei neste to vekene går til gangtrening og ADL-trening. Spreke pasientar utfører styrketrening av store muskelgruppene, utanom rundt den skada hofta. Andre veke til 12 veke fortset pasienten gangtrening og ADL, samt styrketrening av store muskelgrupper utanom rundt den skada hofta. Etter 12 veka og fram til eitt år prioriterast styrketrening også av den skada hofta, samt andre store muskelgrupper og balansetrening. Styrketrening og balansetrening bør trenast for vedlikehald, minst to gongar i veka etter eitt år (Ranhoff et al., 2020, s. 532).

2.3. Sjukeheim

Sjukeheim er eit institusjonelt helsetenestetilbod som skal ivareta eldre som ikkje klarar seg med hjelp frå familie og heimebaserte helsetenester (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 263). Tverrprofesjonell praksis er sentralt og fleire profesjonar samarbeider på tvers, for å styrke pasientens funksjonsevne (Romsland et al., 2022, s. 80). Sjukepleiarar utøver rehabiliteringsarbeid saman med helsepersonell som ergo- og fysioterapeutar (Romsland et al., 2022, s. 12). Sjukepleiaren må vite kva treningsprogram fysioterapeuten har, og korleis dette kan følgast opp i kvardagen gjennom daglegdagse aktivitetar (Romsland et al., 2022, s. 33). Dessutan skal sjukepleiaren halde seg oppdatert om forskning og ny kunnskap, som skal nyttast i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Dei siste tiåra har kommunanes primærhelseteneste fått fleire oppgåver som også er meir samansette og fagleg kompliserte. Manglande ressursar og kompetanse, skapar store utfordringar (Braut & Aarheim, 2020, s. 135). Det kan vere krevjande å gi tilstrekkeleg tilbod frå eit tverrfagleg rehabiliteringsteam på sjukeheimar med få rehabiliteringsplassar. Fleire manglar tilstrekkeleg fysio- og ergoterapeuttilbod, som aukar ansvaret til rehabiliteringssjukepleiaren (Romsland et al., 2022, s. 19). «Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører» nytta skjult kamera for å vise sjukeheimkvardagen. Klippa viste mellom anna ein pasient som gjekk timesvis med urein bleie, og utføring av tvang utan tvangsvedtak. To

sjukepleiar frå sjukeheimen har i etterkant fortalt at faktorar som tidspress og mangel på ressursar, resulterte i ufullførte tiltak (Hernæs, 2023).

2.4. Tillit og relasjon

Innan helsetenesta betyr relasjon forhold, kontakt eller ein forbinding mellom menneske. Det kan eksempelvis vere forholdet helsepersonell og pasient (Eide & Eide, 2019, s. 17). Tillit er grunnleggande i mellommenneskeleg kommunikasjon, og inneberer å gi frå seg makt, sleppe kontrollen og ta ein risiko (Eide & Eide, 2019, s. 26). Pasienten viser tillit til helsepersonell på bakgrunn av ønsket om hjelp, og at helsepersonell vil dei vel og har kompetanse (Eide & Eide, 2019, s. 27). Som helsepersonell skal ein opptre profesjonelt og vise fagleg kompetanse, og kommunikasjonen skal stå i samanheng med yrkesrolla som hjelpar (Eide & Eide, 2019, s. 32).

Teoretikaren Joyce Travelbee såg relasjonen mellom sjukepleiar og pasienten som terapeutisk og likeverdig. Ho var kritisk til nemninga «sjukepleiar» og «pasient», da dette stimulerte til stereotypiske rolleoppfatninga (Eide & Eide, 2019, s. 364). Kommunikasjon gir eit menneske-til-menneske-forhold som realiserer sjukepleiarens føremål. Føremålet er å hjelpe pasienten til å unngå eller meistre opplevinga av sjukdom og liding, og finne meining i situasjonen (Eide & Eide, 2019, s. 365 - 366). Sjukepleiar- pasient-forholdet omfattar fem fasar; det innleiande møtet, framvekst av identitetar, empati, sympati og gjensidig forståing og kontakt (Eide & Eide, 2019, s. 367). Den siste fasa pregast av gjensidig tillit der prosessen opplevast som meiningsfull og viktig for begge (Eide & Eide, 2019, s. 368). Dei fem fasane omhandlar i stor grad å sette seg inn i pasientens situasjon, anerkjenne vedkommande som eit unikt individ, og oppnå forståing for kvarandre sine kjensler og perspektiv. Slik opprettast ein god relasjon som styrkar samarbeid, noko som er viktig i rehabiliteringsarbeidet.

2.5. Motivasjon

Motivasjon har latinsk opphav og betyr å bevege eller sette i rørsle. Motivasjon stimulerer den enkelte til å ta grep om ein situasjon der det er nødvendig. Ved motivasjon nyttar vedkommande egne ressursar, trenar seg opp og gjennomfører endringar for å betre helsa

(Eide & Eide, 2019, s. 18). I rehabilitering utarbeideidast ein sjukepleieplan og rehabiliteringsplan. Sjukepleieplan knytast til yrkesutøvinga til sjukepleiaren, medan rehabiliteringsplanen er tverrfagleg og treng innsats frå alle faginstansane i det tverrfaglege teamet. Begge planane følger innsatsområda mål, tiltak og evaluering (Romsland et al., 2022, s. 70). Måla bør vere spesifikke, målbare, aktivitetsrelaterte, realistiske og relevante, og tidsavgrensande. Dei skal utarbeidast med pasienten, og vere etter pasientens ynskje. Måla skal dessutan vere individuelle, ha verdi for pasienten og vere framtidsretta. Målsetting kan motivere og skape håp for pasienten (Romsland et al., 2022, s. 71).

God profesjonell kommunikasjon er personorientert, motiverande og har eit helsefremjande føremål. Personorientert kommunikasjon omfattar å sjå heile mennesket med ibuande ressursar og moglegheiter, eigne verdiar, prioriteringar, ynskjer og mål for eiga helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2019, s. 16). Motiverande kommunikasjon skal fremje mottakaren til å nytte eigne ressursar, opptrening og gjennomføre nødvendige endringar for helsa (Eide & Eide, 2019, s.18). Kommunikasjonen med helsefremjande føremål bidreg til meistring og betring for den enkelte (Eide & Eide, 2019, s. 17). Slik kommunikasjon kan gjere til at pasienten føler seg sett, får tru på eigne evner og opplever større grad av meistring. Dette vil kunne fremje motivasjon til trening hos pasient med lårhalsbrot.

Sjølvrådteorien til Edward Deci og Richard Ryan vektlegger menneskets grunnleggande behov for sjølvråd, tilknytning og kompetanse eller meistringkjensle. Indre motivasjon blir styrka, dersom dette blir anerkjent og tilfredsstilt. Vidare blir den svekka, om behova blir avvist eller ikkje er tilfredsstilt. Sjølvråd er behovet for å bestemme sjølv i konkrete spørsmål og at eigen autonomi respekterast (Eide & Eide, 2019, s. 56). Autonomi har gresk opphav der ordet «auto» betyr *selv*, og «nomos» betyr *lov* eller *styring*. Med andre ord er sjølvråd det same som autonomi (Romsland et al., 2022, s. 38). Sjølvråd er behovet for å bli lytta til, sett, høyrte og forstått, og at ein får uttrykt eigne ynskjer. Tilknytning er behovet for god kontakt og relasjon til andre. Kontinuitet og tryggleik, unngå avtalebrot og relasjonskontakt styrkar relasjonen. Kompetanse er behovet for kunnskap og meistring, og ha ein viss kontroll over situasjonen (Eide & Eide, 2019, s. 57). Overkommelege oppgåver til pasienten vil kunne gi meistring og kjensle av kontroll, og styrkar motivasjon for eigeninnsats (Eide & Eide, 2019, s. 58).

2.6. Pasientinformasjon

Pasienten har rett på informasjon som gir innsikt i helsetilstanden og innhaldet i helsehjelpa (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-2). Sjukepleiaren skal dessutan fremje pasientens sjølvstende gjennom å gi tilpassa, forståeleg informasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Ved sjukdom og skade har pasientar oftast behov for informasjon om prognose, behandling, biverknadar, psykiske reaksjonar, praktiske forhold, støtteordningar, treningsprogram eller anna (Eide & Eide, 2019, s. 218). Ikkje alle pasientar er mottakelige for informasjon tidleg postoperativt, grunna eksempelvis mange inntrykk og informasjonsbrokkar (Eide & Eide, 2019, s. 219). Difor er det viktig å vite kva informasjon pasienten har oppfatta og forstått under sjukehusopphaldet.

Informasjon om rehabiliteringsprosessen kan hjelpe pasienten å sette realistiske mål, som kan styrke motivasjon. Mange eldre med lårhalsbrot er redde for nye fall, som kan føre til redusert aktivitet. Pasienten bør vere informert om viktigheita av aktivitet, og korleis dette også reduserer fallrisikoen (Ranhoff et al., 2020, s. 531). Inaktivitet svekker muskelstyrke som reduserer uthaldheit, koordinasjon og hurtigheit. Prosessen med avkalking av skjelett gir immobilitetsosteoporose, og aukar brottrisikoen (Romsland et al., 2022, s. 93). Over tid svekkast balansen og koordinasjonsevna, og faren for fall aukar deretter (Romsland et al., 2022, s. 95). For å styrke samarbeidet og motivasjonen til pasienten kan felles forståing bak arbeidet i rehabiliteringa hjelpe.

2.7. Meistring

Rehabilitering omhandlar også å meistre ein ny tilvære med nedsett funksjon. Meistring innebere strategiar for å handtere og redusere ytre eller indre påkjenningar og konsekvensane av påkjenninga (Eide & Eide, 2019, s. 48). Retningslinjene seier at sjukepleiaren skal fremje håp, meistring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Nokre pasientar opplever eksistensielle utfordringar ved skade som påverkar funksjonsevna. Skaden kan brått endre kvardagen og det oppstår brot i sjølvforståinga og kvardagspraksisen. Her kan sjukepleiaren vise støtte gjennom samtalar og å lytte (Romsland

et al., 2022, s. 125).

Meistring oppstår i kombinasjonen mellom tankar, kjensler og handlingsdragnad (Eide & Eide, 2019, s. 48). I samtale kan sjukepleiaren forsøke å fremje positive tankar kring trening hos pasienten. Dette kan stimulere til gode kjensler som fører til at pasienten utfører trening. Å styrke positive kjensler hos pasienten kan betre evna til å handtere kvardagen. Når pasienten handterer påkjenninga ved lårhalsbrot, fremjast meistring som kan drive motivasjonen vidare i rehabiliteringsprosessen.

3. Metode

Ifølgje Thidemann er metode «den systematiske framgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2023, s.74). I metodedelen visast framgangsmåten til funn av informasjon til oppgåva. Metodekapittelet skal vere detaljert og presist forklart, slik at andre kan nytte same framgangsmåte og komme fram til same konklusjon (Thidemann, 2023, s. 74).

Ulike tilnærmingar gir forskjellige former for kunnskap. Kvalitativ metode hentar informasjon om menneskelege eigenskapar som opplevingar, erfaringar og meiningar, gjennom intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse (Thidemann, 2023, s. 76). Det gir djupnekunnskap om et tema, gjennom mange opplysningar frå få undersøkingseiningar. Kvantitativ metode hentar informasjon gjennom målbare einingar og tal, gjennom eksempelvis spørjeskjema med faste svaralternativ (Thidemann, 2023, s. 75-76). Det gir breiddekunnskap på eit tema, gjennom få opplysningar frå mange undersøkingseiningar (Thidemann, 2023, s. 76).

3.1. Litteraturstudie

Denne oppgåva nyttar litteraturstudie som metode. Ifølgje Thidemann er litteraturstudie «en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder» (Thidemann, 2023, s. 77). Å systematisere kunnskap vil seie at ein samlar inn litteratur, for så å gå gjennom litteraturen

med eit kritisk blikk. Til slutt formidlast kunnskapen som er relevant for eiga oppgåve gjennom eigne ord (Thidemann, 2023, s. 77). I litteraturstudie hentar ein primært litteratur til oppgåva gjennom søk i databaser, dels ved manuelt søk (Thidemann, 2023, s. 81).

3.2. Søkeprosess

For å velje relevant forskingslitteratur har ulike søkedatabaser blitt nytta gjennom høgskulen sitt bibliotek. I søkedatabasane Academic Search Elite og Cinahl fekk eg fleire relevante treff. For å finne gode og relevante søkeord, har eg brukt PICO. Dette hjelpemiddelet har fleire funksjonar som skal hjelpe i arbeidet med å operasjonalisere problemstillinga sånn at den blir presis og søkebar (Thidemann, 2023, s. 82). Eg nytta SveMed+ for å finne MeSH-termar til litteratursøka. Søkeorda som er brukt er *rehabilitation patients, elderly, hip fracture, femoral neck fracture, rehabilitation, nursing home, elderly neglect, ambulation* og *patients perspective*, samt synonymord til desse. Vedlagt ligg ein utdjupande beskriving av søkeprosessen, samt synonymorda som blei nytta.

Søkeorda i søket blei kombinert med AND og OR, og søket blei vidare avgrensa til tidsperioden 2016 og fram til i dag. Dette var fordi eg ønska oppdatert forskning på temaet. Til tross for tidsavgrensing fekk eg mellom 78 - 190 treff på søka. Det gjorde det mogleg for meg å lese alle overskrifter, abstrakt og satt til slutt igjen med sju forskingar, som etter nøyare lesing trefte oppgåva godt. Eg valte å ekskludere studiar som baserte seg på pasientar under 50 år, da eg var interessert i ein eldre pasientgruppe. Å ekskludere kjønn i søket var ikkje relevant for mitt føremål. Fem av forskingane var norske, ein var svensk og ein var dansk. Eg inkluderte skandinavisk forskning i oppgåva, da slike studiar i større grad kan overførast til norske forhold. Dei sju forskingane var publisert mellom år 2018 – 2023, og fleire har nytta kvalitativ metode. Dette var valt bevisst, då eg hovudsakleg var interessert i erfaringar til rehabiliteringspasientar.

3.3. Val av anna litteratur

Har nytta pensum bøker for å finne relevant teori om lårhalsbrot, rehabilitering, sjukeheim,

motivasjon, meistring og kommunikasjon, og kva rolle og ansvar sjukepleiaren har i møte med dette. Elles har eg brukt informasjon frå Norsk Sykepleierforbund om dei yrkesetiske retningslinjene til sjukepleiarar, sentrale lover frå Lovdata, samt ein artikkel frå Sykepleien. Artikkelen er publisert i 2023, og omhandlar «Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører» sin episode om eldreomsorg på sjukeheim. I artikkelen får ein innsyn i perspektivet til to sjukepleiarar som jobbar på den aktuelle sjukeheimen. Da eg ynskjer å sjå fleire perspektiv kring temaet, har eg valt å inkludere den i oppgåva.

3.4. Kjeldekritikk

I kritisk vurdering vurderast relevans, styrke og avgrensingar i informasjonen ein har funne (Thidemann, 2023, s. 26). Helsebibliotekets sjekklister er brukt for å kritisk vurdere forskingsartiklane (Helsebiblioteket, 2016). I sjekklista vurderast kvaliteten av innhaldet til artiklane, som eg har vurdert som relevante og med kvalitet for oppgåva. Seks av forskingsartiklane er primærkjelder, da forskinga er samla inn av forfatarane. Forskinga til Abrahamsen & Nørgaard (2021) er basert på fleire ulike studiar, og er difor ein sekundærkjelde (Thidemann, 2023, s. 75). Dette kan vere ein svakheit noko eg har tatt til vurdering, når eg inkluderte den i oppgåva. Seks av sju forskingsartiklar har nytta kvalitativ metode. Sidan kvalitative artiklar presenterer ei mindre gruppe, valte eg å inkludere fleire slike artiklar i oppgåva. Slik får funna meir tyngde, ettersom fleire presenterte nokså like dataa. Eine forskingsartikkelen nytta kvantitativ metode. Dette var hensiktsmessig, då problemstillinga trengte målbare dataa. Sjølv om eg hovudsakleg er interessert i kvalitative funn, presenterte artikkelen interessant forskning med relevans for oppgåva.

Sjølv om ein ved kritisk vurdering ikkje nødvendigvis skal leite etter feil, skal ein vere bevisst på moglege svakheitar (Thidemann, 2023, s. 26). Den eine forskingsartikkelen viste perspektivet til fysioterapeutar, noko ein kan argumentere om er relevant. Eg meiner funn frå forskinga kan ha innverknad på sjukepleiarar sitt arbeid i sjukeheimar. Ei anna forskning omhandlar forsømming på sjukeheimar i Noreg. Sjølv om den særleg er retta mot langtidsavdelingar, meiner eg at funna kan ha innverknad på rehabiliteringspasientar på sjukeheimar. Ein valt forskning inneheld 16 ulike studiar frå Sverige, Storbritannia, Canada,

Danmark, Noreg, New Zealand, Australia og USA. Sidan eg hovudsakleg ynskjer skandinavisk forskning kan ein argumentere om forskning frå Canada, New Zealand, Australia og USA er relevante. Desse utgjorde fem av studiane, og majoriteten av studiane kom frå nordiske land. Av den grunn valte eg å likevel å inkludere den i oppgåva. Alle artiklane er skrivne på engelsk, noko som kan risikere at nokre moment i teksten fell vekk under omsetjing. Dette har eg vore bevisst på, når eg presenterer funn frå forskingsartiklane.

4. Funn frå forskingsartiklar

I funn frå forskingsartiklane kan vi dele tematikken inn i to hovudbolkar; helsepersonellets perspektiv og pasientens perspektiv. Forsking 1 og 2 presenterer helsepersonellets perspektiv og tar opp tema som ressursar, kompetanse og forsømming. Forsking 3 omhandlar emnet institusjonalisering. Forsking 4 til 7 presenterer pasientens perspektiv og tar opp tema som engasjement, pasientinformasjon, meistring og målsetting.

4.1. Forsking 1

“Physiotherapists’ experiences with older adults’ rehabilitation trajectory after hip fracture: A qualitative study in Western Norway (Hordvik et al., 2021).”

Hensikt: Belyse fysioterapeutars erfaringar kring rehabilitering hos eldre personar med hoftebrot i forskjellige nivåa av helsevesenet.

Metode: Den kvalitative forskinga kombinerte intervju, samt gruppediskusjonar saman med 22 fysioterapeutar frå sjukehus og 12 frå primærhelsetenesta.

Funn: Pasientar i dårlegast tilstand ofte blei overført til sjukeheim for rehabiliteringsopphald. Grunna liten tid og ressursar opplevde fysioterapeutar at dei måtte prioritere vekk nokre rehabiliteringspasientar. Pasientar på sjukeheim kunne risikere å ikkje få rehabilitering. Vidare blei viktigheita av å støtte sjølvtiliten til pasientar i møte med frykt for mobilisering poengtert.

4.2. Forsking 2

“Legitimizing neglect – a qualitative study among nursing home staff in Norway (Lund et al., 2023).”

Hensikt: Gi ny kunnskap kring prosessen som fører til at forsøming framleis skjer i norske sjukeheimar.

Metode: Den kvalitative forskinga var basert på fem diskusjonsgrupper med 20 deltakarar, og ti individuelle intervju med personell frå 17 ulike sjukeheimar i Noreg.

Funn: Norske sjukeheimar er karakterisert med manglande kompetent personale, høg arbeidsbelastning og høgt sjukefråvær. Personale normaliserte forsømming som praksis, når ressursane var låge og sjukepleiarane rasjonerte omsorga. Stell, måltid, medisintdeling og telefonsamtaler var ofte prioriterte arbeidsoppgåver, medan miljøtiltak og aktivitetar var arbeidsoppgåver som ofte kunne felle vekk. Å oppretthalde og styrke funksjonen til pasientar skulle bli gjort ved morgonstellet, men grunna tidspress følgde ikkje alle opp dette heller.

4.3. Forsking 3

“Does rehabilitation setting influence risk of institutionalization? A register-based study of hip fracture patients in Oslo, Norway (Fosse et al., 2021).”

Hensikt: Belyse risikoen for institusjonalisering på sjukeheim, knytt til rehabilitering utanfor institusjon opp mot korttidsopphald i ein institusjon.

Metode: Den kvantitativ forskinga studerte effekten av rehabilitering hos 612 pasientar over 50 år etter hoftebrot, som før skaden budde heime.

Funn: Pasientar i rehabilitering utanfor institusjon hadde mindre sjanse for langtids plass ved sjukeheim seinare, i samanlikning med pasientar i rehabilitering på institusjon. Rehabilitering utanfor institusjon ville dermed vere det beste alternativet for fleire pasientar med

hoftebrot. I eit økonomisk perspektiv kunne utgifter sparast ved å gi riktig pasient, riktig omsorg i riktig omgivnad, da institusjonsopphald er kostnadsfullt.

4.4. Forsking 4

““I struggle to count my blessings”: recovery after hip fracture from the patients’ perspective (Bruun-Olsen et al., 2018).”

Hensikt: Belyse kva som var viktig for pasientane i rehabiliteringsprosessen etter hoftebrot.

Metode: Den kvalitative forskinga intervjuar åtte eldre pasientar mellom 69-91 år i rehabilitering etter hoftebrot, frå heimen sin fire månadar etter skaden.

Funn: Pasientane verdsette ei profesjonell og personleg tilnærming frå helsepersonellet. Å anerkjenne pasienten blei opplevd som positivt og engasjerande. Fleire erfarte lite initiativ frå personale på sjukeheimen, og at dei sjølv måtte ta ansvar for eigen rehabilitering. Fleire hadde danna seg forventningar til eigen rehabilitering, som dei ikkje klarte å oppnå og skapa frustrasjon. Mange mangla tru på at dei ville klare å returnere til deira tidlegare liv.

4.5. Forsking 5

“The journey of recovery after hip-fracture surgery: older people’s experiences of recovery through rehabilitation services involving physical activity (Vestøl et al., 2021).”

Hensikt: Belyse eldre personar i rehabilitering etter hoftebrot sine erfaring med fysisk aktivitet postoperativt.

Metode: Den kvalitative forskinga gjennomførte djupneintervju med 21 pasientar i aldersgruppa 67-84 år, etter gjennomgått hofteoperasjon grunna hoftebrot.

Funn: Personlege kvalitetar som utålmod, optimisme, staheit og evna til å fullføre planar var viktige for motivasjonen. Å oppleve framgang i særleg ADL, fremja positive kjensler og auka motivasjonen. Dei fleste var avhengig av støtte frå personell i rehabiliteringsprosessen. Å

engasjere og tenke positivt på fysisk aktivitet var viktige individuelle karakteristikk for å vedlikehalde motivasjonen.

4.6. Forsking 6

“See me, teach me, guide me, but it’s up to me! Patients’ experiences of recovery during the acute phase after hip fracture (Asplin et al., 2019).”

Hensikt: Utforske pasienterfaringar postoperativt etter hoftebrot og bruken av trafikklys-systemet i rehabiliteringsprosessen.

Metode: Den kvalitative forskinga gjennomførte intervju av 19 pasientar i aldersgruppa 66-94 år med gjennomgått hoftebrot.

Funn: Det var viktig med ein varm og god velkomst frå personale. Fleire trengte å bli sett som eit individ, og bli møtt med interesse. Informasjon om hoftebrotet og rehabilitering, gav pasienten større forståing for situasjonen. Evna til å fordøye informasjon varierte tidleg postoperativt. Pasientane var takksame for positive tilbakemeldingar knytt til meistring og progresjon. Vidare hadde Trafikklyssystem knytt til ADL-funksjon og bruk av sjekklister positiv effekt hos fleire. Helsepersonell kunne overvurdere pasientens fysiske og psykiske funksjon, og kunne signalisere stress som hindra pasientar i å be om hjelp.

4.7. Forsking 7

“Elderly patients’ perspectives on treatment, care and rehabilitation after hip fracture: A qualitative systematic review (Abrahamsen & Nørgaard, 2021).”

Hensikt: Identifisere kva eldre pasientar opplever som viktig i behandling, omsorg og rehabilitering etter hoftebrot.

Metode: Forskinga er ein systematisk gjennomgang av 16 ulike studiar. Studiane er frå Sverige, Storbritannia, Canada, Danmark, Noreg, New Zealand, Australia og USA. Totalt 299 pasientar med gjennomgått hoftebrot er inkludert i studien. Majoriteten representerte

aldersgruppa 65-99år, men 16 av deltakarane er registrert som i vaksen alder.

Funn: Fysiske utfordringar førte til usikkerheit, lågare sjølvbilete og mindre tillit til egne fysiske evner. Informasjon om kva ein kunne forvente og få eit tidsperspektiv var etterspurt. Urealistiske forventingar auka sjansen for skuffelse. Mange pasientar med lårhalsbrot er redde for fleire fall og framtida. Tilbakemeldingar på progresjonen, vidare råd, støtte og involvering frå helsepersonell var eit ynskjer frå pasientar. Målsetting motiverte pasientar, og eit felles mål var å returnere heim, få att sjølvstende og kunne gå att.

5. Drøfting

Her drøftast problemstillinga «Korleis fremje motivasjon til trening hos pasientar med lårhalsbrot på rehabiliteringsopphald ved sjukeheim?». Pasientens perspektiv blir særleg vektlagt, men også sjukepleiaren sitt perspektiv blir presentert. Drøftedelen er delt inn i fire delar; tillit og relasjon, pasientinformasjon, meistring, kompetanse og ressursar.

5.1. Tillit og relasjon sin betydning for motivasjon til trening

Interaksjon mellom helsepersonell og pasienten styrkar tillit hos pasienten (Asplin et al., 2019). Dette blei også understrekt i forskinga til Brun-Olsen et al., der ei profesjonell og personleg tilnærming var viktig hos pasientar i ein sårbar situasjon (Brun-Olsen et al., 2018). Innan sjukepleieyrket manøvrerer ein seg fram for å finne balansen mellom profesjonalitet og ei tilnærming som er personleg. Travelbee ønska ein terapeutisk og likeverdig relasjon (Eide & Eide, 2019, s. 364). Denne tankegangen støtter på mange måtar ei personeleg tilnærming, då ein gjennom ein slik relasjon oppnår eit forhold utan stereotypisk rolleoppfatning. Dette blei poengtert i Asplin et al. sin forskning, der eit felles behov var å bli sett som eit individ og ikkje pasient, vise interesse og møte pasientens ynskjer og preferansar (Asplin et al., 2019). Gjennom personleg tilnærming viser helsepersonell forståing og anerkjenner pasientens ynskjer. Dette beskrivast også i personorientert kommunikasjon der pasientens verdiar, ynskjer og mål vektleggast ein vektlegger pasientens (Eide & Eide, 2019, s. 16). Ei profesjonell tilnærming kan vere å vise fagleg kompetanse, og

kommunisere i stil med yrkesrolla. Denne faglege kompetansen kan visast gjennom eksempelvis rådgiving og grunngiving av tiltak. Her nyttast helsefremjande kommunikasjon, då ein ynskjer at pasienten får att mest mogleg funksjon (Eide & Eide, 2019, s. 17).

Ved ei personleg og profesjonell tilnærming lønnar det seg å møtast på midten. Med det meinast det at tiltak blir satt på bakgrunn av pasientens ynskjer og sjukepleiaren sine anbefalingar. Dersom pasienten er utrygg i rørsle, vil sjukepleiaren tilpasse mest mogleg då den faglege kompetansen poengterer viktigeita av trening etter lårhalsbrot. Hjelpemiddel som preikestol og fleire personale kan fremje tryggleik hos pasienten. Kanskje lyt treninga avbrytast, då pasienten ikkje klarar meir. Sjukepleiaren bør lytte til pasienten sine behov i gjennomføring av tiltak. Forsking viste at helsepersonell ikkje alltid såg behova til mennesket bak pasienten med hoftebrot. Pasientar kunne stundom kjenne på hjelpelausheit, sårbarheit og usikkerheit, og opplevde at helsepersonell overvurderte pasientens fysiske og psykiske funksjon (Asplin et al., 2019). Det er viktig at den faglege kompetansen ikkje overskygger for pasientens behov. For å oppretthalde ein terapeutisk og likeverdige relasjon, må sjukepleiaren sjå mennesket bak pasienten. Med fagleg bakgrunn bør sjukepleiaren vurdere når pasienten skal utfordrast, og når pasienten treng pause. Slik innsikt oppnåast også ved å lytte til pasienten. Det kan vidare vere gunstig å bestemme kor grensa mellom personleg relasjon og profesjonell relasjon går. Ein balanse mellom personleg og profesjonell tilnærming vil vere det mest gunstige.

Tillit og god relasjon mellom sjukepleiaren og pasienten kan styrke motivasjonen til trening, og fråvær av dette kan svekke motivasjonen. Når pasienten har tillit til sjukepleiaren ligg det ein tru i intensjonane og kompetansen som trengst for å yte helsehjelpa (Eide & Eide, 2019, s. 27). På den måten vil sjukepleiarens ynskje om å hjelpe pasienten å trene, verke meir genuin og truverdig for pasienten. Slik tillit kan gjere sjukepleiarens anbefalingar meir betydingsfulle for pasienten. Dersom sjukepleiaren seier at pasienten bør opp og gå i korridoren dagleg eller gjere øvingar som fysioterapeuten har oppsett, kan dette bli mottatt på ein god måte. Sjukepleiaren sine instruksar får ein motiverande funksjon. Om pasienten ikkje har tillit til sjukepleiaren, ligg det ein skepsis til intensjonane og kompetansen til sjukepleiaren. Når sjukepleiaren då ber pasienten om det same, er det ikkje sikkert dette blir mottatt på same måten. Då kan sjukepleiaren sine instruksar ha ein mindre motiverande

effekt for pasienten.

Dessutan skal ikkje relasjonen mellom sjukepleiaren og pasienten undervurderast. Ved å ha ein god relasjon flyter samtalane lett, ein har kanskje felles mål for opphaldet og god forståing for kvarandre. Dette er faktorar som kan styrke relasjonen. Sjølvrådsteorien poengterer også samanhengen mellom ein god relasjon og motivasjon. Her blir faktorar som kontinuitet og å unngå avtalebrot nemnt (Eide & Eide, 2019, s. 57). Ved å sørge for kontinuitet og unngå avtalebrot, fremjast kjensla av å vere ein prioritet. Dersom det avtalast trening ein tysdag, bør ein sørge for å gjennomføre dette. Dersom det blir vanskeleg, bør pasienten få beskjed og få nytt tidspunkt. På den måten hindrar ein at pasienten føler seg nedprioritert og gløymt. Å oppleve å vere ein prioritet, kan moglegvis førebygge at pasienten mistar motivasjonen. Dersom helsepersonellet er aktive og viser engasjement for pasientens rehabilitering, kan det vere vanskelegare å miste motet. Ein viktig del av yrket er å understøtte håp og livsmot hos pasientane, også i rehabilitering (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Men om pasientens oppleving er manglande forståing, kontinuitet og avtalebrot, vil pasientens oppleving av relasjonen og motivasjon til trening moglegvis svekkast. Pasienten sit kanskje igjen med kjensla av å ikkje vere prioritet. Dersom pasienten opplev at vedkommande kunn hentar motivasjon frå eiga kjelde og ikkje føler støtte frå sjukepleiaren, kan rehabiliteringa bli utfordrande.

5.2. Pasientinformasjon sin betyding for motivasjon til trening

Informasjon om lårhalsbrot, moglege komplikasjonar, rehabilitering og trening, har vore ein faktor som enten har vore sakna eller sett pris på i rehabiliteringsprosessen (Abrahamsen & Nørgaard, 2021; Bruun-Olsen et al., 2018; Asplin et al., 2019). Pasientinformasjon blir ofte formidla under sjukehusopphaldet. Pasientar sin evne til å prosessere informasjon kan varierer tidleg postoperativt. Dette har resultert i at pasientar ikkje har registrert at dei har fått informasjon av helsepersonell i det heile tatt (Asplin et al., 2019). Sjukehusopphaldet kan for mange vere prega av mange inntrykk, informasjon og sjølve påkjenninga av brotet samt operasjonen. Når pasienten kjem til sjukeheimen, er det ikkje sikkert at vedkommande har god innsikt i situasjonen og vegen vidare. Forsking viste eit behov for informasjon om kva

som kunne forventast av rehabiliteringsprosessen. Fleire pasientar hadde urealistiske forventningar til seg sjølv, noko som auka sjansane for skuffelse (Abrahamsen & Nørgaard, 2021). Fleire opplevde brotet mellom eigne forventningar og realiteten som frustrerende, og for fleire blei det ein barriere vidare i rehabiliteringa (Bruun-Olsen et al., 2018).

I samtale med pasienten kan sjukepleiaren kartlegge kva informasjon som er mottatt og kva personlege mål og forventningar pasienten har. Forsking viste at pasientar kunne ha eit urealistisk tidsperspektiv på rehabiliteringsprosessen. Fleire hadde trudd dei ville kome lengre i rehabiliteringa enn dei faktisk hadde (Bruun-Olsen et al., 2018). Desse pasientane har mest truleg gjort seg opp eigne mål og forventningar, utan tilstrekkeleg fagleg kunnskap om korleis rehabilitering etter hoftebrot kan vere. Forsking viste at særleg informasjon om kva ein bør gjere i rehabiliteringa, korleis situasjonen er og korleis ting kjem til å bli for pasienten var verdifullt (Asplin et al., 2019). Når pasienten har innsikt i korleis den fysiske helsa kan vere, kan pasienten sette seg realistiske mål som kan motivere i staden for å bryte motivasjonen ned. Informasjon om helsetilstanden og helsehjelpa som blir gitt har pasienten dessutan rett på (Pasient- og brukerrrettighetsloven, 1999, §2-2). Dermed har sjukepleiaren eit ansvar for at denne retten er ivaretatt.

Pasientinformasjon kan styrke pasienten sin motivasjon til trening, og fråvær av det kan svekke den. Kunnskap om lårhalsbrot, rehabilitering og viktigheita av trening, aukar forståinga for pasienten sin situasjon. Då kan pasienten justere forventingane sine, og sette seg mål på bakgrunn av denne kunnskapen. Gjennom å sette realistiske mål saman med sjukepleiar og fysioterapeut, har pasienten større sjanse for suksess og oppleve meistring. Fleire pasientar har vore sjølvstendige før lårhalsbrotet, og treng brått hjelp i gjennomføring av daglegdagse aktivitetar dei før meistra på eigenhand. Dette kan vere utfordrande for pasienten å venne seg til. Ved å få oversikt over skadens omfang, konsekvensar og kva som krevjast for å få att sjølvstende, kan pasienten kjenne større grad av kontroll. Sjølv om vedkommande ikkje kan kontrollere det som har skjedd, kan pasienten i stor grad kontrollere framtida. Som sjølvrådteorien presenterte har pasienten eit behov for kompetanse i form av kunnskap og ein viss kontroll over situasjonen for å styrke indre motivasjon (Eide & Eide, 2019, s. 57). På den andre sida kan for mykje informasjon verke overveldande for pasienten og potensielt legge større press på pasienten. Det mest

lønnsame er at informasjonen er enkel og lagt fram på eit språk som ikkje er sterkt prega av faguttrykk (Asplin et al., 2019).

Manglande pasientinformasjon kan skape uro og svekke motivasjonen til trening. Forsking viste at ein redusert funksjonsevne kunne gi usikkerheit, svekka sjølvtilitt og mistillit til eigne fysiske evnar. Mange pasientar med lårhalsbrot er redde for fleire fall (Abrahamsen & Nørgaard, 2021). Informasjon om korleis trening førebygger fall, kan hjelpe pasienten i møte med frykta. Kunnskap kan moglegvis ufarleggjere frykta og gjere den om til drivkraft i staden for hindring i rehabiliteringsprosessen. Informasjon kan motivere pasienten til våge å reise seg opp av senga og gjere øvingar saman med sjukepleiaren. Når pasienten meistrar dette, vågar vedkommande kanskje å gå nokre steg på rommet neste gong. Med tid kan pasientens assosiasjonar med trening endrast til noko meir positivt. Viktigheita av å styrke sjølvtilitten til pasienten i møte med frykt for aktivitet blir også uttrykt i Hordvik et al. sin forskning (Hordvik et al., 2021). Personar med sviktande funksjonar skal utøve aktivitetar sjølv for å motverke ytterligere funksjonstap, og rehabiliteringspasienten skal ideelt sett klare meir og meir åleine (Romsland et al., 2022, s.63). Difor er det avgjerande at sjukepleiaren styrkar sjølvtilitta til pasienten, slik at vedkommande kan fortsette med trening på eiga hand.

5.3. Meistring sin betyding for motivasjon til trening

Meistring er strategiar som nyttast for å handtere ein påkjenning, og ein viktig føresetnad for motivasjon (Eide & Eide, 2019, s. 48). For å kunne seie at ein har meistra ein påkjenning, har ein truleg sett seg nokre mål som forbindast med å evne situasjonen. Omgrepet meistring er vanskeleg å definere, og truleg fordi det kan opplevast individuelt for kvar enkelt. Ein pasient kan oppleve meistring ved å klare å stå på beina postoperativt, medan andre ikkje opplever meistring før ein klarar å gå til og frå toalettet sjølvstendig. Meistring vil også vere under utvikling. Pasienten som før var fornøgd med å stå på beina første dag postoperativt, vil kanskje ikkje nøye seg med dette ei veke seinare. Då kjem kanskje meistringskjensla, når pasienten klarar å gå til og frå toalettet. Uansett vil sannsynlegvis opplevinga av meistring vere knytt til eigne forventingar og mål. Likevel kan sjukepleiaren vere med på å støtte opp under meistring. Forsking viste at tilbakemeldingar på progresjonen og vidare råd var

ynskjeleg frå pasientar (Abrahamsen & Nørgaard, 2021; Asplin et al., 2019).

Målsetting blir utarbeidinga gjennom sjukepleieplan og rehabiliteringsplan i samarbeid med sjukepleiar, fysioterapeut og pasient. Somt nemnt skal måla vere spesifikke, målbare, aktivitetsrelaterte, realistiske og relevante, og tidsavgrensande (Romsland et al., 2022, s. 70-71). Gjennom å inkludere pasienten i målsetting, understøttast pasientens autonomi. Som sjølvrådsteorien beskriver, er autonomi ein sentral del i fremjing av indre motivasjon (Eide & Eide, 2019, s. 56). Ved å utarbeide ein plan basert på pasientens ynskjer, vil vedkommande kunne føle seg forstått og inkludert. Mål på bakgrunn av pasientens ynskjer vil kunne motivere på ein anna måte, enn dersom målsettinga ikkje bygde på pasientens ynskjer. Kvifor skal pasienten legge inn innsats i noko vedkommande ikkje ynskjer å oppnå i utgangspunktet? Dersom pasienten vil meistre å gå trappene heime, bør trappetrening vektleggast i treningsplanen. Mål i sjukepleiar- og rehabiliteringsplanen bør dessutan inkludere meistring av trappegåing. I det store og heile er det pasienten og vedkommandes framtid rehabiliteringa omhandlar. Å ikkje bestemme eller ta del i dette arbeidet, vil ifølgje sjølvrådsteorien påverke den indre motivasjonen. Difor er det viktig at autonomien til pasienten blir respektert.

Forsking viste at å oppleve framgang i særleg ADL, fremja positive kjensler som igjen mata motivasjonen til å auke innsatsen (Vestøl et al., 2021). Bruk av trafikklyssystem knytt ADL-funksjon har hatt motiverande effekt hos pasientar. Pasientens grad av sjølvstende i ADL, blir markert i fargekode til trafikklyset sine tre fargar; raud, gul og grøn. Raud betyr fysisk assistanse, gul er tilsyn, medan grøn betyr sjølvstendig. Verktøyet blei nytta som hjelpemiddel i målsetting hos pasienten. Gjennom å sjå at fargekodane endra seg i takt med auka sjølvstende, blei meistringane til pasienten synleggjort. Dette bevisstgjorde betydninga av eigen innsats, og motiverte til vidare trening (Asplin et al., 2019). At progresjon særleg i ADL-funksjon var viktig for pasientar, er ikkje vanskeleg å forstå. Dersom treningsplanen er lagt opp etter eit mål om å handtere kvardagen heime mest mogleg sjølvstendig, vil pasienten måtte kunne meistre gjeremål dagleglivet byr på. Daglegdagse gjeremål kan vere å stelle seg sjølv om morgonen, lage frukost og gå på toalettet. Det kan også innebære å besøke naboen eller familie. Når pasienten meistrar fleire slike aktivitetar, blir målet om kvardagen heime meir oppnåeleg. Å sjå at treninga gir positive resultat, vil kunne gi

meirsmak og auka motivasjon til trening.

Som nemnt i retningslinjene skal sjukepleiaren blant anna understøtte meistring hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Å ha ein støttande sjukepleiar som gir ros og ein klapp på skuldra ved oppnådde mål, kan vere betydingsfullt for pasienten. Forsking poengterte viktigheita av engasjement frå helsepersonell gjennom å vise initiativ til trening, støtte og deltaking i rehabiliteringa (Asplin et al., 2019; Bruun-Olsen et al., 2018; Abrahamsen & Nørgaard, 2021). Ein støttande sjukepleiar i tider pasienten ikkje opplev ønska progresjon, vil også vere betydingsfullt og moglegvis også ekstra nødvendig. Som presentert i teoridelen kan fleire oppleve eksistensielle utfordringar knytt til skaden (Romsland et al., 2022, s. 125). Ifølgje forskning manglar fleire pasientar tru på å meistre kvardagen heime (Bruun-Olsen et al., 2018). I praksis erfarte eg tilsvarande i målsamtale med ein pasient med lårhalsbrot, der pasienten ikkje såg ei framtid heime lenger. Meistring oppstår i kombinasjonen mellom tankar, kjensler og handlingsdragnad (Eide & Eide, 2019, s. 48). Dersom pasienten har negative tankar knytt til trening eller eigne evner, påverkar dette kjenslene. Slike tankar kan gi negative kjensler til rehabiliteringa, treningsprogrammet og seg sjølv. Utfallet vil kunne bli at pasienten ikkje nyttar eigne ressursar. Ved stillstand i treninga, vil progresjon vere fråverande og kjensla av meistring svekkast. Men dersom sjukepleiaren viser omsorg, positivitet og kompetanse kan tankane til pasienten snuast om til noko meir positivt. Dette kan snu utviklinga og sette rehabiliteringa i rørsle att.

Meistring er sentralt innan motivasjonsarbeidet, og kan tenkast at ofte heng hand i hand med motivasjon. Ein pasient som oppnår eit nytt mål om å gå tre trappetrinn, vil sannsynligvis oppleve meistring over å ha meistra utfordringa. Gleda av eit oppnådd mål gir gode tankar og kjensler, som kanskje fører til at pasienten set seg eit større hårete mål. Meistringa har gitt pasienten motivasjon til å sette nytt mål. Men som drøfta kan pasientar ha ulikt syn på kva som er godt nok resultat, som igjen påverkar kjensla av meistring. Nokre pasientar kan ha sett seg mål i eit tidsperspektiv som er vanskeleg å oppnå. Fleire kan vere strenge med seg sjølv, og ha urealistisk høge forventningar til seg sjølv og eigne prestasjonar. Desse pasientane kan ha behov for ekstra engasjement og støtte frå sjukepleiaren. Eit mål som for sjukepleiaren er ein seier, kan for pasienten verke uvesentleg eller mindre viktig. Når sjukepleiaren er fornøgd med at pasienten gjekk tre trappetrinn, kan pasienten vere skuffa

over å ikkje ha gått heile trappa. Gjennom å synleggjere meistringane til pasienten, gi positive tilbakemeldingar og minne pasienten på det aktuelle målet, kan kjensla av meistring understøttast. I ein metaforisk teikning er rehabilitering ein prosess der pasienten lyt gå fleire små skritt for å nå eit større mål. Alle dei små skritta er viktige for å nå det store målet.

Forsking viste at trekk i personlegdomen som utålmod, optimisme, staheit og evna til å gjennomføre sette planar var gunstig knytt til motivasjonen for rehabilitering (Vestøl et al., 2021). Med eit personleg trekk som utålmod, ynskjer sannsynlegvis pasienten utvikling i rehabiliteringsprosessen og ikkje stillstand. Å søke utvikling i rehabiliteringa er sjølv essensen i motivasjon. Med optimisme som personleg trekk, klarar kanskje pasienten å halde seg positiv. Vi har sett korleis positive tankar gir positive kjensler resulterer i handling, som her er trening. Slik har optimisme ein positiv effekt på rehabilitering og kan fremje motivasjonen. Staheit kan også verke positivt i rehabiliteringa. Då er pasienten kanskje bestemt om å nå eit personleg mål, som fører til at målet fullførast. Når staheita driv pasienten til å nå fleire mål, vil meistringane fremje motivasjonen til å sette fleire mål. Å ha evne til å gjennomføre planar vil vere vesentleg i rehabilitering. Sjølv om rehabilitering er eit samarbeid, er resultatet særleg avhengig av pasientens innsats i treninga. Dersom pasienten ikkje evnar å gjennomføre treningsplanen, oppnår ikkje pasienten måla sine som kan hindre kjensla av meistring og vidare motivasjon.

5.4. Kompetanse og ressursar sin betydning for motivasjon til trening

For å realisere eit mål om å meistre kvardagen heime, lyt pasienten vere rundt personell med kompetanse og ressursar. Å vere rundt kompetente fagpersonell som veit kva som krevjast i møte med lårhalsbrot, kan verke tryggande for pasienten. Pasienten opplev å vere rundt eit kompetent tverrfagelg team med mål om å hjelpe vedkommande heim. For å kunne bruke denne kunnskapen på best mogleg måte, må arbeidsstaden ha nok ressursar. Norske sjukeheimar er karakterisert med manglande kompetent personale, høg arbeidsbelastning, høgt sjukefråvær, noko som påverkar kvaliteten på omsorga (Lund et al., 2023). Dette blir også poengtert i forskinga til Hordvik et al. Dei understreker at ressursane ikkje har auka i takt med pasientar i dårlegare tilstand ved sjukehusutskrivning. Dette har ført

til at fysioterapeutar har måtte prioritert vekk nokre rehabiliteringspasientar (Hordvik et al., 2021). Det er ikkje utenkeleg at dette aukar ansvaret til sjukepleiarar ved sjukeheimen. Som sjukepleiar skal ein jobbe helsefremjande og sjukdomsførebyggande (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dersom fysioterapeuten ikkje rekker rundt til kvar rehabiliteringspasient, bør sjukepleiaren setje inn ekstra tiltak for å aktivisere desse pasientane. Her lønnar det seg å vite kva treningsprogram fysioterapeuten har planlagt, slik at det kan følgast opp gjennom daglegdagse aktivitetar.

På ein sjukeheim bur det pasientar med varierende hjelpebehov, og fleire har eit stort hjelpebehov. I praksisar på sjukeheim erfarte eg at personale syntes det kunne vere utfordrande å legge henda på ryggen i møte med ein pasientgruppe som skulle gjere det meste sjølv. I samtale med personale ved ein sjukeheim kom det fram at ein brått kunne hjelpe til for mykje hos rehabiliteringspasienten, etter å ha vore hos langtidspasientar med behov for hjelp til fullt stell. I løpet av ulike praksisar har personale også avgrensa pasientar slik, grunna tidspress. Grunngevinga har vore at det nokre gongar tok lengre tid, om pasientar utførte enkelte oppgåver sjølv. Når helsepersonell ikkje let pasienten bruke egne ressursar, får ein ikkje kartlagt kva pasienten evnar sjølv. Dessutan er det ikkje utenkeleg at å stadig overkøyre pasienten, kan verke inn på sjølvbiletet. Trur ikkje sjukepleiaren at eg meistrer dette sjølv? Klarar eg ikkje å ta vare på meg sjølv lenger? Forsking bekrefta viktigheita av at pasientane følte dei fekk gjort så mykje som dei sjølv klarte (Asplin et al., 2019). Korleis skal pasienten klare seg mest mogleg sjølvstendig heime, om helsepersonell ikkje styrkar og opprettheld pasientens ADL-funksjon?

Rehabiliteringspasientar vil særleg vere avhengig av tett oppfølging i starten av opphaldet. Med tid vil pasienten bli meir sjølvstendig, og dette er nødvendig for at pasienten skal klare seg heime etter sjukeheimsopphaldet. Men det fratar ikkje sjukepleiaren sitt ansvar om å følge opp pasientane. Forsking viste at å utarbeide ei sjekklister for pasienten om øvingar pasienten utfører i løpet av dagen, fungerte som eit godt tiltak for å minne pasienten på trening. Etter kvart som pasienten utførte øvingane, blei dei kryssa av på papiret. Sjølv om helsepersonell ikkje stod og såg pasienten utføre øvingane, fungerte det som ein god påminning (Asplin et al., 2019). Hos motiverte og trygge pasientar er sannsynet for at øvingane blir gjennomført stor, og her kan tiltaket verke ressursparande ein hektisk vakt. På

den andre sida kan det for pasientar med manglande motivasjon og gjennomføringsvilje, ha ein mindre lønsam funksjon. Då er det ikkje sikkert at øvingane blir gjennomført. Dessutan må sjukepleiaren vite at pasienten meistrar å gjennomføre øvingane på riktig måte, før ein let pasienten utføre dei på eigenhand.

Manglande kompetanse og ressursar påverkar kvaliteten av omsorga, og har konsekvensar for rehabiliteringspasienten. Forsking viste at mange pasientars personlege mål om å returnere heim, få att sjølvstende og evne å gå att, og på mange måtar få att livet slik det var før skaden (Abrahamsen & Nørgaard, 2021; Bruun-Olsen et al., 2018; Asplin et al., 2019; Vestøl et al., 2021). Likevel viste fersk forskning frå 2021 at rehabilitering på institusjon aukar sjansen for langtids plass på sjukeheim, i samanlikning med rehabilitering utanfor institusjon (Fosse et al., 2021). Med drøftinga som er gjort så langt, er det ikkje vanskeleg å forstå korleis dette har seg til. Dersom fysioterapeutar manglar ressursar og sjukeheimane manglar kompetanse og ressursar, kan dette resultere i ein pasient som ikkje blir rehabilitert. Ifølgje forskning er forsømming eit reelt problem på norske sjukeheimar (Lund et al., 2023). Forsømming oppstår ofte som følge av manglande ressursar, og gjere til at sjukepleiaren rasjonerer omsorga. Stell, måltid, medisinutdeling og telefonsamtaler var ofte prioriterte arbeidsoppgåver, medan miljøtiltak og aktivitetar ofte kunne felle vekk. Å oppretthalde og styrke funksjonen til pasientar skulle bli gjort ved morgonstellet, men ikkje alle følgde opp dette heller grunna tidspress (Lund et al., 2023).

Vi har allereie forklart viktigheita av trening hos pasientar med lårhalsbrot og korleis trening førebygger fleire fall. Hoftebrot hos eldre er assosiert med høgare førekomst av betydeleg funksjonsnedsetting, institusjonalisering og dødelegheit (Fosse et al., 2021). Dersom pasienten ikkje trenar opp kroppen etter lårhalsbrot, aukar risikoen for eit nytt brot ved fall. Eit nytt fall kan auke frykta for fleire fall og brot, og pasienten kan miste håpet for å klare seg heime. Plutseleg er målet om å klare seg heime mindre realistisk, og pasienten får langtids plass på same sjukeheim som skulle hjelpe vedkommande heim. Dessutan kan brått ein pasient som ikkje trengte masse ressursar i utgangspunktet, nettopp trengje meir ressursar frå personale. I eit økonomisk perspektiv blir også pasienten meir kostnadsfull som langtids pasient på sjukeheim, då pasienten vil trengje helsehjelp lengre fram i tid (Fosse et al., 2021).

Det er viktig at sjukeheimen har ressursar til å ivareta pasienten for å understøtte motivasjonen. Forsking viste at fleire pasientar nølte med å be om hjelp, då dei opplevde at helsepersonellet var underbemanna, stressa og sprang mellom pasientane (Asplin et al., 2019). Pasientar er observante og kan få med seg dersom helsepersonell signaliserer stress. Det kan vere at helsepersonell ser på klokka fleire gongar, står med foten halvveis ut av pasientrommet og ikkje viser eit kroppsspråk som er tilstade hos pasienten. Fleire erfarte at dei blei lova langt fleire fysioterapi timar, enn dei fekk. Og generell aktivitet var det også mangel på (Bruun-Olsen et al., 2018). Dersom pasienten verken får tilstrekkeleg oppfølging av fysioterapeutar eller sjukepleiarar, er det ikkje rart at motivasjonen endrast. Forsking viste vidare at fleire pasientar kunne kjenne seg einsam i rehabiliteringsprosessen (Bruun-Olsen et al., 2018). Einsemd i rehabiliteringa kan gjere situasjonen meir overveldande og kan for nokre potensielt føre til manglande motivasjon til trening. Tidleg i rehabiliteringa vil nettopp tett oppfølging vere viktig for å styrke funksjonsevne og sjølvtilit. Slik kan pasienten bli meir sjølvstendig. Då har pasienten starta med trening, moglegvis jobba seg gjennom eventuelle frykter og veit kva øvingar som særleg er viktige. Men dersom pasienten manglar oppfølging, vil heller ikkje sjølvstende komme av seg sjølv. Konsekvensen kan bli ein rehabilitering utan utvikling. Og progresjon har vi sett i forskinga, har mykje å seie for motivasjonen til trening hos pasienten (Vestøl et al., 2021; Asplin et al., 2019).

6. Avslutning

I eit yrke der ein jobbar med menneske, vil kvar patientsituasjon vere ulik og sjukepleiaren lyt tilpasse omsorga deretter. Likevel har vi gjennom forskning sett fire punkt som har vore gjentakande med påverknad på motivasjon til trening. Ein god relasjon og tillit kan styrke samarbeidet i rehabiliteringa og fremje motivasjon. Vi har sett korleis pasientinformasjon kan trygge og motivere til trening. Mangel på pasientinformasjon kan gi usikkerheit og svekka sjølvtilit, og for mykje pasientinformasjon kan verke overveldande for pasienten. Vi har drøfta rundt korleis meistring er tett knytt til motivasjon, og opplevast individuelt. Mål og forventningar kan påverke kva tid og i kva grad pasienten opplever meistring. Kompetanse og ressursar kan vere utfordrande på sjukeheimar og påverkar kvaliteten av

helsehjelpa. Lav bemanning og manglande kompetanse kan resultere i ein einsam pasient i rehabiliteringsprosessen, noko som kan påverke motivasjonen til trening.

For å konkludere er det viktig at sjukepleiarar er synlege for pasienten i rehabiliteringsprosessen. Som teori og forskning har vist opplever mange pasientar lårhalsbrot som tungt, og treng omsorg på lik linje med andre pasientar. Dersom pasienten mistar motivasjon til trening, risikerer vi ein pasient som ikkje blir rehabilitert. Men ved å inkludere, informere, støtte og engasjere pasienten med omsorg og kompetanse kan vi unngå dette. Slik kan vi jobbe mot forskinga som viser at rehabilitering i institusjon aukar risiko for langtids plass ved sjukeheim.

7. Litteraturliste

Abrahamsen, C. & Nørgaard, B. (2021, april). Elderly patients' perspectives on treatment, care and rehabilitation after hip fracture: A qualitative systematic review.

International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 41, 100811.

<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2020.100811>

Asplin, G., Carlsson, G., Olsén, F. M. & Zidén, L. (2019, 10. august). See me, teach me, guide me, but it's up to me! Patients' experiences of recovery during the acute phase after hip fracture. *European Journal of Physiotherapy*, 23(3), 135-143.

<https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1650394>

Braut, S. G. & Aarheim, A. K. (2020). *Det norske helsesystemet: ei innføring i organisering, styring og politikk*. Samlaget.

Bruun-Olsen, V., Bergland, A. & Heiberg, E. K. (2018, 19. januar). "I struggle to count my blessings": recovery after hip fracture from the patients' perspective. *BMC geriatrics*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0716-4>

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal.

- Fosse, M. R., Ambugo, A. E., Moger, A. T., Hagen, P. T. & Tjerbo, T. (2021, 9. juli). Does rehabilitation setting influence risk of institutionalization? A register-based study of hip fracture patients in Oslo, Norway. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06703-x>
- Grønsløth, L. K., Roa, E., Kjønneøy, I. & Almås, H. (2020). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., s. 169-206). Gyldendal.
- Habilitering, rehabilitering og koordinatorforskriften. (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_3
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#§3-2
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). 4.1 Sjekklistene. FHI. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistene>
- Hernæs, N. (2023, 3. februar). Sykepleiere ble filmet i skjul: - Jeg hadde lyst til å rope til tv-en. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2023/01/sykepleiere-ble-filmet-i-skjul-jeg-hadde-lyst-til-rope-til-tv-en>
- Hordvik, B. H., Reed, H. I., Tenden, S. & Van den Bergh, G. (2021, 29. november). Physiotherapists' experiences with older adults' rehabilitation trajectory after hip fracture: A qualitative study in Western Norway. *Physiotherapy Theory and Practice*, 39(2), 328-342. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/09593985.2021.2007557>
- Langeland, N., Halse, K. A. & Ørn, S. (2019). Sykdommer i bevegelsesapparatet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 467-504). Gyldendal.
- Lund, B. S., Skolbekken, J.-A., Mosqueda, L. & Malmedal, K. W. (2023, 6. mars). Legitimizing neglect - a qualitative study among nursing home staff in Norway. *BMC Health*

Services Research, 23(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09185-1>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, H. A., Helbostad, J. & Martinsen, I. M. (2020). Osteoporose og brudd. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 524- 534). Gyldendal.

Romsland, I. G., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2022). *Sykepleie og rehabilitering* (4. oppl.). Gyldendal.

Sand, O., Sjaastad, V. Ø., Haug, E., Bjålie, G. J. & Toverud, C. K. (2019). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. (3. utg.). Gyldendal.

Thidemann, I.-J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Vestøl, I., Debesay, J. & Bergland, A. (2021, 12. juni). The journey of recovery after hip-fracture surgery: older people's experiences of recovery through rehabilitation services involving physical activity. *Disability and Rehabilitation*, 44(19), 5468-5478. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/09638288.2021.1936659>

8. Vedlegg

Her ligg PICO-skjema, framgang i søkeprosess og litteraturmatrise.

8.1. Vedlegg 1: PICO

| | | | |
|--|------------|----------------|----------|
| | Norske ord | MeSH (emneord) | Tekstord |
|--|------------|----------------|----------|

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Population/ problem | Hoftebrot | Hip Fractures | Hip Fractures |
| | Lårhalsbrot | Femoral Neck Fractures | Femoral Neck Fracture, Femur Neck Fractures, Femur Neck Fracture |
| | Eldre | Aged | Elderly |
| | Sjukeheim | Nursing Homes | Nursing Home, Homes, Nursing |
| | Institusjonalisering | Institutionalization | Institutionalizations |

| | | | |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Intervention | Tillit | Trust | Trust |
| | Sjukepleiar- pasient- relasjon | Nurse- Patient Relation | Relations, Nurse- Patient, Nurse Patient Relations |
| | Kommunikasjon | Communication | Personal Communication, Communication, Personal |
| | Pasientinformasjon | Patient Education as Topic | Education, Patient, Patient Education, Education of Patients |
| Yrkeskompetanse | Professional Competence | Competence, Professional, Generalization of Expertise | |

| | | | |
|-------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| | Ressurser | Workforce | Workforces, Staffing |
| | Eldre forsømming | Elder Abuse | Elder Neglect, Neglect, Elder, Mistreatment, Elder, Elder Maltreatment |
| Comparator | Erfaringar | Life change events | Event, Life Change, Life Change Event, Experiences, Life, Life Experience |
| Outcome | Rehabilitering | Rehabilitation | Habilitation, Rehabilitation, Recovery |
| | Gjenvinning av funksjon | Recovery of Function | Function Recovery, |

| | | | |
|--|-----------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Drivkraft | Motivation | Function Recoveries |
| | Meistring | Adaptation, Psychological | Motivations, Disincentive, Expectations Coping Skill, Skill, Coping Coping Strategies Coping Strategy |

8.2. Vedlegg 2: Søketablell

Database: Academic Search Elite

Dato for utført søk: 26. april

| Søkeord/ kombinasjonar | Tall artikkeltreff | Artikkel/ artiklar du vel å nytte |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S1 hip fracture* OR femoral fracture* OR femoral neck fracture* | 21 381 treff | |
| S2 nursing home OR institutionalization | 54 360 treff | |
| S3 rehabilitation OR recovery OR recovery process | 855 882 treff | |
| S1 and S2 AND S3 | 83 treff | Does rehabilitation setting influence risk of institutionalization? A register-based study of hip fracture patients in Oslo, Norway. |

Database: Academic Search Elite

Dato for utført søk: 26. april

| Søkeord/kombinasjonar | Tall artikkeltreff | Artikkel/artiklar du vel å nytte |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| S1 rehabilitation patients OR recovery patients | 45 413 treff | |
| S2 hip fracture* OR femoral fracture* OR femoral neck fracture* | 21 381 treff | |

| | | |
|---------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S3 elderly OR older | 571 979 treff | |
| S1 AND S2 AND S3 | 190 teff | Physiotherapists' experiences with older adults' rehabilitation trajectory after hip fracture: A qualitative study in Western Norway. |

Database: Academic Search Elite

Dato for utført søk: 26. april

| Søkeord/kombinasjonar | Tall artikkeltreff | Artikkel/artiklar du vel å nytte |
|-----------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| S1 nursing home OR institutionalization | 17 616 treff | |
| S2 elder neglect OR missed care | 1 706 treff | |
| S1 AND S2 | 100 treff | Legitimizing neglect – a qualitative study among nursing home staff in Norway. |

Database: Cinahl with full text og Cinahl

Dato for utført søk: 17. april

| Søkeord/kombinasjonar | Tall artikkeltreff | Artikkel/artiklar du vel å nytte |
|-------------------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| S1 rehabilitation OR recovery OR recovery | 609 225 treff | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| process | | |
| S2 hip fracture* OR femoral fracture* OR femoral neck fracture* | 46 729 treff | |
| S3 patients perspective OR patients experiences OR patients views | 128 636 treff | |
| S1 AND S2 AND S3 | 78 treff | <p>“I struggle to count my blessings”: recovery after hip fracture from the patients’ perspective.</p> <p>See me, teach me, guide me, but it’s up to me! Patients’ experiences of recovery during the acute phase after hip fracture.</p> <p>The journey of recovery after hip-fracture surgery: older people’s experiences of recovery through rehabilitation services involving physical activity.</p> <p>Elderly patients’ perspectives on treatment, care and rehabilitation after hip fracture: A qualitative systematic review.</p> |

8.3. Vedlegg 3: Litteraturmatrise

| Forfatter (år) | Hensikt | Design Metode | Utval | Resultat |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hordvik, B. H., Reed, H. I., Tenden, S. & Bergh, d. V. G. (2021) | Belyse fysioterapeutars erfaringar kring rehabilitering hos eldre personar med hoftebrot i forskjellige nivå av helsevesenet. | Kvalitativ metode. Datainnsamlingsmetode som er nytta er intervju og gruppediskusjonar. | 22 fysioterapeutar frå sjukehus og 12 frå primærhelsetenesta. | <ul style="list-style-type: none"> - Pasientane i dårlegast tilstand blei ofte overført til sjukeheim for rehabilitering. - Grunna liten tid og ressursar opplevde fysioterapeutar at dei måtte prioritere vekk nokre rehabiliteringspasientar - Pasientar på sjukeheim kunne risikere å ikkje få rehabilitering - Det var viktig å støtte sjølvtiliten til pasientar i møte med frykt for mobilisering |
| Fosse, M. R., Ambugo, A. E., Moger, A. T., Hagen, P. T. & Tjerbo, T. (2021) | Belyse risikoen for institusjonalisering på sjukeheim, knytt til rehabilitering utanfor institusjon opp mot korttidsopphald i ein institusjon | Kvantitativ metode. Datainnsamlinga er henta frå fem ulike norske register. | 612 pasientar over 50 år med hoftebrot som budde heime før skaden | <ul style="list-style-type: none"> - Pasientar i rehabilitering utanfor hadde mindre sjanse for å komme på langtidsavdeling ved sjukeheim. - Pasientar i rehabilitering på ein institusjon, hadde større sjanse for å bli pasient på langtidsavdeling ved ein sjukeheim sei - Grunna kostnader ved institusjonsopphald, kan utgifter sparast ved å gi riktig pasient, riktig omsorg i riktig omgivnad, da institusjonsopphald er kostnadsfullt |
| Lund, B. S., Skolbekken, A.- J., Mosqueda, L. & Malmedal, K. W. (2023) | Gi ny kunnskap om prosessen som fører til at forsøming framleis skjer i norske sjukeheimar. | Kvalitativ metode. Datainnsamlingsmetode som er nytta er diskusjonsgrupper og individuelle intervju. | 20 helsepersonell frå 17 ulike sjukeheimar i Noreg. | <ul style="list-style-type: none"> - Norske sjukeheimar er karakterisert med manglande kompetent personale, høg arbeidsbelastning og høgt sjukefråvær - Personale normaliserte praksisen, når ressursane var låge og sjukepleiarane rasjonerte omsorga. - Stell, måltid, medisinerutdeling og telefonsamtalar var prioriterte arbeidsoppgåver - Miljøtiltak og aktivitetar var arbeidsoppgåver som ofte blei nedprioritert |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Å oppretthalde og styrke funksjonen til pasientar skulle gjerast ved morgonstellet |
| Olsen, -B. V., Bergland, A. & Heiberg, E. K. (2018) | Belyse kva som var viktig for pasientar i rehabiliteringsprosessen etter hoftebrot | Kvalitativ metode. Datainnsamlingsmetoden som er nytta er intervju. | Åtte eldre pasientar mellom 69-91 år i rehabilitering etter hoftebrot, frå heimen sin fire månadar etter brotet. | <ul style="list-style-type: none"> - Pasientane verdsette ei profesjonell og personleg tilnærming frå helsepersonellet. - Å anerkjenne pasienten blei opplevd som positivt og engasjerande - Fleire erfarte lite initiativ frå personale på sjukeheimen, og at dei sjølv måtte ta ansvar for eigen rehabilitering - Fleire hadde forventningar til eigen rehabilitering, som dei ikkje klarte å oppnå og skapa frustrasjon - Mange mangla tru på at dei ville klare å returnere til deira tidlegare liv |
| Vestøl, I., Debesay, J. & Bergland, A. (2021) | Belyse eldre personar i rehabilitering etter hoftebrot sine erfaringar med fysisk aktivitet postoperativt | Kvalitativ metode. Datainnsamlingsmetoden som er nytta er intervju. | 21 pasientar i aldersgruppa 67-84 år, etter gjennomgått hofteoperasjon etter hoftebrot | <ul style="list-style-type: none"> - Personlege kvalitetar som utålmod, optimisme, staheit og evna til å fullføre planar var viktige for motivasjonen - Å oppleve framgang i særleg ADL, fremja positive kjensler og auka motivasjon. - Dei fleste var avhengig av støtte frå personell i rehabiliteringsprosessen. - Å engasjere og tenke positivt rundt fysisk aktivitet var viktige individuelle karakterstikk for å vedlikehalde motivasjonen |
| Asplin, G., Carlsson, G., Olsén, F. M. & Zidén, L. (2019) | Utforske pasienterfaringar postoperativt etter hoftebrot og bruken av trafikklys-systemet i rehabiliteringsprosessen. | Kvalitativ metode. Datainnsamlingsmetoden som er nytta er intervju. | 19 pasientar i aldersgruppa 66-94 år, etter hoftebrot. | <ul style="list-style-type: none"> - Det var viktig for pasientar å bli tatt imot med positivitet, vennlegheit og engasjement av personale - Fleire trengte å bli sett som eit individ, og bli møtt med interesse - Informasjon om hoftebrotet og rehabilitering, gav pasienten større forståing for situasjonen - Evna til å ta imot informasjon varierte tidleg postoperativt - Pasientane var takksame for positive tilbakemeldingar knytt til meistring og progresjon |

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Trafikklyssystem knytt til ADL-funksjon og bruk av sjekklister hadde positiv effekt på fleire - Helsepersonell kunne overvurdere pasientens fysiske og psykiske funksjon - Helsepersonell kunne signalisere stress, som hindra pasientar i å be om hjelp |
| Abrahamsen, C. & Nørgaard, B. (2021) | Identifisere kva eldre pasientar opplever som viktig i behandling, omsorg og rehabilitering etter hoftebrot. | Ein kvalitativ systematisk gjennomgang av 16 ulike studiar. Studiane har nytta intervju som datainnsamlingsmetode. | Totalt 299 pasientar der majoriteten representerte aldersgruppa 65-99 år, men 16 av deltakarane er registrert som i vaksen alder. | <ul style="list-style-type: none"> - Fysiske utfordringar førte til usikkerheit, lågare sjølvbilete og mindre tillit til eigne fysiske evner - Informasjon om kva ein kunne forvente seg og få eit tidsperspektiv var etterspurt - Urealistiske forventingar auka sjansen for skuffelse - Mange pasientar med lårhalsbrot er redde for fleire fall og framtida - Tilbakemeldingar på progresjon, vidare råd, støtte og involvering frå helsepersonell var eit ynskje frå pasientar - Målsetting motiverte pasientar, og eit felles mål var å returnere heim, få att sjølvstende og kunne gå att |



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 05-06-2023 09:00 CEST | Termin: | 2023 VÅR |
| Sluttdato: | 09-06-2023 14:00 CEST | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave | | |
| Flowkode: | 203 SYKF390 1 O 2023 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 239 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|------|
| Antall ord *: | 7999 |
|----------------------|------|

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 73
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei