

SY 180 H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

**REHABILITERENDE KORTTIDSOPPHOLD I
SYKEHJEM**

En kvalitativ studie om egenomsorg ved hoftebrudd

23.10.2009

Kull 06 vår

Kandidatnr.

103

117

122

[Lind, Hege Annett
Luoma, Eeva Kristiina
Kuha, Marja-Leena]

BODØ

INNHold

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INNLEDNING..... | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn og formål | 2 |
| 1.1.1 | Eldre og hoftebrudd | 2 |
| 1.1.2 | Tidlig rehabilitering av eldre ved akutt sykdom eller skade..... | 3 |
| 1.1.3 | Rehabiliterende korttidsopphold i sykehjem | 4 |
| 1.2 | Presisering og avgrensning av problemstillingen | 5 |
| 1.3 | Begrepsavklaringer | 6 |
| 1.4 | Oppbygging av oppgaven | 7 |
| 2 | METODE..... | 8 |
| 2.1 | Vitenskapelig tilnærming og kvalitativ intervju | 8 |
| 2.2 | Litteraturvalg..... | 9 |
| 2.3 | Gjennomføring av undersøkelse | 9 |
| 2.4 | Analyse av data | 12 |
| 2.5 | Metodedrøfting og etiske overveielser..... | 13 |
| 3 | TEORETISK RAMMEVERK..... | 15 |
| 3.1 | Dorothea Orems egenomsorgsteori..... | 15 |
| 3.1.1 | Terapeutisk egenomsorgskrav | 16 |
| 3.1.2 | Egenomsorgskapasitet og egenomsorgssvikt | 16 |
| 3.2 | Egenomsorg i sykepleieperspektiv..... | 17 |
| 3.2.1 | Sykepleieprosessen..... | 19 |
| 4 | DRØFTING | 20 |
| 4.1 | Sykepleieprosess i gjenopptreningsfasen..... | 20 |
| 4.2 | Sykepleierens handlinger for at pasienten skulle gjenvinne egenomsorg..... | 23 |
| 4.2.1 | Handle / gjøre for andre..... | 23 |
| 4.2.2 | Veiledning | 25 |
| 4.2.3 | Fysisk og psykisk støtte | 26 |
| 4.2.4 | Tilrettelegging av et terapeutisk miljø..... | 28 |
| 4.2.5 | Undervisning | 31 |
| 4.3 | Korttidsopphold i sykehjem – et godt rehabiliteringstilbud for eldre? | 33 |
| 5 | OPPSUMMERING..... | 35 |
| | LITTERATURLISTE..... | 36 |

- VEDLEGG: 1: Vanlige bruddsteder i lårbeinets proksimale del
2: Intervjuguiden
3: Tillatelse for innehtig av data
4: Brev til informanter

Antall ord: 10605

1 INNLEDNING

Den problemstilling som vi tre sykepleiestudenter har valgt som utgangspunkt i denne bacheloroppgaven mener vi er både aktuell og relevant med tanke på eldre pasienters rehabiliteringspotensiale under korttidsopphold i rehabiliteringssenter eller sykehjem, med hjemkomst som mål. Problemstilling mener vi også er relevant sett ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Da menes her spesifikt i forhold til forebyggende helsearbeid innenfor norsk helse- og omsorgssektor. Vi ser stadig oppslag i media om lange sykehjemskøer, og studiene viser at utskrivningsklare pasienter fra sykehus presser helsetjenesten (Sæterstrand og Tingvoll 2008) Mangelen på rehabiliterings- og korttidsplasser i sykehjemmene, samt ressursmangel innenfor helsetjeneste generelt, fører til at rehabilitering ikke blir prioritert innenfor åpen omsorg eller i sykehjemmene (ibid). Bakgrunn for at vi valgte å belyse nettopp dette tema i bacheloroppgaven bygger på erfaringer vi har hatt i praksisperiodene innenfor primærhelsetjenesten. Vår spesielle interesse for nettopp rehabilitering og opptrening av eldre kommer fra observasjonspraksis i forebyggende helsearbeid som vi hadde i et rehabiliteringssenter.

Vi vil senere i innledningen presentere en oversikt over eksisterende litteratur og forskningsartikler om det tema som skal belyses i denne bacheloroppgaven.

For å tilnærme oss dette tema mer spesifikt har vi i det videre valgt å avgrense og presisere problemstilling nærmere; «egenomsorg for eldre hoftebruddpasienter som er under opptreningsopphold i sykehjem».

Bakgrunnsmateriale og oppbyggingen av denne bacheloroppgaven tar utgangspunkt i en kvalitativ forskningsstudie basert på intervjuer av sykepleiere fra to ulike sykehjem i to kommuner. Som teoretisk perspektiv i denne bacheloroppgaven har vi valgt å trekke inn sykepleierteoretiker Dorothea Orems egenomsorgsteori for å belyse og drøfte problemstillingen. Orems egenomsorgsteori er en utviklingsteori og beskriver i hovedsak menneskets muligheter og ressurser for utvikling. Som avslutningsvis vil vi diskutere hvilke forutsetninger korttidsopphold i sykehjem kan ha for å rehabilitere eldre hoftebruddpasienter.

1.1 Bakgrunn og formål

1.1.1 Eldre og hoftebrudd

Studiene viser at omtrent 30 % av hjemmeboende eldre faller minst en gang hvert år (Pettersen 2002). For åttiåringer er forekomsten bortimot 50% (Helbostad og Simonsen 2007). Disse fallene utgjør i følge Pettersen (2002) en betydelig andel av alle skaderelaterte sykehusinnleggelseser, med høy mortalitet og morbiditet, lang liggetid og høye samfunnskostnader. Siden fallskader blant eldre er svært ressurskrevende, og et voksende folkehelseproblem på grunn av økende antall eldre over 80 år, fremhever Pettersen (2002) forebyggende arbeid blant eldre. Det er viktig å forsøke å finne de utløsende årsakene til fall og forsøke å behandle flest mulig av dem (ibid).

Ti prosent av alle fall hos eldre fører til en skade, derav halvdelen dreier seg om bruddskader. En prosent av fallene ender med et hoftebrudd og representerer den hyppigste alvorlige fallskaden hos eldre (Nygaard 2006:223. Pettersen 2002). Med en fellesbetegnelse blir brudd i *collum femoris*, *gjennom og under trokantermassivet* kalt proksimale femurfrakturer (jf. vedlegg 1). Vanligvis skiller man bruddet i hårhalsen (fraktur collum femoris) både behandlingsmessig og prognostisk mellom mediale og laterale lårhalsbrudd og brudd gjennom trokanterregionen (fractura pertrochanterica femoris). Intensiteten av smerten avhenger av lokalisasjon av bruddet samt om bruddet er udislokert eller dislokert (om bruddflatene har kontakt med hverandre eller ikke) (Almås og Engum 2005:684. Brændvik 2007:295).

Brudd i øvre femurenden blir nesten uten unntak operert, også - og spesielt hos gamle og skrøpelige pasienter. Uten operasjon blir pasienten sengeliggende og hjelpeløs, med fare for komplikasjoner som trykksår, lungebetennelse og dyp venetrombose (Jacobsen m fl. 2005:531). En ny norsk studie gjort av ortopedier Frihagen, Nordsletten og Madsen anbefaler at de fleste lårhalsbrudd med feilstilling skal behandles med hemiprotese¹ (Hem 2008). Osteosyntese både med skruer og nagler har vært vanlige fiksasjonsmetoder ved lårhalsbrudd hos eldre på grunn av at den medfører forholdsvis liten ekstrapåkjenning for gamle mennesker (Almås og Engum 2005:658), men hemiprotese forsvaret i følge Hem

¹ Lårhals og hode på lårbeinet erstattes med protese, mens acetabulum ikke røres (Hem 2008).

(2008) sin plass med mindre komplikasjoner og bedre funksjonelle resultater. Ved pertrochantære og subtrochantære brudd utføres fiksasjon med glideskrue og plate, eventuelt vinkelplate, og full belastning etter operasjon er vanskelig å oppnå (Brændvik 2007:296).

1.1.2 Tidlig rehabilitering av eldre ved akutt sykdom eller skade

En studie som geriatere Renate Pettersen og Torgeir B. Wyller (2007) har bygd på Medline-søk i relevant litteratur og egne erfaringer fra geriatrisk sykehusavdeling handler om geriatrisk rehabilitering som er integrert i akuttbehandling av sykdom. Studiene som forfatterne refererer på viser en signifikant økt treårssykelighet og dødelighet hos eldre hoftebruddpasienter med dårlig premorbid² fysisk og mental helsetilstand sammenliknet med sprekere jevnaldrende. I en studie med nesten 600 lårhalsbruddpasienter klarte bare halvparten av dem med tidligere normal gangfunksjon å gå uten hjelpemidler etter ett år, over 40% hadde mistet evnen til å bevege seg utendørs, og en tredel av alle over 85 år hadde flyttet til sykehjem. Disse dårlige resultatene skyldes i følge Pettersen og Wyller sannsynligvis ikke selve sykdommen eller pasientens skrøpeligheit alene, men også fysiske og driftsmessige forhold i moderne sykehusavdelinger, slik som travelhet, overbelegg, teknologisering og iatrogene³ komplikasjoner (ibid).

Allerede ved innleggingen i sykehus er det nødvendig å kartlegge pasientens hjemmeforhold og fysiske og psykiske ressurser før skaden, slik at riktig rehabiliterings-tilbud kan planlegges (Almås og Engen 2005:686). Funnene i studien til Pettersen og Wyller (2007) viser at tidlig og integrert rehabilitering av gamle, sårbare pasienter med akutt sykdom eller hoftebrudd gir gode resultater som færre iatrogene komplikasjoner, redusert forekomst og varighet av delirium og bedre funksjonsevne. Forskerne understreker viktigheten av å ta ansvar for hele pasientforløpet. Prinsippene for geriatrisk rehabilitering er enkle og lavteknologiske: trygge omgivelser, god kommunikasjon med pasient og nettverk, teamarbeid, sikring av basale behov, tidlig mobilisering og aktivisering, individuell behandlingsplan, forebygging av iatrogene skader og kvalitetssikring av utskrivningsprosessen. Pettersen og Wyller mener at den systematiske

² Som kommer eller viser seg før utbruddet av selve sykdommen (Nylenna 2004).

³ Som skyldes legen. Ordet brukes om symptomer og plager som er et resultat av legens uttalelser, undersøkelser eller behandling (Nylenna 2005).

og helhetlige tilnærmingen og spesialutdannet personale er suksessen i geriatrisk rehabilitering (ibid).

1.1.3 Rehabiliterende korttidsopphold i sykehjem

I Samhandlingsreformen (2008-2009) fremheves det kvalitet og trygghet for pasientene i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Det bør i følge reformen vurderes å bygge opp kommunale tilbud som sikrer etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem (St.meld. nr. 47) På kommunalt nivå vil lovfestet⁴ rehabilitering av eldre ofte tilbys i regi av hjemmebaserte tjenester og i form av rehabiliteringsavdelinger på sykehjem (ibid). I praksis skjer det ofte at eldre med rehabiliteringsbehov blir plassert i en vanlig sykehjemsavdeling, der rehabiliteringsplanene blir skjøvet til side på grunn av et stort antall pleiepasienter og få korttidsplasser (Tingvoll og Sæterstand 2008). Utvalget som vurderte samhandling innen helsetjenesten i 2005, uttrykte behov for å skjerme en viss andel sykehjems plasser til bruk for korttids- og rehabiliteringsopphold, kombinert med stor fleksibilitet i hjemmetjenestene. Etter utvalgets vurdering er det da en forutsetning at sykehjemmene får tilført mer ressurser til aktivitetstilbud, fysioterapi- og legetjenester (NOU 2005:3).

Vi ser som formålet med denne bacheloroppgaven i tillegg til sykepleierutdanningens krav til forskning og fagutvikling, å øke vår egen forståelse og kompetanse i forhold til de eldre som er på rehabilitering- og opptreningsopphold i sykehjem. Slik kunne vi som ferdige sykepleiere bedre møte behovene til denne pasientgruppen. Kompetansen vi tilegner oss gjennom denne bacheloroppgaven anser vi også som generelt viktig i sykepleiearbeid i norsk helsesektor.

⁴ Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering, Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av brukerens boform (FOR 2001-06-28).

1.2 Presisering og avgrensning av problemstillingen

For at vi skal kunne gå i dybden i denne undersøkelsen, det vil si at vi kunne forstå mer av et problem (jf. Dalland 2005:100), så vi det som hensiktsmessig å presisere problemstillingen. Vi ser at denne presiseringen var nødvendig også med tanke på våre begrensninger i forhold til ferdigheter og ressurser i gjennomføringen av en slik undersøkelse. Vi valgte derfor å sette fokus på eldre hoftebruddpasienter som er på opptreningsopphold i sykehjem. Problemstillingen ble da som følgende:

Hvordan kan sykepleier fremme egenomsorg hos pasienter med hoftebrudd under korttidsopphold i sykehjem?

Vårt ønske var å forsøke å studere nærmere denne pasientgruppens særlige behov knyttet til gjenvinning av egenomsorg ved korttidsopphold i sykehjem. Vårt fokus ble da hvorvidt sykepleieren kan bidra med at disse pasientene får best mulig utbytte av korttidsoppholdet.

For at vi kunne gå enda dypere inn på fenomenet, valgte vi å avgrense problemstillingen til de eldste eldre (over 80 år i følge Romøren 2005:62), som blir overført fra sykehus til sykehjem for etterbehandling etter hoftebruddoperasjon med hjemkomst etter korttidsopphold som mål. Fokus på den generelle sykepleiers erfaringsbaserte kunnskap i forhold til problemstillingen vil her kunne knyttes opp mot både fysiske og psykiske behov hos eldre pasienter. Da i forhold til fremming av egenomsorg hos hoftebruddpasientene.

For å begrense oppgavens omfang valgte vi ikke å gå inn på ulike komplikasjoner som kan oppstå etter operasjon.

Pårørende har absolutt en viktig rolle også i opptreningsfasen, men på grunn av studiens omfang går vi ikke nærmere inn på det.

1.3 Begrepsavklaringer

Egenomsorg

Begrepet egenomsorg vil bli forstått med hjelp av amerikansk sykepleieteoretiker Dorothea Orems teori om egenomsorg: ”Aktiviteter som en voksen person igangsetter og utfører over et visst tidsrom, for å opprettholde eget liv, funksjonsevne, utvikling og velvære” (Cavanagh1999:156).

Hoftebrudd

Hoftebrudd er brudd av den proksimale (øverste delen) femur (lårbein). Brudd i den proksimale femur deles ofte inn i tre forskjellige kategorier, alt etter hvor bruddet anatomisk har skjedd. Det kan enten være fraktura colli femoris (brudd i lårhalsen), pertrochantær fraktur (brudd gjennom trokantermassivet) eller subtrochantær fraktur (brudd i proksimale femurskafet, ved underkanten av trokantermassivet) (Almås og Engum 2005:684). I denne studien vil betegnelsen hoftebrudd bli brukt om alle disse tre bruddtypene.

Pasient

Pasient defineres i Medisinsk ordbok slik: ”syk person, person under medisinsk behandling” (Nylenna 2004:258). I dag blir begrepene ”beboer” og ”bruker” mye brukt ved mange sykehjem. Vi har valgt å bruke det gamle begrepet pasient, fordi pasientene ved korttidsopphold i sykehjem ikke først og fremst kommer for å bli boende der, men for å få pleie, behandling og omsorg. Ordet pasient presiserer også sykepleierens ansvar.

Korttidsopphold

I alle kommuner tilbys pasienter korttidsopphold i sykehjem. I stor grad handler dette om avlastningsopphold for pårørende eller vurdering av pasientens omsorgsbehov. Korttidsopphold fungerer i noen sykehjem som rehabiliteringsopphold (Garåsen 2008). I denne studien blir begrepet korttidsopphold brukt som rehabiliterings- eller opptreningsopphold i sykehjem etter utskrivning fra sykehus. Varigheten av korttidsoppholdet varierte i undersøkelsens informanternes utsagn mellom tre og seks uker.

Rehabilitering og opptrening

Ordet rehabilitering betyr i følge Johannessen (2005:20) ”å komme til ære igjen”. Rehabilitering er i Forskrift om habilitering og rehabilitering definert som ”tidsavgrensede, planlagte prosess med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjon og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i det sosiale liv og i samfunnet” (FOR 2001-06-28).

Opptrening er tiltak for å normalisere, bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner og aktivitesfunksjoner. Opptrening kan være vanskelig å skille fra de øvrige tiltakene og vil være en del av og inngås som ett av flere tiltak i en rehabiliteringsprosess (Garåsen 2008).

I denne oppgaven brukes begrepene rehabilitering og opptrening om de tiltakene som har til hensikt å øke eldres egenomsorgsevne og –kapasitet ved korttidsopphold i sykehjem.

1.4 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 vil det bli redegjort for den metodiske tilnærmingen. Deretter i kapittel 3 presenteres Dorothea Orems egenomsorgsteori, for å belyse og forklare problemstillingen for oppgaven nærmere. I kapittel 4 blir innsamlet data drøftet opp mot litteratur, forskning og teori. Til slutt følger en oppsummering.

2 METODE

Metodevalg er avgjørende for å kunne samordne data og faktakunnskap, slik at vi kan komme med analyse og vurderinger (Dalland 2005:). Det kanskje viktigste skillet mellom kvantitative og kvalitative metoder er at de egner seg til å innhente ulike typer data. Kvantitativt orienterte metoder former informasjonen til målbare enheter, mens kvalitativt orienterte fanger opp meninger og opplevelser (ibid).

Det ble valgt en kvalitativ metode i denne studien for å kunne belyse problemstillingen; «fremming av egenomsorg hos hoftebruddpasienter». I dette kapitlet skal vi tilnærme oss studien sett ut fra et fortolkende perspektiv. Vi ønsker her å redegjøre for hvordan vi gjennomførte undersøkelsen og hvordan det innsamlede datamaterialet ble analysert. Til sist skal vi gi en begrunnelse på anvendte kvalitative metode, da med utgangspunkt i det innsamlede datamateriale i den empiriske⁵ undersøkelsen som ble utført av oss forskere ute på forskningsfeltet. Vi vil også her stille oss selv spørsmål om fremgangsmåte og metode i forhold til de etiske retningslinjer rundt datainnsamlingen, og hvilken betydning den muligens fikk for de svar som ble gitt oss av informantene i intervjusituasjonen.

2.1 Vitenskapelig tilnærming og kvalitativ intervju

Hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming er to av kunnskapsforståelsene innenfor vitenskap. Fenomenologi er en retning som tar utgangspunktet i fenomenene i menneskelivet, og hermeneutikk fortolker fenomener og prøver å komme til forståelse av disse fenomenene (Thomassen 2006:157). Denne studien har fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Naturvitenskapelig faktakunnskap som ble funnet i eksisterende litteratur belyser studiens problemstilling. Kvalitativ intervju prøver å beskrive nøyaktig og nyansert den situasjonen eller hendelsen hvor informanten befinner seg i. Dermed er analyse av dataen som er samlet inn alltid nødvendig. Uten analyse blir data bare en repetisjon av hva intervjuobjektene har sagt. Kvalitativ intervju er en aktiv hendelse, hvor intervjueren skal være våken og følge informantens kroppsspråk og la henne ta en liten

⁵ Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring (Dalland 2005:77).

tenkepause uten å avbryte henne. Et slikt intervju har fokus på bestemte temaer uten å ha en stram struktur. Det gir en del bevegelsesfrihet og muligheten til å ha fokus på flere ting samtidig (Dalland 2005:119).

Bakgrunn for vårt valg av metode til denne studien bygger på vårt ønske om å oppnå økt kunnskap om tematikken rundt problemstillingen. De empiriske data som er innhentet i denne studien har gitt oss en større forståelse av problemstillingen: «hvordan sykepleiere på ulike sykehjem opplever opptrening av eldre hoftebruddpasienter».

2.2 Litteraturvalg

Vi har gjort et søkearbeid i eksisterende litteratur for å kunne gi en oversikt over kunnskapen rundt tema. Det ble søkt i databaser som Bibsys og Norart. Google Scholar ble benyttet til orientering. Foruten dette ble ulike nettsider oppsøkt, som for eksempel Norsk Osteoporoseforening, Sykepleien, Tidsskrift for Den norske Legeforening, Vård i Norden, og Folkehelseinstitutt. Forskjellige stortingsmeldinger, lover og rapporter er også blitt studert. Det ble søkt både med norske og engelske søkeord, men siden tilgangen til internasjonale studier var vanskelig, ble kun forskningsartikler på norsk brukt. Det ble søkt med ulike kombinasjoner av søkeordene pasient, eldre, lårhalsbrudd, hoftebrudd, sykepleie, geriatri, osteoporose, opptrening, rehabilitering, korttidsopphold, sykehjem og egenomsorg. Generelt ble det funnet mye forskning om behandling og opptrening ved hoftebrudd av nyere dato, men forholdsvis lite direkte pasient- eller sykepleierrelaterte studier om egenomsorg ved hoftebrudd. To av disse pasientrelaterte studiene er blitt brukt i drøfting for å utdype og utfylle våre funn fra undersøkelsen. Det ble tilstrebet å bruke primærlitteratur gjennom hele studien, men også sekundærlitteratur er blitt brukt.

2.3 Gjennomføring av undersøkelse

Det å kunne gjøre rede for hvordan man har gjennomført en undersøkelse, er forutsetning til at kvalitative forskningsmetoder kan brukes riktig (Dalland 2005:73). Den første planleggingen i forhold til innsamling av data skjedde under bearbeiding av prosjektbeskrivelse. Det ble brukt mye tid på å tenke gjennom hva som kan komme ut av

undersøkelsen og hvilke data som kunne være relevante. Når prosjektbeskrivelsen ble godkjent av bachelorveilederen, begynte leting etter mulige intervjuobjekter. Det var viktig å finne sykepleiere som hadde erfaring med opptrening av hoftebruddpasienter ved korttidsopphold i sykehjem. I denne hensikt kontaktet vi per telefon en leder av et rehabiliteringsteam i en kommune. Etter at vi presenterte oss og vår problemstilling, ga hun oss ikke bare en oppløftende tilbakemelding på viktigheten og verdien av den undersøkelsen vi skulle utføre, men også en bekreftelse på at dette var et viktig tema å fordype seg i. Hun henviste oss til en bestemt korttidsavdeling i et sykehjem. Personalet på denne korttidsavdelingen hadde i følge kontaktpersonen bygd opp et aktivt opptreningsmiljø for eldre hoftebruddpasienter.

Vi kontaktet avdelingslederen for denne avdelingen per telefon. Etter å ha presentert oss selv og redegjort kort om problemstillingen i undersøkelsen og hvordan vi hadde tenkt å samle inn data fra praksisfeltet, fikk vi et klart ja til gjennomføring av en intervjuundersøkelse med informant ved avdelingen.

For å kunne få sammenligningsbar informasjon, kontaktet vi også en vanlig sykehjemsavdeling, som tar hoftebruddpasienter innimellom på korttids plass. Der var mottakelsen også positiv, men ikke like entusiastisk som på korttidsavdeling. Vi fikk inntrykk av at dette var noe de ikke følte seg helt kompetente til. Det tok noe tid før vi fikk avklart personen som kunne stille opp som intervjuobjekt i vår undersøkelse. Selv om denne personen ikke hadde den helt store entusiasmen for å delta i forskningsstudien vår, valgte vi allikevel å gjennomføre intervjuet for slik å kunne få inntrykk av hvordan opptrening og rehabilitering erfares på en helt vanlig sykehjemsavdeling.

En formell søknad om tillatelse til innhenting av informasjon (vedlegg 3) og et brev (vedlegg 4) der vi avklarte frivillighet, og bruk av lydopptaker og anonymisering, ble godkjent av bachelorveilederen før vi sendte dem videre til ledere av vedkommende avdelingene.

Etter å ha fått den formelle tillatelsen gikk vi i gang med å utforme en intervjuguide (vedlegg 2) som var et resultat av undersøkelses mål, hensikt, problemstilling, forskningsspørsmål og tidligere erfaringer (jf. Dalland 2005). Det ble tilstrebet god struktur og logisk oppbygging for å kunne gjennomføre intervjuene likt på begge avdelingene.

Intervjuguiden ble godkjent av bachelorveilederen. Begge informantene fikk tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuene slik at de kunne forberede seg til intervjuet.

Denne bacheloroppgaven bygger i stor grad på de ulike personer vi som forskere er og våre egne erfaringer fra praksis innenfor helse- og omsorgssektor, og danner dermed bakgrunn for vår (forskerens) egen førforståelse (jf. Dalland 2005). Dette var en sterk medfaktor for hvordan intervjuene ble, og hvilke data som fremkom.

For at intervjuene på de ulike sykehjemsavdelingene i undersøkelsen skulle ha mest mulig like ytre rammer, ble gjennomføringen planlagt på forhånd. Vår plan var at alle tre forskere deltok under begge intervjuene. Forsker A stilte spørsmål fra intervjuguiden, forsker B hadde ansvaret for det tekniske, og forsker C noterte underveis i intervjuet nonverbale observasjoner. Dette sammen med stikkord på tilleggsspørsmål som forskeren ville komme tilbake til senere for ikke å avbryte informanten. Til sist ble en kort oppsummering gjort, og informantene fikk anledning til å ta opp ting eller stille spørsmål. For at kvaliteten på intervjuene skulle bli vellykket, var det viktig at vi forskere møtte opp i god tid før intervjuet for å sjekke lydopptakeren og rammene rundt intervjuet.

Informant A

Informant A hadde sju års erfaring som sykepleier med spesialisering i eldreomsorg fra noen år tilbake. Vedkommende jobbet som sykepleier på en vanlig sykehjemsavdeling. Informanten ga uttrykk for å ikke være helt oppdatert i forhold til problemstillingen i vår undersøkelse. Årsak var at det kunne gå lang tid mellom hver gang de fikk en innleggelse av en pasient med hoftebrudd. Da på et slik korttidsopphold som vi var mest interessert i. Vi mente hun allikevel kunne være aktuell som intervjuobjekt fordi hun hadde solid bakgrunn og erfaring med sykehjemsbeboere som faller og får lårhalsbrudd i sykehjem. Disse pasientene har delvis samme behov som opptreningspasienter ved korttidsopphold. Likevel dreide flere av svarene vi fikk fra intervjuobjektet, om demente pasienter som ikke var tilhørende i den pasientgruppen vi forsket på.

For intervjuet fikk vi tildelt en fellesstue som avdelingen vanligvis låner ut til ulike aktiviteter.

Informanten uttrykte mangel på erfaring av slike intervjusituasjoner. Det ble tilstrebet en trygg og behagelig atmosfære som hjalp til at den spente stemningen løste seg opp i løpet

av intervjuet. Informanten skulle på aftenvakt etter intervjuet og ble derfor særlig siste delen av intervjuet rastløs og veldig opptatt av å sjekke klokka. Intervjuet varte i 45 minutter.

Vi følte at informanten var godt forberedt med håndskrevne egne notater, men vi opplevde at noen av spørsmålene kunne ha krevd litt forklaring fra vår side på forhånd.

Informant B

Informant var på jobb på intervjudagen og ble litt for sen til avtalt time. Selve intervjuet ble gjennomført i et lite bibliotek ved sykehjemmets lokaler og vi ble ikke plaget av forstyrrelser utenfra under intervjuet. Informanten hadde vakttelefon med seg, noe som medførte litt stress under intervjuet. (selv om det ikke kom noe anrop på telefonen) Informant B hadde til sammen nesten femten års erfaring fra sykehuset og rehabiliterings- og korttidsavdelingen i et sykehjem. Informanten hadde ikke videreutdanning innen rehabilitering, men hadde årevis med erfaringer fra eldre hoftebruddpasienter. I intervjuet kom det fram flere gode eksempler fra praksisen.

Stemningen under intervjuet var rolig og trygg, og informanten viste seg å være godt forberedt til intervjuet. Alt tydet på at vedkommende hadde erfaring med slike intervjusituasjoner. Intervjuet varte en time og 10 minutt.

2.4 Analyse av data

”Analysen skal hjelpe oss til å finne ut av hva intervjuet egentlig har å fortelle” (Dalland 2005:152). Analyseprosessen har til hensikt å gi struktur og mening med den data som er samlet inn. Når intervjuene var transkribert, det vil si skrevet fra ord til ord, ble datamaterialet analysert med metode som kalles for tematisering (jf. Dalland 2005). Denne tematisering innebærer fem trinn, som også vår analyseringsprosessen ble bygd på. Først ble intervjuene lest grudig for å få et *helhetlig bilde*. Deretter ble svarene *delt i enheter* og intervjuguiden var en bra veileder i dette arbeidet. Etter hvert ble det funnet de *mest sentrale temaene* og temaene ble *sett i lys av problemstillingen*. Til slutt gikk vi gjennom temaene og *tok opp de aller viktigste emnene* fra intervjuene, de som kunne best belyse problemstillingen.

Vi har valgt å presentere funnene i intervjuene i forbindelse med drøfting. Det ble ikke funnet noe betydelige forskjell mellom informantenes utsagn med tanke på de ulike avdelingene vedkommede jobbet på. Derfor blir ikke informantenes utsagn veidd opp mot hverandre eller sammenliknet i denne oppgavens drøftingsdelen.

2.5 Metodedrøfting og etiske overveielser

Hensikten med denne undersøkelsen var å hente frem *erfaringsbaserte beskrivelser* (jf. Dalland 2005) om de sykepleiehandlingene som har til hensikt å fremme egenomsorg hos hoftebruddpasienter. På bakgrunn av dette mener vi at kvalitativ intervju på mange måter var et godt og trygt metodevalg. For det første fikk vi tilgang til sykepleiernes egne erfaringer som ofte belyser problemstillingen i dybden og viser veien til nærmere betraktning av fenomenet. For det andre følte vi at bruk av denne type metode egnet seg best for oss med tanke på våre ferdigheter og ressurser til å gjennomføre en slik undersøkelse. Ved at vi kritisk betrakter gjennomføringen, mener vi at kan belyse *hvorfor* studien ble som den ble.

Intervjuene med informantene i vår undersøkelse ble gjennomført med oss alle tre forskere til stede. I forkant av intervjuene mente vi dette var god plan. Dalland (2005:130) påpeker at siden kvalitativt intervju påvirkes av mellommenneskelig situasjon, er kontakten mellom intervjuer og intervjuerperson helt grunnleggende for utviklingen av intervjuet. På bakgrunn av dette kan vi se at om informantene skulle hatt kun en intervjuer å forholde seg til, hadde informantene kanskje følt seg mer behagelige og avslappete i sine roller som intervjuerpersoner. Hvilken betydning dette skulle hatt på svarene vi fikk, er vanskelig å si.

Vi opplevde under intervjuet at noen av spørsmålene ble oppfattet som litt vanskelige og tvetydige av informantene. Et prøveintervju ville kanskje hjulpet oss i større grad til å se hvilke spørsmål som kunne krevd en mer tydelig formulering (jf. Dalland 2005). Det samme spørsmål stilte vi oss i forhold til om vi i noen grad kunne fått en bedre førforståelse om tema for studien, ved å gjøre større bruk av det mangfold av litteratur som er skrevet om dette tema. Da menes det her, før vi gikk i gang med å utforme

intervjuguiden. Et eksempel; vi manglet spørsmål som bedre kunne belyst sykepleierens veilederrolle i forhold til pasienter, pårørende og andre pleiepersonell i avdelingen.

Mer åpne spørsmål hadde kanskje gitt flere ”overraskende” funn, da kunne også antall av spørsmål vært mindre. Hjelpespørsmål hadde i så fall vært nødvendige.

Om vi hadde valgt flere informanter fra begge typer avdelinger, hadde vi kanskje fått et mer utfyllende datamateriale som kunne gitt en større validitet⁶ til problemstilling i denne bacheloroppgaven.

Det ble tilstrebet god forskningsetikk gjennom hele prosessen, alt fra informering om frivillig deltakelse og anonymisering, til redelig analysering og behandling av datamaterialet.

⁶ Validitet står for relevans og gyldighet (Dalland 2005:50).

3 TEORETISK RAMMEVERK

Det å ta et teoretisk perspektiv til problemstillingen, betyr i følge Dalland (2005:98) å velge en bestemt retning for forskningsinteressen. I dette kapitlet blir begrepet egenomsorg redegjort for ved hjelp av amerikansk sykepleieteoretiker Dorothea Orem's egenomsorgsteori. Vi har valgt å benytte Orem's sykepleieperspektiv også i drøfting av problemstillingen. Orem har utviklet egenomsorgsteorien sin siden 1959, og hennes teorier er blitt anvendt innenfor sykepleiepraksis, -forskning, -utdanning og -administrasjon.

3.1 Dorothea Orem's egenomsorgsteori

Orem bygger sin omsorgsteori på et fler-dimensjonalt menneskesyn; hun ser på mennesket som en psyko-fysiologisk organisme med rasjonelle evner:

Som en biologisk organisme eksisterer og reagerer mennesket både som organisme og objekt i et miljø med fysiske og biologiske komponenter. Som et fornuftsvesen symboliserer og formulerer mennesket mål for – handler ut fra – seg selv, andre og miljøet (Orem i Biermann 1996:5).

Orem tror at mennesket har en iboende aktivitet for læring og utvikling. Fra et sykepleieperspektiv blir mennesket ansett å ha behov for selvopprettholdelse og selvregulering gjennom en spesiell type handling, kalt egenomsorg. Orem definerer egenomsorg og omsorg for andre slik:

Egenomsorg er handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Omsorg for andre er et voksent menneskes bidrag til helse og velvære for avhengige medlemmer av den voksnens sosiale gruppe (Orem i Kristoffersen 2005:39).

Egenomsorg og omsorg er i følge Orem en del av den atferden vi lærer gjennom miljøet og kulturen vi tilhører. Egenomsorgshandlinger beskriver menneskets muligheter og ressurser for utvikling. Orem's teori beskrives derfor også som en utviklingsteori. Orem deler egenomsorgsprosessen i to faser: i første fase situasjonen vurderes og etter hvert tas initiativ, i andre fase skjer handlingene (Kristoffersen 2005).

3.1.1 *Terapeutisk egenomsorgskrav*

Begrepet terapeutisk egenomsorgskrav referer til summen av de egenomsorgshandlinger som individet må utføre innen en gitt tidsramme for å vedlikeholde eller gjenopprette helse og velvære. I følge Orem har en pasient bare ett terapeutisk egenomsorgskrav i en bestemt tidsperiode. Kravet består av ulike handlinger, som har forebyggende og helsefremmende aspekter (Biermann 1996:9).

I følge Orem skal *egenomsorgsbehovene* forstås som generelle resultater eller mål som ønskes oppnådd gjennom egenomsorgshandlinger. De *universelle* behovene inneholder alt fra å bevare tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat, balansen mellom aktivitet og hvile til utvikling av selvbilde og identifisering av avvik hos oss selv og andre. Sykepleiere møter disse behov daglig i sitt arbeid, men de er ikke alltid så lett å identifisere. De *utviklingsrelaterte* behovene er knyttet til individets alder og modning, og disse varierer stort i forhold til livssituasjon. De *helsesviktrelaterte* behov møter mennesker som er syke, skadde, har en funksjonstap eller – begrensning eller er under behandling eller medisinsk diagnostisering (Kristoffersen 2005:43). Orem nevner seks helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov:

- å oppsøke helsetjenesten ved sykdom og helsesvikt
- å være oppmerksom på og ta hensyn til konsekvenser av sykdom og helsesvikt
- å gjennomføre foreskrevet medisinsk behandling
- å være oppmerksom på og ta hensyn til ubehag og negative virkninger av den medisinske behandlingen
- å justere selvbildet ved å akseptere situasjonen, og behovet for bistand fra helsetjenesten
- å lære å leve med sykdom og konsekvenser av medisinsk behandling på en måte som fremmer fortsatt personlig utvikling (Kristoffersen 2005:43).

3.1.2 *Egenomsorgskapasitet og egenomsorgssvikt*

Orem definerer egenomsorgskapasitet slik:

..en kompleks tillært evne til å møte ens kontinuerlige krav til omsorg som regulerer livsprosesser, opprettholder eller fremmer menneskelig strukturell og

funksjonell integritet og menneskelig utvikling og fremmer velvære (Orem i Biermann 1996).

Orem nevner ulike kunnskaper, ferdigheter og holdninger, som gjør personen i stand til å utøve egenomsorg. Disse kalles også for egenomsorgskapasitetens dynamiske komponenter, og i forhold til eldre hoftebruddpasienter anser vi følgende følgende tre komponenter spesielt viktige:

1. Evne til kroppsbeherskelse under utførelse av de bevegelser som er nødvendige for å igangsette og fullføre egenomsorgsaktiviteter.
2. Motivasjon, (dvs. mål-orientering for egenomsorg som er i overensstemmelse med dens karakteristika og dens betydning for liv, helse og velvære).
3. Et repertoar av kognitive-, perseptuelle-, manipulative-, kommunikasjons- og interpersonlige ferdigheter som er tilpasset utøvelsen av egenomsorgshandlingene (Orem i Biermann 1996:16).

Begrepet *egenomsorgssvikt* defineres som ”en ubalanse mellom en persons egenomsorgskapasitet og vedkommendes terapeutiske egenomsorgskrav” (Orem i Biermann 1999:17). For at sykepleieren skal kunne identifisere en egenomsorgssvikt, må hun kalkulere hvilke egenomsorgshandlinger som må utføres (terapeutisk egenomsorgskrav) og deretter vurderer pasientens evne til å utføre dem (ibid).

3.2 Egenomsorg i sykepleieperspektiv

Når behov for sykepleie er til stede, er det vesentlig at den hjelpen som gis står i forhold til det pasienten egentlig har behov for. Både for mye og for lite hjelp kan redusere pasientens evne til egenomsorgsutøvelse, og spesielt for mye hjelp over tid vil medføre nedsatt evne til å utøve egenomsorg. Orem understreker at sykepleieren bør være spesielt opptatt av å kartlegge de eldres egenomsorgskapasitet i forhold til vedkommendes terapeutiske egenomsorgskrav. Siden eldre har generelt en nedsatt reservekapasitet, er individuell tilnærming og en kontinuerlig justering av flere egenomsorgsbehov nødvendig for å unngå å redusere reservekapasiteten, og dermed øke egenomsorgssvikten ytterligere (Biermann 1996:18).

Sykepleiefokus i Orem's teori inkluderer seks sentrale komponenter:

- helsetilstand,
- helseresultater som ønskes oppnådd,
- terapeutisk egenomsorgskrav,
- evne til å møte egenomsorgskrav,
- pasientens syn på sin helsetilstand
- legens syn på pasientens helsetilstand (Orem i Biermann 1996:19).

Målet for sykepleietjenesten er å oppnå helseresultater, som omfatter:

- forebygging av sykdom, skader og invaliditet,
- behandling eller regulering av sykdomsprosesser,
- bevaring eller gjenoppretting av vitale prosesser,
- rehabilitering etter skader og nedsatt funksjon,
- stabilisering av tilstanden hos kronisk syke,
- lindring av lidelse og fremme velvære for dem med dødelig sykdom (Orem i Biermann 1996:19).

Sykepleiekapasitet er i følge Orem de holdninger, evner, kunnskaper og egenskaper som må være til stede for å være sykepleier. Evnen til problemløsning har et nært forhold til sykepleierens rolle og funksjon og derfor er egenomsorgssviktens grad avgjørende når det vurderes pasientens behov for hjelp (Biermann 1996). Orem definerer problemløsning slik:

...det å avgjøre hvorfor en person trenger sykepleie, det å utarbeide et system for sykepleietjenester, det å planlegge tilbudet av spesialiserte sykepleietjenester, og det å framskaffe og kontrollere utførelsen av sykepleietjenester (Orem i Kristoffersen 2002:50).

Orem nevner flere grunnleggende faktorer som har betydning for pasientens terapeutiske egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet. I forhold til studiens problemstilling anser vi følgende faktorer å ha mest betydning: alder, kjønn, helsetilstand, familiesituasjon, livsstil og levemåte, og tilgang på ressurser. Orem beskriver også faktorer som påvirker egenomsorgen som iverksettes. Slike faktorer er mentale og praktiske evner, motivasjon og kunnskaper (Biermann 1996:26).

3.2.1 Sykepleieprosessen

Orem beskriver i følge Biermann (1996:22) sykepleieprosessen som en fremgangsmåte med tre trinn. For det første må pasientens terapeutiske egenomsorgskrav beregnes, og de grunnleggende faktorene som kan ha påvirkning på egenomsorgsbehovene må være tilgjengelig. Når pasientens terapeutiske egenomsorgskrav er kjent, kartlegges pasientens muligheter og evner til egenomsorg, og hvilke faktorer kan påvirke pasientens handlinger. For eksempel ved hoftebrudd må pasientens kunnskaper om sin rehabiliteringsprosess kartlegges. Kunnskaper sammen med vilje og ferdigheter kan ha stor betydning for hvordan pasienten klarer å møte sine terapeutiske egenomsorgskrav. Pasientens framtidige evne til egenomsorg og mulig utvikling må tas med til vurdering. Det andre trinnet er å *planlegge* hvordan pasienten best kan bli hjulpet. Hjelpemetodene vurderes i forhold til pasientens behov, og valg av hjelpemetodene er et grunnlag for sykepleiesystemene som brukes. Orem's fem hjelpemetoder er:

- handle for eller gjøre for en annen
- veilede en annen
- støtte en annen
- tilrettelegge et utviklende miljø
- undervise en annen (Orem i Biermann 1996:23).

Vi anser at ved hoftebrudd vil pasienten, beroende på hvor i behandlingsforløpet han/hun befinner seg i, ha behov for alle tre sykepleiesystemer; helt kompenserende, delvis kompenserende samt støttende og undervisende system.

Behandling eller regulering er siste trinnet i sykepleieprosessen. De planlagte metodene iverksettes og etter hvert blir de kontrollert og evaluert for å se hvordan disse handlingene gir bedre eller økt egenomsorg hos pasient (Biermann 1996:22).

4 DRØFTING

I dette kapitlet tar vi for oss problemstillingen *Hvordan kan sykepleier fremme egenomsorg hos pasienter med lårhalsbrudd ved korttidsopphold i sykehjem?*, og drøfter innsamlet data opp mot litteratur og forskning i dette feltet. Teoretisk rammeverk og vår forforståelse med egne praksiserfaringer har betydningen for hvordan vi ser på problemstillingen og hvordan vi vurderer funnene i intervjuet. Pasientene blir i dette kapitlet omtalt som han og sykepleiere som hun.

Informanten fra en vanlig sykehjemsavdeling har vi valgt å betegne med informant A, og informant fra korttids- og rehabiliteringsavdeling betegnes med informant B. Deres direkte utsagn har vi valgt å ha som kursiv og ført i anførslestegn for å skille dem fra teksten.

4.1 Sykepleieprosess i gjenopptreningsfasen

Rutiner omkring førstegangsmøtet med sykehjemstjenesten er et viktig utgangspunkt for individuell planlegging av videre oppfølging av en pasient som kommer inn for opptrening etter sykehusopphold. Om det å møte en ny pasient på opptreningsopphold i sykehjem, anvendte informantene utsagn som indikerte anvendelse av sykepleieprosessen. Informant A uttrykte slik: *"Vi har jo tiltaksplan ... så kartlegger vi, både at man snakker og tar den innkomstsamtalen og så er det selvfølgelig papirene de har med seg fra sykehuset. ...da starter vi jo med observasjoner i fra dag en"*.

Slik vi ser av utsagnet ovenfor kan sykepleierens første møte med en eldre hoftebruddpasient ved etterbehandlings- og opptreningopphold i sykehjem karakteriseres av en kombinasjon av *problematisk og problemidentifiserende* situasjon (fj. Skaug og Andersen 2005). Dette innebærer at situasjonen er uklar med tanke på enten hva som er pasientens behov eller problem, hva som er ønsket og realistisk mål, eller hva som er de beste handlingene for å nå målene (ibid). Orem knytter i følge Kristoffersen (2005:49) sykepleierens rolle og funksjon nær til problemløsning i sykepleie. I første fase samler sykepleieren inn data for å identifisere pasientens behov for sykepleie (ibid).

Informantene ble bedt om å vurdere informasjon de får fra sykehuset. To eksempel fra informant B var som følgende: *"De kan godt melde at vi har en pasient som er dement men som kommer hit og så har vært ei uke og så er den faktisk fullstendig på plass.."* og *"Det er jo så forskjell å være på sykehus og være på sykehjem...og så har vi kanskje fokus på andre ting enn det de har på sykehuset.."* Disse eksemplene viser at sykepleieren bør se og kartlegge pasientens nåværende situasjon og funksjonsevne, og være klar over eldres nedsatt reservekapasitet med hensyn til å tåle påkjenninger, som sykehusinnleggelse, operasjon og narkose. Pilmark og Mulbjerg sier at siden eldre mennesker ofte har flere sykdommer samtidig, og disse tilstandene kombinert med akutte forandringer påvirker og forsterker hverandre gjensidig, er det viktig å være oppmerksom på at den medisinske diagnosen ikke nødvendigvis sier noe om funksjonsevnen hos eldre mennesker (2005:164). Også Almås og Engum (2005:669) utdyper de forholdene som medvirker eldres behandlingsforløp og skriver at av de eldste hoftebruddpasientene er mange underernærte og dehydrerte, og når kroppen i tillegg blir utsatt for traume, påvirkes metabolismen i større grad enn hos en som i utgangspunktet har en god nærings- og væskebalanse. De eldste eldre tåler dårligere den stressmetabolismen som inntreffer, og de blir mer utsatt for forvirringstilstander, dype venetromboser, sårinfeksjoner og muskelatrofi. I sykepleiesammenheng er det derfor en del områder som er spesielt viktig å legge vekt på i omsorgen for eldre ortopediske pasienter: tilførsel av tilstrekkelig næring og væske, smertebehandling, forebygging av forvirringstilstander, forebygging av trykksår og hjelp til tidlig aktivisering (ibid).

Informant A uttrykte sykepleierens forebyggende funksjon slik: *"..og sengeleiets komplikasjoner er jo viktig å forebygge hos dem som vi ikke klarer å få mobilisert med en gang"*. Situasjonen krever altså at sykepleieren identifiserer problemer som kan oppstå (jf. Skaug og Andersen 2005). Pasientens egenomsorgskapasitet, evnen til å mestre, avhenger av hvilke ressurser en har til rådighet. Informantenes utsagn der vi kan finne tilknytning til egenomsorgskapasitet var slike: *"De har kanskje et brudd som gjør at de ikke kan belaste foten.."*, *"..har de ikke de kunnskapene hvordan de skulle klare å ivareta sin egenomsor.."*, *"Så det er nesten ikke måte på hva man kan få til hvis man bare har viljen sterk nok"*, *"Det er klart, jo friskere du var før lårhalsbruddet, jo tyngere kan det være både fysisk og psykisk."* *"..er du sprek i utgangspunktet, om du er åtti eller nitti, så har den alderen ikke så mye å si "* en dame på 90 år, som hadde problemer med balansen etter slag som

rammet i lillehjern” ”Men så har du en sønn i Oslo, en i Bergen..” og ”Kanskje bor de i sitt eget hus med bratte loftetrappa..”.

På bakgrunn av disse eksemplene kan vi se at pasientens ressurser har en stor betydning for pasientens egenomsorgsevne. Det kan være snakk om indre ressurser som kunnskaper, krefter, vilje og motivasjon og ytre ressurser som støtte i nærmiljøet, sosialt nettverk, økonomi, tilgjengelige hjelpemidler og tilgang på helse- og omsorgstjenester. Dette har en sentral betydning til nåværende og framtidige egenomsorgskrav (egenomsorgshandlinger som individet må utføre innen en gitt tidsramme for å vedlikeholde eller gjenopprette helse og velvære) (jf. Cavanagh 1999. Skaug og Andersen 2005:194). I følge Wyller (2006:98) innebærer aldring redusert reservekapasitet og forhøyet forekomst av kroniske sykdommer med til dels betydelig funksjonsinnskrenkning. Derfor er det viktig å kartlegge forholdene som påvirker egenomsorgskapasiteten hos eldre.

Orem er inne på målsetting når hun sier at man må kartlegge ”potensiale for framtidig utøvelse av egenomsorg eller utvikling av egenomsorgskapasiteten” (Biermann 1996:22).

Informant A utdypte målsettingen ved å si at ”*vi bør ikke legger målene for høgt, at pasienten har mulighet å nå målet.*” Det som påvirker målsettingen, kan oppsummeres fra informantenes utsagn å være ”*pasientens mentale og fysiske kapasiteten, boforhold hjemme, sosialt nettverk og kapasiteten i hjemmetjenesten*”. Ofte må man vurdere forskjellige alternativer, slik det kommer frem i utsagn av informant B: ”*..kanskje har de bodd i sitt eget hus med bratte loftetrappa, da må man kanskje jobbe mot at de får en omsorgsbolig, kanskje kan de bo i et bofelleskap, eller kanskje er de da rett og slett så dårlig at de må bo på et sykehjem*”. Bredland, Linge og Vik (2007:73) påpeker at hensikten med opptreningsarbeidet kan bli utydelig hvis man ikke setter mål. Arbeidet med å sette mål er også en mulighet for å bearbeide følelser og reaksjoner på det som er skjedd. Man begynner tenke konkret på hvordan han kan gjøre noe med situasjonen (ibid).

Informant A uttrykte sykepleierens ansvar for tiltaksplanen slik: ”*Du er som sykepleier en leder i en gruppe... så har du det faglige ansvaret å evaluere tiltaksplanen, man kan ikke vente til mandag, man kan ikke vente til neste grupperapport. Man må ta ting fortløpende*”. I dette eksemplet kan vi se at dokumentering (tiltaksplan) er viktig for å kunne evaluere behandlingen pasienten får. Heggdal (2006:15) sier at pasientjournalen er et hjelpemiddel til å samle dokumentasjon fra forskjellige grupper av helsepersonell, og

målet er at pasientenes interesser og rettigheter⁷ ivaretas. All relevant informasjon skal være tilgjengelig for dem som skal ta avgjørelser om pleie og behandlingstiltak for å sikre kvalitet og kontinuitet i pleien (ibid).

4.2 Sykepleierens handlinger for at pasienten skulle gjenvinne egenomsorg

Slik vi ser innebærer gjenopptrening ved hoftebrudd alle de tre sykepleiesystemene som Orem beskriver. Hjelpemetodene brukes for å få fullført de aktuelle tiltakene. Ved helt kompensierende system utfører sykepleiere handlinger for pasienten, som har hensikt å erstatte den manglende egenomsorg, og sykepleieren har ansvaret for å ta avgjørelser og gjøre vurderinger på pasientens vegne (jf. Cavanagh 1999). Etter hvert klarer pasienten å involvere seg mer og mer i sin egenomsorg i pleieprosessen og sykepleierens rolle blir delvis kompensierende; støttende og undervisende. Sykepleien blir mer assisterende og sykepleieren tar i bruk hjelpemetoder som veiledning, fysisk støtte og tilrettelegging av omgivelsene (ibid).

4.2.1 Handle / gjøre for andre

Denne hjelpemetoden innebærer i følge Orem at sykepleieren handler på vegne av pasienten når han ikke kan eller har lov til fysisk å delta i egenomsorg (Biermann 1996:23). Relatert til eldre hoftebruddpasienter kan metoden anvendes for å kompensere for evt. reduserte fysiske og psykiske ferdigheter tidlig i gjenopptreningssfasen.

Informant A fortalte slik: *"Når pasienten er nyoperert der jobber vi masse til å begynne med.. bare det å gi dem stell og mat og forebygge sengeleiets komplikasjoner, de kan trenge alt fra stell til påkledning...før vi kommer så langt at vi kan begynne å mobilisere dem"*. Dette utsagnet indikerer at en nyoperert pasient som kommer på opptrening trenger mye hjelp i starten. I følge Orem må utgangspunktet til assistanse fra sykepleier ligge i pasientens ressurser; hva pasienten selv kan utøve av egenomsorg, og ikke minst hva han ikke kan. Det betyr å finne ut hvilke egenomsorgsmangler er til stede, og i bakgrunn av dette kan man se behovet for sykepleie. En kartlegging av behov for assistanse forutsetter

⁷ Pasienten har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi (§5-1) (Rundskriv 15-12/2004).

også kjennskap til pasientens oppfatning av hva han ønsker hjelp til samt hvordan hjelpen skal gis (Cavanagh 1999). Begge informantene var inne på de grunnleggende (universelle) behovene som i større eller mindre grad blir berørt i første tiden pasienten er på opptrening. De opplevde at de største hjelpebehovene er i forhold til stell, påkledning, gå på toalett og inn og ut av senga. En kvalitativ pilotstudie gjort av Kari Unhjem Biermann (1994:102) om egenomsorg i rehabiliteringsfasen etter hoftebrudd, viser at disse områdene var også de som *alle* (100%) pasienter selv ønsket å øke egenomsorgs-evnen i rehabiliteringsforløpet, nemlig eliminasjon, påkledning og søvn og hvile.

Informant B uttrykte om pasientenes opplevelser slik: *"det å bli avhengig av andre kan være fryktelig vanskelig hos noen"*. Vi velger å se at dette utsagnet kjennetegner de følelsene og opplevelsene som er knyttet til å bli pleietrengende etter hoftebrudd. Orem betrakter menneske som et vesen som har behov for selvoppretholdelse og selvregulering gjennom en spesiell type handling, kalt egenomsorg (Cavanagh 1999). Også Henriksen og Vetlesen (2006:76) påpeker at vilje til liv eller streben etter selvoppholdelse er et kjennetegn ved menneskelig eksistens. I tillegg til dette trekker Henriksen og Vetlesen frem menneskets avhengighet av andre, skjørheten og sårbarheten som vesentlige kjennetegn ved det å være menneske, og at det ofte skal en krise til for at et menneske blir seg bevisst sin basale avhengighet av andre. De mener at nettopp disse sidene ved vår eksistens er de som omsorg retter seg mot, og skriver: *"Å gi omsorg er noe kvalitativt: Det innebærer å svare på den trengendes krav på verdighet"* (Henriksen og Vetlesen 2006:76). Når vi ser omsorg fra rehabiliteringsperspektiv, kan vi si at selv om avhengighet er grunnen til omsorgsbehovet, målet må være å bidra til at personen blir mer selvhjulpen.

Informant A var inne på noe veldig viktig når vedkommende sa at *"vi må få pasienten til å forstå at dette gjør vi for å fremme god utvikling"*. Det viser at sykepleieren med hjelp av kommunikasjon gjør eller handler for pasienten slik at pasienten kan føle seg å være delaktig i handlingen. Denne følelsen er en viktig komponent på veien mot økt egenomsorg. Eide og Eide (2005:54) sier at omsorgsrasjonell modell for kommunikasjon vil fokusere på samhandling i den profesjonelle relasjonen, der selve dialogen mellom sykepleier og pasient er et middel til å fremme felles problemforståelse og å samhandle om et best mulig resultat.

Balansering mellom for mye og for lite hjelp kan være vanskelig i en sykehjemsavdeling der man arbeider med rehabilitering av den som bor på det ene rommet, og ivaretar pleiebehovet for den som bor på det andre. Begge informantene fremhevet viktigheten av at pleiepersonalet vurderer hjelpebehov fortløpende, slik at man ikke gir for mye hjelp. Informant A utdybte begrepet lært hjelpeløshet slik: *"..det er veldig fort å få til hos en pasient. Overtar vi de, går inn og gir dem mer hjelp enn nødvendig, så lærer de fort det at det var behagelig. Og da er de snart der at de tingene de kan , kan rett og slett gå i glømboka"*. Aase Stabell mener at noen beboere i sykehjem er mer utsatt for å utvikle det som kan defineres som lært hjelpeløshet. Hun hevder at de som ikke markerer seg sterkt, har lett for å bli oversett fordi deres individuelle behov eller appell om å bli bekreftet ikke blir fanget opp. Dette kan føre til at beboeren gir opp og blir mer hjelpeløs og avhengig enn det som er nødvendig (Stabell 2005:112). Her kommer sykepleierens grunnleggende yrkesetikk inn i bildet, som sier at "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket" (NSF).

4.2.2 Veiledning

Veiledning er aktuell i situasjoner hvor pasienten trenger veiledning i riktig handlingsutøvelse. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er i en sentral rolle ved bruk av denne hjelpemetoden. Sykepleieren må sørge for at veiledningen er tilpasset målet og den enkelte pasient og at pasienten er motivert og i stand til å utføre handlingen (Biermann 1996:23).

Veiledningens betydning kom fram i informantens utsagn slik: *"Og så dette med å veilede hele veien, foreslå, vise nye metoder hvordan de kan gjøre det hvis de har problemer med å stå"*. Ut ifra våre erfaringer fra praksisperioder kan vi si at veiledningens rolle i sykepleie, og spesielt i rehabilitering kan aldri overvurderes. Alle pasienter har behov for og lovfestet⁸ rettighet til informasjon og veiledning, som er tilpasset pasientens tilstand. Vi mener at uten veiledning og informasjon om sin situasjon og behandling kan pasienten miste troen på sine ressurser og bedringsmuligheter. Tveiten (2008:158) sier at sykepleier

⁸ Lov om pasientrettigheter (Rundskriv 15-12/2004).

kan bevisst ved å utvikle «menneske til menneske forhold»⁹ legge til rette for at undervisning og veiledning blir individuell, tilpasset den enkelte på den enkeltes premisser. "Tålmodighet" var et av egenskapene informantene anså som viktig hos en sykepleier som jobber med opptrening av eldre pasienter. Vi mener at dette er spesielt viktig i forhold til sykepleierens veiledende funksjon.

4.2.3 Fysisk og psykisk støtte

Orem mener at å støtte en annen innebærer å hjelpe en til å lykkes, til å unngå ubehagelige situasjoner eller beslutninger. Orem sier videre at anvendelse av denne metoden er aktuelt når pasienten står foran noe vanskelig, smertefullt eller ubehagelig (Biermann 1996:23).

Begge informantene var innom på sykepleierens støttende funksjon når de beskrev deres handlinger som hjelper pasienten til å hente frem sine egne ressurser. Et eksempel fra informant A var slik: *"..for å begynne med.. så er det det at de står på føttene. Og så er det bare de korte forflytningene fra senga over til stolen og fra stol til doen også.. så etter hvert bruker vi prekestol, rullator.. til at de klarer seg selv."* Pasienter med hoftebrudd trenger fysisk støtte for å komme seg ut av sengen, ved gåtrening og ved toalettbesøk. Sykepleieren må være til stede og observere pasienten ved aktivisering og på denne måten kan man for eksempel finne ut om pasienten er smertepåvirket. Smertene kan ha stor betydning for pasientens fysiske aktivitet og hva han klarer å utføre. Eldre pasienter trenger generelt mer støtte. Balansen er ofte dårligere og de kan være svimmel på grunn av sengeleie, selv kortvarig. Balansen mellom aktivitet og hvile må være til stede, eldre pasienter blir lettere sliten (Almås og Engum 2005).

Aktivisering og stimulering er viktige deler av pleie, og sykepleieren kan med riktig kunnskap støtte pasienten ved disse områder. For eksempel kunnskap av forflytningstekniker kan hjelpe sykepleieren til å gi fysisk støtte i en tidlig fase. Pasienter har forskjellige ressurser og sykepleieren bør vurdere pasientenes behov individuelt for å unngå rutinemessige løsninger. Vi som sykepleiere må være tålmodige og gi pasienten mulighet til å oppnå resultater. Opptreningen handler om å få kontroll over situasjonen pasienten befinner seg i og å få kontroll over seg selv (Lunde 2004:41).

⁹ I følge amerikansk sykepleieteoretiker Joyce Travelbees sykepleiefilosofi oppnås sykepleiens mål og hensikt gjennom etablering av et virkelig menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen 2005:30).

Sykepleieren kan gi psykisk støtte for eksempel gjennom oppmuntring. Informant B uttrykte det slik: *"Så trenger de selvfølgelig veldig mye støtte og oppmuntring for at de skulle få til dette."* og informant A slik: *"Vi må bruke tid og vi må både motivere og trøste og lindre smerter for å få det til. Noen pasienter kan synes at det er så vondt at de ikke vil, de tør ikke, de er engstelig"*. Slik vi ser av utsagnene ovenfor, er sykepleierens og pasientens kommunikasjon i en viktig rolle. Eide og Eide sier om helsefaglig kommunikasjon at det ikke er hjelperens oppgave å fjerne den andres vanskelige følelser, men å være til stede hos den andre slik at vedkommende kan slippe dem til for bearbeidelse. Det første skritt på veien er ofte å vise at man har sett og forstått den andres følelser, og med dette som et utgangspunkt få i gang en dialog om det som ligger den andre på hjertet og det som må gjøres fremover (2005:56).

Informant A opplevde trygghetsfølelsen som en viktig ressurs hos pasienten og uttrykte det slik: *"Jeg tror at de fleste føler trygghet for å være på avdelingen. De vet at de kan få hjelp 24 timer i døgnet. Hvis det er et eller annet så kan de få hjelp. Jeg tror at den tryggheten gjør at pasienten kommer seg forttere på beina igjen"*. Dette utsagnet førte oss til å se hva geriater Sigrun Hvalvik fant ut i sin kvalitative undersøkelse i geriatrik rehabiliteringsavdeling, der hun undersøkte hva pasienter opplever at bidrar til god rehabilitering. Kontakt, kommunikasjon og samhandling viste seg å være viktige faktorer i sykepleiehandlingene. Studien viser at individualisme og selvbestemmelse i rehabilitering gir betydning for oppholdet og kvalitet for pasientens liv. Sykepleierens rolle er å støtte pasienten ved avgjørelser og valg, men også passe på at informasjonen som gis er tilstrekkelig og rettet mot de avgjørelsene som tas. Slik samarbeid og faglig involvering gir pasienten trygghet og muligheten til å gjenvinne funksjoner under oppholdet. Studien viser også at pleiepersonalets kontinuerlige tilstedeværelse øker trygghetsfølelsen, og i følge studien kan en slik trygghetsfølelse ofte overskygge andre ting, som behandling, målsettinger eller grundig oppfølging (ibid).

Informant B fortalte et eksempel om en gammel dame som hadde mye motstand i sitt rehabiliteringsforløp, men som hadde et overordnet mål å komme seg hjem. Denne damen hadde behov for en kreativ løsning for nattlige dobesøk, siden hun ikke klarte å komme seg opp på dostolen. Det å ligge med bleie og tisse ut var helt uaktuelt for henne. Dette

eksemplet og også to andre følgende eksempler fra vedkommendes utsagnene kan knyttes til viktighetsområder: "Hvis det ser ut til å være veldig viktig for den enkelte å kle på de strømpebuksene selv uten hjelp, eller hvis de føler det svært nedverdiggende til å ta imot slik hjelp..", "Men det er klart, vi er jo alle forskjellige, og noen har lavere terskel for å finne seg i og bli styrt av andre". Av disse eksemplene kan vi se at pasientens viktighetsområder spiller i tillegg til hjemmesituasjon og sosial nettverk, en sentral rolle når sykepleieren hjelper pasienten til å sette mål. Bredland, Linge og Vik sier om viktighetsområder slik: "når vi møter en ny bruker, skal vi bestandig starte med å finne ut hva som er viktig for akkurat denne personen, hva som gir denne personen en opplevelse av verdighet" (2002:62).

Vi kan også se av informantenes utsagn ovenfor at sykepleierens holdninger og deretter handlinger påvirker hoftebruddpasientens opplevelse av egenomsorg. Bondevik (2006:126) skriver om trekomponent-modellen, hvor underliggende holdninger kan ses gjennom sykepleierens oppfatninger, følelser og atferd. For at sykepleien for gamle mennesker skal være tilstrekkelig og helhetlig, må sykepleieren erkjenne at et menneske er en helhet med en fysisk, psykisk, sosial og åndelig aspekt. Et enkelt aspekt har påvirkning på helhet og sykepleieren må selv se hvordan aspektene kan påvirke pleie og omsorg. Det er viktig å se hvordan en forandret livssituasjon kan påvirke gamle menneskets selvbylde. Tålmodighet og forståelse er viktige aspekter ved sykepleie for gamle mennesker (ibid).

Hos eldre pasienter med hoftebrudd er det viktig å ta hensyn til pasientens psykiske tilstand. Depresjon kan være et forhold som gir manglende motivasjon. Da er det viktig å vurdere om depresjonen kan behandles og på denne måte øke pasientens motivasjon og rehabiliteringskapasitet (Wyller 2008:104).

4.2.4 Tilrettelegging av et terapeutisk miljø

Denne metoden krever i følge Orem at sykepleieren skaper et miljø som fremmer personlig utvikling. Dette skjer ved å motivere pasienten til å sette realistiske mål og tilpasse sin atferd slik at målene kan nås (Biermann 1996:23). Sykepleiers bistand med sine kunnskaper er avgjørende.

Et kjennetegn i informantenes utsagn når de var inne på det å skape og fremme et utviklende miljø rundt pasienten, var trygghet. Spørsmålet som handlet om hvordan sykehjemsmiljøet kan ha påvirket pasientene ved korttidsoppholdet vekket betydelig flere positive enn negative minner hos informantene, og det var nettopp opplevelsen av trygghet og forutsigbart miljø som de mente at gjør at ”*mange pasientene kommer seg forttere på beina igjen.*” Pasienten skal vite hva som skal skje og hva som han skal trene på. Fysioterapeut Siri Brændvik skriver at erfaringsmessig vil målsettingen for hoftebruddpasienter ofte være å oppnå trygghet i forhold til funksjon. Det vil derfor være behov for både direkte tiltak rettet mot dette, som trening, samt tilrettelegging med tanke på å forebygge nye brudd (2007: 297).

Informantene brukte begrepene som ”*kan ikke belaste*” og ”*kan belaste til smertegrensen*”. Dette er informasjon som vanligvis står allerede i tidligmeldingen. Tidligmelding er en melding fra sykehuset til kommunen at pasienten er ferdigbehandlet¹⁰. Disse mobiliseringsregimene bør sykepleieren kjenne godt. *Ingen belastning* betyr at foten ikke skal berøre golvet, men at beinet kan beveges uten motstand (Almås og Engum 2005:670). Informant B opplevde at det er vanskelig for eldre å innstille hodet til at man ikke skal trå på den foten, og hennes praktisk tips for dette var slik: ”*Og det vi ofte bruker å gjøre da, er for at det skulle bli vanskelig å trå, så lar vi ikke å ha sko på den foten. Da blir det en liten høydeforskjell...*” Når pasienten kan ha foten på golvet uten å belaste den når han går, betegnes det gjerne som *fotavvikling*. Da overføres vekten til hjelpemiddel idet det aktuelle beinet føres fram når pasienten går. Rent praktisk innebærer det at pasienten belaster bare med beinets vekt. Når pasienten kan belaste beinet noe mer, kalles det *delvis belastning*. *Belastning til smertegrensen* betyr derimot at pasienten kan belaste beinet så lenge det ikke er vondt. *Full belastning* betyr at det ikke er noen belastningsrestriksjoner (ibid).

Det at informantene var inne på mobilisering av pasienten flere ganger i løpet av intervjuene, i forskjellige sammenhenger, viser at det er en av viktigste oppgaver hos en sykepleier som jobber med opptrening og rehabilitering av hoftebruddpasienter. Orem sier at for at pasienten kunne aktivt bruke sine egne evner, kan det være behov for å skaffe

¹⁰Leger i sykehus vil oftest likestille «ferdigbehandlet» med «utskrivningsklar», selv om ferdigbehandlet pasient i de aller fleste tilfeller krever en videreføring av behandlingen i primærhelsetjenesten eller hos spesialister utenfor sykehus (Garåsen 2008).

nødvendige fysiske ressurser (Biermann 1996:24). Fysioterapeut Siri Brændvik (2007) skriver at engstelse og redsel for nye fall preger denne gruppen i meget stor grad, og derfor er det viktig med grundig kartlegging av både familieforhold, bosituasjon og andre sosiale forhold med tanke på en optimal tilrettelegging. Hun påpeker at ved smerter som hindrer trening skal alltid lege kontaktes (ibid).

Behandlingen av hoftebrudd tar sikte på at en eldre hoftebruddspasient kan begynne gåtrening med en gang etter operasjonen. Belastning av foten tillates i tidligere fase enn hos yngre pasienter. Dette for å forebygge mentale og kroppslige komplikasjoner som kan oppstå når pasienten blir sengeliggende lenger enn høyst nødvendig (Almås og Engum 2005). En ny studie gjort av lege Charlotte Suetta viser i følge Mørk (2007) at eldre nyopererte hoftepasienter bør begynne med styrketrening umiddelbart etter operasjon. Dette reduserer gjenopptreningstiden vesentlig (ibid). Trening og rehabilitering skal videre integreres i det daglige liv. Slik kan pleiepersonalet følge opp rehabiliteringen og utnytte de ferdighetene de eldre har arbeidet med hos fysioterapeuten (Pilmark og Mulbjerg 2005:164).

Informantene brukte utsagn, som indikerte behov for bruk av alternative teknikker slik at funksjonstapet mestres. Noen eksempler fra informantenes utsagn var slike: *"å vise nye metoder hvordan de kan gjøre det"*, *"at vi kartlegger hjelpebehov og ser hva de trenger hjelpemidler før de reiser hjem"*. Der kommer sykepleieren inn med sin kreativitet, omsorg, kunnskap og ikke minst respekt. Hvis alternative teknikker ikke hjelper kan det være behov for tekniske hjelpemidler. Da må man opptre med respekt fordi noen føler et nederlag med hjelpemidler eller endring av status og identitet. Her kan man få hjelp av en ergoterapeut som kan foreslå og demonstrere mulige hjelpemidler. Det er en stor fordel å ha gjort dette før pasienten kommer hjem, at pasienten er enig og føler seg vel i situasjoner som omhandler hjelpemidler. Her kommer sykepleieren inn som støttende, veiledende og ved å ha en god dialog med pasienten. Kommunikasjonen mellom pasienten og de berørte partene er viktig i forhold til om hjelpemidlet blir brukt på riktig måte (jf. Conradi og Rand-Hendriksen 2004. Brændvik 2007).

Før pasienten reiser hjem, må hjemmesituasjon være kartlagt og aktuelle tilrettelegginger hjemme gjort i forhold til pasientens mulige funksjonssvikt. Informant B sa det slik: *"Så*

formidler vi via rehabiliteringstjenesten en time for hjemmebesøk. Fysioterapeut, ergoterapeut og vaktmester er med for å se om det må gjøres noe forandringer i boligen". Slik vi ser av utsagnet har sykepleier et viktig ansvar for at pasienten kunne klare seg hjemme med de begrensningene som hoftebrudd kanskje har ført med seg. Det er også viktig å forebygge nye fall. Brændvik (2007:294) nevner som fallforebyggende tiltak tilrettelegging av hjemmesituasjon: fjerne løse tepper, bruke gode sko, montere håndtak i forbindelse med forflytning etc. Informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet, som reduserer risiko for brudd er også et fallforebyggende tiltak. For å forebygge lårhalsbrudd ved fall anbefaler Brændvik bruk av hoftebeskyttere. Undersøkelser indikerer i følge Brændvik at de har effekt (ibid).

Et utviklende miljø omfatter også psykososiale forhold. Ved terapeutisk miljø kan man i følge Orem nå utviklingsresultater som aktiv bruk av egne evner og tilpasning av selvbilde (Biermann 1996). Dette har vi belyst nærmere i kapittel Fysisk og psykisk støtte.

4.2.5 Undervisning

I følge Orem er undervisning en aktuell form for assistanse når pasienten har behov for å utvikle kunnskap eller spesielle ferdigheter. For å lykkes med undervisning, må pasienten være klar over sin manglende kunnskap og interessert i å lære. Sykepleieren bør ha grundig kjennskap til pasientens behov, samt hva slags erfaring, livsstil og vaner pasienten har (Biermann 1996:24).

Informantene uttrykte viktigheten av å formidle kunnskap. Igjen kom det fram begrep trygghet. Informant A uttrykte det slik: "*det å undervise pasient og pårørende er veldig viktig for at man kunne skape trygghet*". Undervisning er med på å ivareta pasientens egenomsorg, og derfor bør undervisningen være individuell. Individuell vurdering tar hensikt til pasientens alder og diagnose, men også tilstanden, pasientens egne erfaringer av situasjonen og den forståelsen pasienten selv har over tilstanden (Tveiten 2008:161). Målet ved korttidsoppholdet må være realistisk; for høye mål og forventninger kan minske motivasjon og pasienten opplever ikke mestring. Men noen ganger må sykepleieren la pasienten til å prøve, selv om sykepleieren ser at det ikke kommer til å fungere. Det kan gi en ny innsikt over vedkommendes situasjon. Tveiten (2008:163) fremhever brukermedvirkningens betydning også i denne sammenhengen. Informant B fortalte en

historie om en dame på 90 år, som hadde et stort ønske om å komme seg hjem. Hun hadde veldig komplisert hoftebrudd og kunne ikke belaste foten på seks uker. Etter å ha fått kommet hjem og fått prøvd seg, kom denne damen tilbake og sa *"ja, vet dokker jeg skulle prøve å gå men jeg klarte ikke... Så jeg tror at jeg må få lov til å være her... hvert fall til neste uke"*. Vi kan i dette eksemplet se at damen ikke mistet motet, men fikk en ny innsikt over sin situasjon og var veldig motivert til å trene. Denne damen flyttet hjem tre uker etter og sendte avdelingen blomsterbukett fra nydelige hagen sin. Informant B avsluttet historien ved å si at: *"..en sånn liten solskinnhistorie om hvor fint det faktisk kan gå, når man bare lar tiden å jobbe, og når man har den rette motivasjonen"*.

Informant B tok opp dette med å undervise pårørende, når pårørende synes at den eldre ikke har forutsetninger å klare seg hjemme lenger. Informanten sa det slik: *"og så den balansegangen der å få pårørende til å skjønne at vi må faktisk prøve dette. Det er jo veldig høy terskel i dag for å få en sykehjemsplass"*. Det er viktig å vurdere hvordan pårørende kan være en kapasitet for pasienten, hvordan pasientens situasjon kan påvirke pårørende og hvordan undervisning av dem kan ha betydning for pasientens framtidig mestring av situasjonen (Tveiten 2008:165).

Om det å undervise andre i pleieteamet sa informant A slik: *"Undervisning er veldig viktig for at alle skulle jobbe ut ifra samme teorien"*. Undervisning av pleiepersonalet sikrer kvalitet og kontinuitet av pleien, og deretter kan pleiepersonalet evaluere framtidige behandlinger etter samme forutsetninger (Tveiten 2008).

Med tanke på problemstillingen i denne undersøkelsen, er hensikten med alle disse Orems fem hjelpemetodene å møte pasientens terapeutiske egenomsorgskrav (jf. Kap. 3.1.1). Det som avgjør hvilke metoder sykepleieren tar i bruk er pasientens egenomsorgskapasitet, sammen med bakgrunnen for at pasienten har sviktende egenomsorg på grunn av hoftebrudd. Ut i fra intervjuene kan vi si at det å gi fysisk og psykisk støtte sammen med å tilrettelegge et terapeutisk miljø er de hjelpemetodene som dominerer mest når opptreningsprosessen er inne på *"delvis kompensering"*, uten å gløkke viktigheten av å veilede og undervise gjennom hele prosessen.

4.3 Korttidsopphold i sykehjem – et godt rehabiliteringstilbud for eldre?

Det vi selv har erfart fra praksisperioder i sykehjem og åpen omsorg, er at de eldste eldre ofte havner i ugunstig situasjon når de blir rammet av bruddskader eller andre akutte sykdommer som medfører funksjonstap. De er for gamle for å få plass i rehabiliteringssentre, og de er, mener vi, for ”sprek” i utgangspunkt for å bli plassert i sykehjemsavdeling. Pleiekultur i sykehjem er ofte preget av fastlåste rutiner, stort antall ufaglærte, tidspress og stor pleietyngde. Rom for individuell oppfølging av pasienter som har rehabiliteringspotensiale er kanskje ikke tilstrekkelig nok i en vanlig sykehjemsavdeling. Spørsmålet om korttidsopphold i sykehjem kan være et godt rehabiliteringstilbud for de eldste eldre kan betraktes i lys av ulike faktorer vi fanget opp fra vårt datamaterial.

Informant A vurderte dette med tid og bemanning slik: *”Ja.. vi har tid... jeg påstår at vi har tid, om ikke hver dag, så veldig ofte. Vi kan ta oss tid da!”* uten at hun bagatelliserte dette med hard arbeidspress i dagens sykehjem. Informant B uttrykte det samme, men hun tilføyde dette: *”at vi faktisk har den tiden til rådighet, som kanskje en rehabiliteringspasient trenger, så kanskje kunne vi ha fått de tidligere rehabilitert med at vi kunne ha latt de holde på mer for seg selv”*. På bakgrunn av disse utsagnene kan vi si at kompetansenivået og kommunale ressurser er viktige faktorer ved rehabilitering av eldre mennesker. Når pasienter med rehabiliteringsbehov plasseres på en vanlig sykehjemsavdeling, og kommunen ikke har ressurser eller at pleiepersonalet ikke har kompetanse for rehabilitering, kan situasjonen være uheldig og pasientens rettigheter ikke blir ivaretatt. I følge en kartlegging av rehabiliteringstilbudet som refereres i St.melding 21 finnes det i kommunene store forskjeller hvordan arbeidet er organisert og hva slags kompetanse de har. Samme kartleggingen viser at to tredjedel av kommunene mangler organisert tverrfaglig samarbeid eller rehabiliteringskoordinatorer i lokalinstusjoner. Departementet legger også vekt på at rehabilitering på korttidsplass i sykehjem skal ha en annen form enn hva avlastningen på korttidsplass har (Stortingsmelding 21).

Begge informantene uttrykte behov for assistanse fra fysioterapeut og ergoterapeut under gjenopptrening. De følte at eldre er de lavest prioriterte når det gjelder fordeling av kommunale fysioterapitjenester. Informant A uttrykte det slik: *”Vi har jo fysioterapi, men vi har jo veldig dårlig tilbud til de som er inne i sykehjem, det blir betjeningen på*

avdelingen som tar av seg den daglige aktiviseringen. Det er jo aktivitet flere ganger per dag, enn akkurat den reine fysioterapien". Informant B påpekte at om det er nedskrevet et vedtak at du skal ha fysioterapi, så har man krav på det, og dermed er muligheten til stedet. Av disse utsagnene kan vi se et sterkt behov for tverrfaglig samarbeid rundt eldres rehabilitering. Mangel på samordning for å bruke de kommunale ressurser kommer også frem i Stortingsmelding 21, som slår fast at selv om halvparten av kommunene disponerer øremerkete døgnplasser for rehabilitering, er de likevel oftest sykehjemsplasser, som blir benyttet til akutt- og avlastningsformål. Undersøkelsene tyder på at utnytting av de ressursene som finnes i kommunene ikke er tilfredstillende. Rehabilitering av hver enkelt målgruppe går for seg på ulike arenaer, og ulike lokale etater og faggrupper er involvert på de ulike arenaene uten tilstrekkelig samarbeid på tvers (St.melding 21).

Oppfølging av eldre med rehabiliteringspotensiale krever individuell tilnærming til pasientens problemer og behov. Sosial- og helsedepartementets rapport om sykehjemmenes framtidige rolle og funksjon allerede fra 1999 sier om rehabilitering følgende:

Dersom man velger å organisere et eget rehabiliterings- og opptreingstilbud for sterkt pleie- og omsorgstrengende personer i sykehjem, bør det organiseres i en egen avdeling, egen enhet, eller knyttet til øremerkede senger med skolert personell, fysisk adskilt fra sykehjemmets øvrige virksomhet (Bredland, Linge og Vik 2002:211).

Den nye Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i helhetlig pasientforløp. For å få det til må kommunehelsetjenesten ta nye roller, som for eksempel å ta et større ansvar for store pasientgrupper som i dag får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Døgnplasser til etterbehandling kan videreføre behandlings- eller rehabiliteringsopplegg som er instituert i sykehus. Etterbehandling er i følge Samhandlingsreformen særlig viktig for eldre med sammensatte helseproblemer som trenger mer tid og tilpasset rehabilitering med tanke på å komme tilbake til hjemmet (St.meld. nr. 47).

5 OPPSUMMERING

Utvikling i alderssammensetningen i befolkning, tidligere utskriving fra sykehus og en generell desentralisering av ansvar for tilbud til mennesker med funksjonstap, gir kommunene store utfordringer på rehabiliteringsfeltet. Vi har i denne bacheloppgaven tatt for oss en problemstilling, som vi mener førte oss nærmere til den kunnskapen som vi trenger for å imøtekomme disse utfordringene i kommunehelsetjenesten.

Denne undersøkelsen ble bygd på en kvalitativ intervjuundersøkelse blant to sykepleiere, som jobber med opptrening av eldre hoftebruddpasienter. Studien har gitt oss en innsikt at rehabilitering av eldre er tid- og kompetansekrevende prosess. Etter vårt syn det at rehabilitering i hovedsakelig er lagt i sykehjem, stiller det krav til sykepleierens kompetanse og utfordrer pleiekulturen generelt.

Det å ta vare på hele mennesket, det å fremme god utvikling både på fysisk og psykisk plan, er viktig for å kunne lykkes med opptrening og rehabilitering. Har pasienten mistet motet og ser mørkt på sin tilværelse, må man først få pasienten til å tro på seg selv og det som pleierne gjør. Med hjelp av ulike hjelpemetodene, som vi har vært inne på i drøftingen, kan sykepleieren gradvis fremme den gode utviklingen som blir lagt i grunn allerede i sykehus. Kontinuitet i hele behandlingsforløpet og samhandling mellom sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste er avgjørende for at rehabilitering etter hoftebrudd hos de eldste eldre kan gi gode og langvarige resultater.

Slik vi ser kan rehabilitering på sykehjemmets korttidsplass bli fullt vellykket først når de ressursene i forhold til bemanning, kompetanse og tverrfaglighet er til stedet. Det at man kanskje kunne forlenge tiden de eldre kan bo hjemme burde argumentere sterkt nok for at de gode løftene som samhandlingsreformen inneholder, blir integrert i praksis og realisert.

LITTERATURLISTE

- Almås, H. og L. D. Engum (2005). Sykepleie til pasienter med skader i bevegelsesapparatet. I: Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie. Bind 2*. Oslo: Gyldendal.
- Biermann, K. U. (1996). *Dorothea E. Orems egenomsorgsteori*. HiO-notat 1996 nr 6. Høgskolen i Oslo (27 sider). *
- Biermann, K. U. (1994). *Eldre med hoftebrudd og egenomsorg i rehabiliteringsforløpet: En beskrivende pilotstudie*. Hovedoppgave ved institutt for sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo. (25 sider).*
- Bondevik, M. (2006). Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper. I: Bondevik, M. og H. A. Nygaard (red.) *Tverrfaglig geriatri: En innføring*. s. 123-179. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brændvik, S. M. (2007). Fysioterapi ved ortopediske lidelser / tilstander. I: Helbostad, J. L., R. Granbo og H. Østerås (red.) *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre*. s. 288-319. Oslo: Gyldendal. (31 sider).*
- Bredland, E. L., O. A. Linge og K. Vik (2002). *Det handler om verdighet: Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget. (33 sider). *
- Conradi, S. og S. Rand-Hendriksen (2004). Rehabiliteringsprosessen I: Wekre, L. L. og K. Vardeland (red.) *Lærebok i rehabilitering: Når livet blir annerledes*. s.35-39. [Bergen]: Fagbokforlaget. (5 sider). *
- Dalland, O. (2005). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

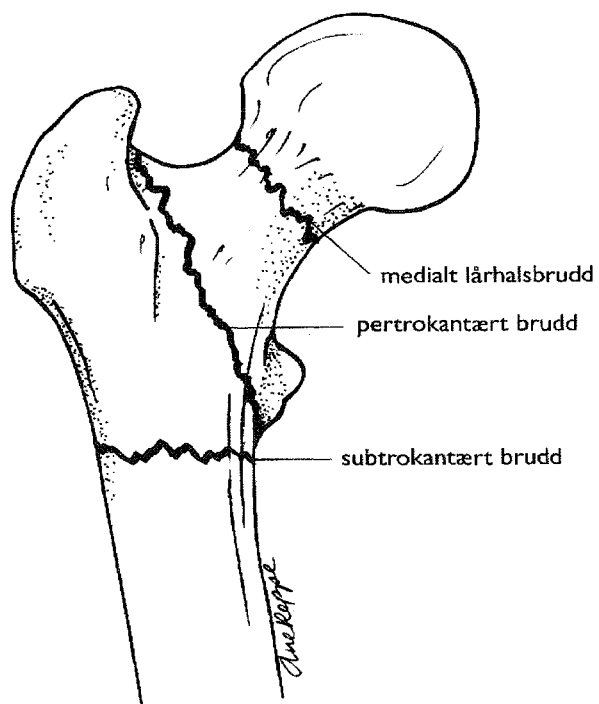
- Eide, H. og T. Eide (2005). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal.
- FOR 2001-06-28 nr 765: Forskrift om habilitering og rehabilitering. [Elektronisk utgave]
<http://www.lovdata.no/cgi-wifit/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html#2> (Lastet ned 16102009). *
- Garåsen, H. (2008). Etterbehandling, ferdigbehandling og sluttbehandling. I: *Tidsskrift for Den Norske legeforening*. s. 128. (1 side). [Elektronisk utgave]
<http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2008/2096.pdf> (Lastet ned 16102009). *
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal.
- Hvalvik, S. (2008). Eldre og rehabilitering: En studie av hva pasienter ved en geriatrisk rehabiliteringsavdeling opplever at bidrar til god rehabilitering. I: *Klinisk sykepleie*. Nr. 4, s.26-34. (8 sider). *
- Henriksen, J-O. og A. J. Vetlesen (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal. (10 sider). *
- Helbostad, J.L. (2005). Fysisk trening av sykehjemsbeboere – Har det noen hensikt? I: *Tidsskrift for Den Norske legeforening*. Nr. 9. s. 1195-7. (3 sider). *
- Helbostad, J. L. og E. Simonsen (2007). Forebygging av funksjonssvikt og falltendens. I: Helbostad, J. L., R. Granbo og H. Østerås (red.) *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre*. s. 178-206. Oslo: Gyldendal. (28 sider). *
- Hem, E. (2008). Protese best ved lårhalsbrudd. I: *Tidsskrift for Den Norske legeforening*. Nr. 2. s. 128. (1 side). *
- Jacobsen, D. (m fl.) (2005). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Kapittel 16: Traumatologi. Oslo: Gyldendal.

- Johannesen, A. (2005). Aktiv utfoldelse, helse og velvære. I: Tuntland, H. (red.) *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. s. 13-26. København: N.W. Damm & Søn. (13 sider). *
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J. (mfl.) (red.) *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo: Gyldendal.
- Lunde, P. H. (2003). *Forflytningskunnskap: Aktivisering, hjelp og trening ved forflytning*. Oslo: Gyldendal. (12 sider). *
- Mørk, G. (2007). Eldre nyopererte hoftepasienter må trene styrke. I: *Fysioterapeuten*. Nr.3. s. 32-34. (2 sider). *
- NOU 2005:3. Norges offentlige utredninger. *Fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste*. Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning. (10 sider). *
- NSH. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
- Nygaard, H. A., (2006). Instabilitet og fall. I: Bondevik, M og H. Nygaard (red.) *Tverrfaglig geriatri: Innføring*. s.209-228. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nylenna, M. (2004). *Medisinsk ordbok*. Oslo: Gyldendal. *
- Pettersen, R. (2002). Falltendens hos gamle. I: *Tidsskrift for Den Norske legeforening*. s. 631-4. (4 sider). *
- Pettersen, R. og T. B. Wyller (2007). Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. I: *Tidsskrift for Den Norske legeforening*. Nr. 5. s. 600-603. (4 sider). *
- Pilmark, V. og U. Mulbjerg (2005). Rehabilitering og fysioterapi. I: Tuntland, H. (red.) *Forebygging, rehabilitering og omsorg*. s. 163-178. København: N.W. Damm & Søn. (15 sider). *

- Romøren, T. I. (2005). Gamle mennesker i Norge. I: (Nord, R., G. Eilertsen og T. Bjerkreim (red.) *Eldre i en brytningstid*. s.62-70. Oslo: Akademisk. (9 sider). *
- Rundskriv 15-12/2004. Lov om pasientrettigheter. Helsedirektoratet. [Elektronisk utgave].
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-_12_2004_2307a.pdf (Lastet ned 160102009). *
- Skaug, E-A. og I. D. Andersen (2005). Beslutningsprosesser i sykepleie. I: Kristoffersen, N. J. (mfl.) (red.) *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal.
- Stortingsmelding nr. 21. (1998-99). *Ansvar og meistring: Mot ein heilskapleg rehabiliteirngspolitik*. [Elektronisk utgave].
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037> (Lastet ned 19102009). *
- Stortingsmelding nr.47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. (24 sider). *
- Stabell, Å. (2005). Skrøpelige gamle – forventninger og krav til profesjonelle utøvere i sykehjem I: Slettebø, Å. (red.) *Etiske utfordringer og kvalifikasjonskrav i helsetjenesten*. s. 89-114. Kristiansand: Høgskoleforlaget. (25 sider). *
- Sæterstrand, T. og Tingvoll, W-A. (2008). Rehabilitering blir ikke prioritert i åpen omsorg eller i sykehjemmene. I: *Sykepleien, nr. 13*. s.84-86. (3 sider). *
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal. (22 sider). *
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wyller, T. B. (2006). Generelt om behandling av gamle. I: Bondevik, M. og H. A. Nygaard (red.) *Tverrfaglig geriatri: En innføring*. s. 88-110. (Bergen): Fagbokforlaget. (23 sider). *

* Selvvalgt litteratur, til sammen 337 sider + ulike nettsider.

VEDLEGG 1 : Vanlige bruddsteder i lårbeinets proksimale del
(Almås og Engum 2005:684).



VEDLEGG 2: Intervjuguide

1. Kan du fortelle kort om din arbeidserfaring som sykepleier?
2. Hvilke erfaringer og kompetanse har du i forhold til opptrening av pasienter med lårhalsbrudd?
3. Hvordan karakteriserer du korttidsoppholdet i sykehjem?
-varighet, pasientgrunnlag...
4. Hvordan skjer kartlegging av pasientens mulige egenomsorgssvikt (både fysisk og psykisk)? Hva er sykepleierens rolle i dette?
5. Hvilke egenomsorgsbehov opplever du som vanlige / vanskelige hos lårhalsbruddpasienter?
6. Hvordan blir informasjonen om hva pasienten klarer / ikke klarer formidlet videre til hele pleieteamet? Kan du si noe om evaluering og oppdatering av denne informasjonen?
7. Hva kan du si om bruk av hjelpemetodene med tanke på å bevare og fremme pasientens egenomsorg? Kan du gi noen eksempler?
(Orems 5 hjelpemetoder: å handle for eller gjøre handlinger for brukeren, å råde eller veilede, å gi fysiske eller psykiske assistanse, å skape et terapeutiske miljø, å undervise)
8. Hva kan du si om betydning av motivasjon og psykisk velvære for egenomsorgskapasitet? Hvordan kan sykepleier bruke seg selv terapeutisk for å fremme psykisk velvære hos ortopediske pasienter?
9. Har du noen erfaringer / eksempler om hvordan sykehjemsmiljøet kan ha påvirket disse pasientene ved korttidsopphold?
10. Hvilke faktorer har betydning for målsettingen og utfallet av korttidsoppholdet?
Sykepleierens rolle i målsetting?
-boforhold hjemme, pårørende, ressursene (tid, bemanning..)
11. Hvordan ser du behovet for assistanse fra fysioterapeut / ergoterapeut? Hva kan du si om tverrfaglig samarbeid i sykehjem?
12. Kan du oppsummere til slutt de viktigste egenskapene du ser hos en sykepleier som jobber med opptrening av pasienter i sykehjem?

VEDLEGG 3:

HØGSKOLEN I BODØ

INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG

TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr.

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til:

Avdeling / institusjon

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave X
- 2.) Deleksamen __
- 3.) Semesteroppgave __
- 4.) Prosjektarbeid __

søker:

Student:

Bachelor i sykepleie: Kull: 06 vår Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Hvordan kan sykepleier fremme egenomsorg hos pasienter med hoftebrudd under korttidsopphold i sykehjem?

Fokus vil være på korttidsopphold i sykehjem etter hoftebruddoperasjon med hjemkomst som mål

Formålet med undersøkelsen er å hente praksisnært kunnskap fra sykepleierne som jobber med opptrening av hoftebruddpasienter.

Metode v/ datainnsamlingen:

Kvalitativ intervju

Respondenter / intervjupersoner

Sykepleier

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen:

Lydopptaker

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Uke 35 2009

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarsjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: 02.08.2009

Til

Student:

Faglærer:

Høgskole:

Adresse:

Postnr. / poststed:

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak:

Evt. merknader knyttet til vedtaket:

Underskrift

Underskrift

VEDLEGG 4: Brev til informanter

Tillatelse til å gjennomføre et intervju

Vi henviser til en hyggelig telefonsamtale med Dem den 28. Mai. 2009

Vi er tre fjerdeårs sykepleiestudenter ved høgsolen i Bodø, og går på desentralisert sykepleieutdanning i studiested Vi skal skrive Bacheloroppgave om temaet *opptrening etter ortopedisk operasjon ved korttids plass i sykehjem*. Som foreløpig problem-stilling har vi satt følgende:

Hvordan kan sykepleier fremme egenomsorg hos pasienter med hoftebrudd under korttidsopphold i sykehjem?

For å innhente praksisrelaterte informasjon ønsker vi å intervjuer en sykepleier med erfaring i opptrening / rehabilitering av eldre etter hoftebruddoperasjon. Hensikten med denne undersøkelsen er at vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om de forholdene som påvirker et vellykket korttidsopphold.

Vi kommer til å benytte lydopptaker under selve intervjuet, og utskriftene vil bli makulert når oppgaven er ferdig. Intervjuobjektet og institusjonen vil bli anonymisert. Intervjuet vil vare i ca 45 minutter og vil finne sted i uke 35 (siste uke i august). Intervjuguiden kommer vi til å sende en uke før intervjuet.

Vi håper på en positiv tilbakemelding.

Med vennlig hilsen