



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Pasientens rehabilitering etter lårhalsbrudd

Sykepleiers bidrag til mestring

Bacheloroppgave SYK 180H

Kandidatnr: 25 & 76

Dato for innlevering: 09.04.2014

Totalt antall sider: 35



Innhold

1.0 INNLEDNING	4
1.1. Begrunnelse for valg av tema	4
1.2. Begrepsavklaring.....	5
1.3. Oppgavens disposisjon	6
2.0 METODE	7
2.1. Begrunnelse av metodevalg.....	7
2.2. Joyce Travelbee	8
2.3. Databaser og søkeord	9
2.4. Kildekritikk	9
2.5. Presentasjon av litteratur	10
2.6. Etiske overveielser	10
3.0 TEORI	12
3.1. Lårhalsbrudd.....	12
3.2. ADL-funksjon	12
3.3. Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning	13
4.0 DRØFTING	14
4.1. Hva er mestring?	14
4.2. Hva er rehabilitering?.....	23
4.3. Hva er verdighet og livskvalitet?.....	26
4.4. Hva er empowerment?.....	27
5.0 OPPSUMMERING	29
6.0 LITTERATURLISTE	30
Vedlegg 1: Hoftebrudd etter alder.....	32
Vedlegg 2: Presentasjon av artikler.....	33
Vedlegg 3: Barthels Indeks	35

1.0 INNLEDNING

1.1. Begrunnelse for valg av tema

Tema for vår avsluttende oppgave på bachelorstudiet i sykepleie er rehabilitering etter lårhalsbrudd. Grunnen til at vi har valgt dette tema er fordi vi som fremtidige sykepleiere ønsker å tilegne oss mer kunnskap på området. Vi erfarte i praksis at dette er et tema som er veldig aktuelt på sykehus. Mange eldre pasienter (spesielt kvinner) blir lagt inn på sykehus grunnet lårhalsbrudd. Vi tenker at vi vil få bruk og nytte for kunnskapen om rehabilitering uansett hvor vi vil komme til å jobbe i helsetjenesten.

Hvert år rammes 9000 voksne nordmenn av lårhalsbrudd, med andre ord har vi ett lårhalsbrudd hver time i landet vårt. Syv av ti av de rammede er kvinner. Etter fylte 70 år øker risikoen for brudd kraftig (Se figur i vedlegg 1). Spesielt utsatt er eldre bosatt i byer og tettsteder. Oslo ligger på verdenstoppen over antall brudd per innbygger, både for menn og kvinner (Meyer, 2004).

Ofte blir pasientens ADL-funksjon nedsatt etter en hofteoperasjon. ADL står for activities of daily living, aktivitet i dagliglivet. Pasienten må ofte lære seg de enkle grunnleggende ting i livet på en ny måte. Eksempelvis kan handling på butikken eller å reise seg fra sengen om morgenen bli vanskelig etter et lårhalsbrudd. I vår praksistid som sykepleierstudenter på kirurgisk avdeling erfarte vi hvordan denne pasientgruppen gikk fra å være selvstendige til å ville trenge hjelp til ting som å reise seg fra seng eller ta på klær. Vi erfarte også at pasienten ofte opplevde det som utfordrende at de hadde behov for mye hjelp etter lårhalsbruddet.

Presentasjon av problemstilling

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til mestring hos eldre med nedsatt ADL-funksjon etter lårhalsbrudd?

Vi ønsker å se på hva som er fysiske og psykiske utfordringer til den eldre pasienten som er innlagt på sykehus med fractura colli femoris. Vi ønsker også å få en innsikt i hva vi som sykepleiere kan bidra med for at pasienten kan oppleve mestring og dermed kanskje også bedre deres livskvalitet gjennom en rehabiliteringsprosess. Rehabiliteringen kan bidra til å gjøre de dagligdagse aktivitetene på en ny måte tilpasset den nye tilværelsen og

livssituasjon. Kunnskap om rehabilitering er viktig for oss som sykepleiere uansett hvilken pasientgruppe vi velger å jobbe med.

Avgrensning

Vi har i vår oppgave valgt å fokusere på pasienter med lårhalsbrudd forårsaket av fall i hjemmet. Grunnet oppgavens begrensninger med tanke på antall ord har vi valgt å ta for oss pasienter i aldersgruppen 65-75 år. Vi tar utgangspunkt i at pasientene er hjemmeboende og selvhjulpne. Vi kan ikke utelukke at pasientene bruker noen medisiner, f.eks. betablokkere for hjertet, insulin for diabetes eller blodtrykksmedisin. I oppgaven har vi valgt å ikke fokusere på dette, men vi ser at dette kan være medvirkende faktorer i rehabiliteringen til pasienten. Våre pasienter kommer inn etter et traume forårsaket av fall hvor konsekvensen er lårhalsbrudd, og de får operert inn en totalprotese i hoften. Frihagen, Figved, Madsen, Lofthus, Støen & Nordsletten (2010) anbefaler i sin artikkel at de spreke eldre får operert inn en totalprotese. Med de spreke eldre menes eldre som bor i egen bolig, klarer seg selv i hverdagen og i utgangspunktet skal hjem til egen bolig etter endt sykehusopphold. Med en totalprotese kan pasientene oppnå bedre funksjon i hoften i etterkant. I tillegg vil det være mindre risiko for at pasienten må inn for en reoperasjon grunnet brudd eller luksasjon i hoften. På bakgrunn av disse opplysningene har vi valgt pasientgruppen som får totalprotese. De vil også ha et større behov for rehabilitering da ny bevegelsesteknikk vil prege hverdagen deres. Vi tar utgangspunkt i pasienter som fremdeles befinner seg på sykehuset og har gjennomført operasjoner. Som sykepleiere er vårt mål at pasienten blir i stand til å flytte hjem igjen etter endt sykehusopphold.

1.2. Begrepsavklaring

Rehabilitering: Rehabilitering defineres med å bli funksjonsdyktig igjen. Å gi en oppreisning der en får tilbake den verdigheten pasienten hadde før oppstått traume (Bredland, Linge, & Vik, 2002).

ADL-funksjon: ADL er forkortelse av det engelske begrepet Activities of daily living. Dette innebærer å være i stand til å komme seg opp og ned av seng og stol, kle på seg, vaske seg, lage mat, takle toalettsituasjon og spisesituasjon. Dette svarer til det norske uttrykket egenomsorg (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008).

Eldre: *Den gamle pasienten er et gammelt menneske som har ett eller flere helseproblemer som gjør at han eller hun kommer i kontakt med helsevesenet (Kirkevold et al., 2008, s. 75)*

Mennesker over 75 år betegnes som gamle, mens den eldre pasienten er mellom 60 til over 100 år. De fleste av disse har aldersforandringer som har betydning for behandlingsforløp, sykdom, prognose og sykdom (Kirkevold et al., 2008). I forskningsartiklene vi har lest som omhandler eldre pasienter er de eldre definert som mennesker over 65 år. Vi stiller oss derfor noe åpen i forståelsen av hvem de eldre er.

Mestring: Når vi takler sykdom eller stress på egen hånd og kommer oss videre på en god måte har vi oppnådd mestring. Det handler også om å ha tilgang til ferdigheter, ressurser, sosiale ressurser, kunnskaper og utstyr eller hjelpere til å utnytte disse egenskapene (Larsen & Gammersvik, 2012).

Lårhalsbrudd: Lårhalsbrudd er en vanlig bruddskade. Eldre mennesker har et svekket beinvev grunnet osteoporose (beinsvinn) og det oppstår mye lettere brudd hos eldre enn hos yngre ved for eksempel fall på grunn av det svekkede beinvevet (Toverud & Jacobsen, 2009).

1.3. Oppgavens disposisjon

Vi har valgt å dele oppgaven vår inn i 6 kapitler. I metodedelen presenterer vi hvilken metode vi har valgt, presentasjon av litteratur samt kritikk av metode og litteratur. Vi har også her valgt å gi en kort presentasjon av Joyce Travelbees sykepleieteori, hvor vi har lagt vekt på det mellommenneskelige forholdet og det å finne mening og håp i sin lidelse.

I teorikapitlet presenterer vi relevant teori om emnet før vi i drøftingsdelen går nærmere inn på rehabilitering, mestring og veiledning. I drøftingsdelen diskuterer vi også funnene fra forskning, teori og sykepleieteoretiker opp mot hverandre.

Helt til slutt har vi en oppsummering hvor vi konkluderer funn og teori opp mot problemstillingen. Dette knytter vi opp mot det nye vi ser og forstår etter å ha fordypet oss i temaet.

Opgaven er på 9758 ord.

2.0 METODE

I metodekapitlet presenterer vi hvilken metode vi har brukt og kritikk av denne. Forskning, pensum og selvvalgt litteratur vi har brukt gir vi en kort presentasjon av. Vi presenterer også Joyce Travelbee. Under kapitlet kommer også kildekritikk og etiske overveielser inn.

2.1. Begrunnelse av metodevalg

Metoden som vi velger for vår oppgave er redskapet for det vi vil undersøke. Den hjelper oss å innhente informasjonen og etterprøve kunnskapen som vi trenger til vår oppgave (Dalland, 2012).

Dalland trekker frem Vilhelm Aubert som definerer metode slik: *En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder* (Dalland 2012, s. 83).

Vi har valgt å bruke litteraturstudie i vår oppgave. I en litteraturstudie henter vi data til vår oppgave gjennom pensum, relevante bøker samt søk i ulike databaser for å skaffe oss et overblikk over tidligere forskning og hva vi eventuelt vil ta med i vår oppgave. Dette fordi vi har begrenset tid og ønsker å fordype oss grundig i emnet. Hadde vi brukt intervju som metode med x antall informanter er det ikke sikkert vi ikke fått samme type fordypning. Kanskje hadde vi fått fordypning bare i en liten del av emnet grunnet begrenset datasamlingsområde. Før vi gikk i gang med å skrive søkte vi i et utvalg av databaser for å se om vi fant relevant litteratur til vårt tema. Vi fant et stort utvalg av litteratur i søket og det er en av årsakene til at vi har valgt litteraturstudie som vår metode. I oppgaven har vi også valgt å ta med erfaringer fra praksis. Dette er relevant for vår oppgave og vi kan se sammenhenger mellom teori og praksis.

Under forskning og innsamling av data er det ofte vanlig at vi tar et valg om hvilken metode vi skal bruke for å komme fram til data vi trenger til forskningen. Det kan brukes kvalitative og kvantitative metoder i sammenheng med samfunnsvitenskapen. Etter at vi

har valgt oss hvilken metode vi ønsker å jobbe ut ifra kan vi undersøke flere sider av samme situasjon (Dalland, 2012).

Ved den kvantitative metoden gjøres de innsamlede data om til målbare resultater. Vi kan gjøre utregninger for å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Vi har i vår oppgave valgt å jobbe med den kvalitative metoden. Kvalitativ metode har som et hovedgrunnlag å få tak i data som ikke er mulig å måle eller sette prosent på. Den kvantitative metoden har som et mål på lik linje som den kvalitative metoden, å være med på at vi skal forstå bedre det miljøet vi lever i og hvordan folk samhandler på enkeltnivå og i større grupper. Artikkene som vi har valgt å bruke er kvantitativ metode hvor de har målbare resultater. Vi har valgt å ikke følge deres metode da vi ser at vi går mer i dybden og bruker ikke målbare resultater i oppgaven (Dalland, 2012).

2.2. Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i 1926. Under hennes arbeidskarriere jobbet hun som psykiatrisk sykepleier. Joyce Travelbee har en sykepleieteori som vektlegger forholdet mellom sykepleieren og pasienten. Teorien baserer seg på elementer der mennesket er et individ, lidelse, mening, menneske-til-menneskeforhold og kommunikasjon (Kirkevold, 2001).

Å utøve sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren hjelper pasienten, samfunnet eller familier med å mestre og forebygge sin sykdom og lidelse. Sykepleieren kan også bidra til å finne mening med erfaringene fra sykdommen (Travelbee, 2001).

Håp. Håp gjør det enklere for at folk skal kunne klare vanskelige hendelser. Travelbee (2001) definerer håp *som den motiverende impulsen av håp som gir den syke energi og gjør ham i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i de vanskelige oppgavene som kan ligge i en rehabiliteringsprosess* (Travelbee, 2001, s. 117).

Mening: Årsaken eller grunnen til at enkeltpersoner tilegner seg erfaringer og opplevelser i livet er mening. Når vi opplever mening skjer det i kroppen vår, og ikke i situasjonen rundt. *Mening er ikke iboende i de erfaringene en gjør; der er kun individet, som er omgitt av og gjennomlever en bestemt livserfaring, som finner frem til mening* (Travelbee, 2001, s. 226).

Vi vil komme nærmere inn på Joyce Travelbee i videre tekst.

2.3. Databaser og søkeord

Vi har søkt i ulike databaser etter relevant litteratur innenfor vårt tema. Vi oppdaget raskt at det var mange artikler innefor utvalgt tema slik at vi måtte begrense søket betydelig. Vi gikk da fra et treff på over 1000 artikler ved søk på kun rehabilitering til et treff på rundt 30 artikler ved å avgrense søket og bruke engelske søkeord.

Database	Søkeord	Antall treff	Brukt i oppgaven
Svemed+	Adl hip fracture	33	1
Pubmed	Total hip arthroplasty	32	1
	Adl total hip arthroplasty	19	1
Norart	Mestring hoftebrudd	0	0
Idun	Coping with adl	1	0
	Coping hip fracture	0	0

Vi har også brukt Universitetet i Nordlands søkemotor Bibsys for å finne relevant litteratur på biblioteket. Der fant vi mange interessante bøker vi har valgt å bruke i vår oppgave, samt noen elektroniske kilder som tidsskrifter, lovverk og ulike informasjonshefter som passet til vår problemstilling. Vi har også brukt pensumlitteraturen som belyser vårt tema.

2.4. Kildekritikk

Ved å anvende kildekritikk skal vi vise at vi har forholdt oss kritisk til litteraturen som vi har valgt å bruke i oppgaven og hvilke kriterier vi har satt oss under utvelgelsen. Vi kritiserer og vurderer litteraturen underveis i utvalget og jobber da med kildekritikk. Med en slik vurdering av kildekritikken er hensikten at leseren skal få et innblikk i hvilke refleksjoner vi har gjort oss for hvilken gyldighet og relevans litteraturen har for vår problemstilling. Å bruke kildekritikk i oppgaven hjelper oss å finne den relevante litteraturen vi behøver for å kunne svare best mulig på vår oppgave (Dalland, 2012).

Når vi har søkt etter forskningsartikler har vi vært bevisste på at de ikke skal være eldre enn 5 år. Men vi ser at noen av artiklene som er relevante er eldre enn 5 år. Allikevel har vi valgt å bruke dem fordi vi har vurdert dem godt og de har aktuelt innhold for å belyse

problemstillingen. Vi har også lagt vekt på at artiklene er godkjente av eksperter i en utvalgskomiteé. For å publisere en artikkel i en database må forfatterne oppfylle ulike krav i forhold til anonymitet og taushetsplikt.

Når det gjelder bøkene vi har funnet som selvvalgt litteratur varierer det veldig når de ble utgitt. Vi har vært kritiske og bevisst valgt nyere bøker hvis det finnes. Vi har funnet relevant innhold som belyser vår problemstilling i alle bøkene selv om de er nye eller gamle. Når vi har søkt etter selvvalgt litteratur har vi søkt på begreper som problemstillingen vår inneholder. Dette har begrenset søket betydelig og vi har dermed fått opp den litteraturen vi søker etter. I forhold til søk i databaser satte vi oss kriterier at søkeordene skulle stå i både tittel og i teksten. I søket etter artikler fikk vi mange treff, men etter avgrensning i søkeord satt vi igjen med færre treff enn utgangspunktet.

Når det gjelder pensum fra studiet vårt kjenner vi til pensum og vet hva vi ser etter i disse bøkene og hvilke som er aktuelle. Likevel må vi være kritiske i form av at de belyser problemstillingen og at vi holder oss til tema.

2.5. Presentasjon av litteratur

Resultatet vårt bygger på tre ulike forskningsartikler som tar for seg daglige aktiviteter blant hofteopererte. Grunnen til at vi har valgt kun tre artikler er fordi de svarer til oppgaven vår og vi tenker det er god informasjon i dem til å svare godt på oppgaven, i tillegg til den selvvalgte litteraturen vi har valgt. Artiklene belyser tema på en god måte og hvordan pasientene mestrer sin hverdag er sentrale i alle tre. I tillegg belyser de hvilken funksjon som er nedsatt hos pasientene og hvordan de takler hverdagen. I alle artiklene er resultatene bygd på funn hos eldre mennesker. Andre forskere ville kanskje funnet annen forskning på temaet ved bruk av andre søkeord eller søkemotor men vi har valgt å bruke pub med og svemed+, og vi fikk da tilfredsstillende resultater og forskning vi mener belyser vår problemstilling. Vi vil komme nærmere inn og diskutere innholdet, funn og relevans i videre tekst (Se vedlegg 2 for presentasjon av artiklene).

2.6. Ethiske overveielser

Siden vi har valgt å bruke litteraturstudium som metode har vi ikke noen krav til verken taushetsplikt eller anonymisering av litteraturen som skal brukes. Forfatterne selv har

allerede gjort dette for litteraturen de har valgt å bruke. Dette er et krav for å få en artikkel godkjent. For å ta noen etiske hensyn må vi være nøye med kildehenvisningen. Dette vil si at vi oppgir navnet på forfatteren, tittel på artikler og bøker samt utgivelsesår. Vi må passe på at vi ikke tolker den litteraturen man finner relevant på egen måte, men gjengir det som er fakta. Hermeneutikk er vesentlig i denne prosessen. Et forsøk på å gjøre det vi studerer som er uklart, uforståelig eller kaotisk om til en mening er fortolkningslære. Å forsøke å tolke litteraturen på denne måten vil gi oss en klarhet i det uklare (Dalland, 2012). Av de tre forskningsartiklene vi bruker er to av dem per reviewed, altså er de tolket av eksperter og fagfelleverdert. I den siste artikkelen kommer det ikke frem at den er fagfelleverdert. Den inneholder gode resultater som vi ser står til vår problemstilling, i tillegg til at forfatterne ikke går utenfor resultatene i sin konklusjon. Vi anser den derfor som en god ressurs for vår oppgave.

Når det gjelder eksemplene fra praksis vi har valgt å bruke i oppgaven, har vi tatt etiske hensyn ved å anonymisere både institusjon og involverte personer for å hindre at eksemplene kan spores opp.

3.0 TEORI

I teorikapitlet tar vi frem fakta som omhandler vårt tema. Dette er faktorer vi tenker er nyttig å ha med oss videre i oppgaven for å kunne drøfte problemstillingen.

3.1. Lårhalsbrudd

I oppgaven fokuseres det på brudd på selve lårhalsen (fractura colli femoris). Pasienten får innsatt en total hofteprotese som innebærer at både caput femoris (lårbeinshodet) og acetabulum (hofteskåla) skiftes ut med kunstige deler.

Den største årsaken til lårhalsbrudd hos eldre er osteoporose (beinsvinn). Produksjonen av østrogen reduseres gradvis etter at kvinner er kommet i overgangsalderen. Østrogen hjelper i benbygningen og en årsak er derfor osteoporose i tidlig alder grunnet redusert østrogen i kroppen. Menn produserer testosteron hele livet, i tillegg til at de har et høyere nivå av kalkinnhold i skjelettet enn kvinner. Derfor forekommer ikke osteoporose like ofte hos menn som kvinner. I Norge er det høy forekomst av osteoporose, men det er lite forsket på. Kosthold viser seg å spille en viktig rolle. God ernæring i barne- og ungdomsårene er med på å bygge et sterkt og solid skjelett. I voksen alder er det viktig at man vedlikeholder dette med et variert og allsidig kosthold, med inntak av særlig kalk og D-vitamin. Å få tilstrekkelig med D-vitamin i vårt land hvor vi har kaldt klima store deler av året og huden er tildekket kan være vanskelig, da D-vitamin dannes best ved at man får sollys på kroppen. Også andre faktorer som medikamenter, røyking, høyt alkoholinntak, arv, lav vekt og fysisk aktivitet er en risiko for lårhalsbrudd. For eldre er det viktig med fysisk aktivitet for å trene balansen og redusere risiko for fall. Studier har visst at trening forebygger fall hos eldre med 40% (Aas & Fretheim, 2010).

3.2. ADL-funksjon

Et lårhalsbrudd hos den eldre fører til akutt funksjonssvikt, det vil si at pasienten har pådradd seg en skade som hindrer normal livsutfoldelse. Å bli utsatt for et traume (i vårt tilfelle etter fall) kan føre til krise i livet. Den eldre som i utgangspunktet har vært oppegående og klarer seg på egen hånd i det daglige, kan oppleve at fallet ”snur alt på hodet”. En slik funksjonssvikt kan føre til at den eldre opplever tap av autonomi

(selvbestemmelsesrett) og frihet og gir nedsatt livskvalitet. Nedsatt ADL-funksjon kan gjøre at den eldre blir avhengig av hjelp fra andre i større eller mindre grad. Det er naturlig å forstå at den eldre vil føle seg mindre verdig og oppleve redusert livskvalitet ved å være avhengig av andre.

Etter en operasjon hvor pasienten har fått innsatt totalprotese i hoften etter et lårhalsbrudd, er det viktig å kartlegge hvor stor funksjonssvikten er og registrere ressurser og behov. I den postoperative fasen er det viktig at vi som sykepleiere observerer om pasienten har ytterlige funksjonsnedsettelse enn normalt. Dette kan gjøres ved å kartlegge ADL-funksjonen ved et kartleggingsverktøy kalt Barthels ADL-indeks (Se vedlegg 3 for eksempel på et slikt skjema). Kartleggingsverktøyet kan være et hjelpemiddel for hvilke ressurser pasienten har og kan hjelpe oss sykepleiere til å bidra til mestring gjennom å tilrettelegge opptreningen på pasientens nivå (Kirkevold et al., 2008).

3.3. Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning

Å hjelpe pasienter til å endre sin livsstil for å oppnå optimal helse er helsefremming. Endring av livsstil kan gjøres ved å kombinere innsats, atferd og tilrettelegging for et godt miljø for å fremme god helse. *Optimal helse er definert som en balanse av fysisk, emosjonell, sosial, åndelig og intellektuell helse* (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 26).

Det viktigste målet innenfor rehabilitering er at pasienten skal klare seg selv hjemme og være aktiv i det daglige og i samfunnet etter lårhalsbruddet. I rehabilitering står individet sentralt og et rehabiliteringsforløp skal ha et helhetlig perspektiv. Helse er pasientmedvirkende i hele behandlingsforløpet, at man er engasjert og deltakende med omgivelsene. Det helsefremmende perspektivet samsvarer da med brukerperspektivet, der brukeren er ekspert på sine behov og sitt eget liv. En pasient som har behov for rehabilitering har ikke bare en diagnose som kan behandles med ulike medisiner, men pasienten har ulike sammensatte problemer som medfører endringer i hverdagslivet (Larsen & Gammersvik, 2012).

4.0 DRØFTING

I dette kapitlet knytter vi problemstillingen opp mot teori, forskning, Travelbee og våre erfaringer fra praksis. Problemstilling: *Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til mestring hos eldre med nedsatt ADL-funksjon etter lårhalsbrudd?*

I drøftingskapitlet omtaler vi pasienten som han, men vil også bruke pasienten.

4.1. Hva er mestring?

Opplevelsen mestring er viktig for alle mennesker. Fjørtoft (2006) har definert mestring som *en persons kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller utfordrende situasjoner* (Fjørtoft, 2006, s. 53).

Da vi var i praksis på kirurgisk avdeling erfarte vi som sykepleierstudenter hvilken viktig rolle sykepleieren har i rehabiliteringsarbeidet. Et rehabiliteringsforløp er samarbeid mellom ulike instanser på et sykehus. Vi som sykepleiere står ofte for den nære relasjonen til pasienten og det er vi som gjerne bygger et tillitsforhold til pasienten. Vi skal sørge for at pasienten har de grunnleggende behovene dekt. Han skal føle han blir tatt vare på samt at vi skal informere, veilede og gi motivasjon til pasienten.

Når en pasient kommer fra operasjonsstuen skal vi som sykepleiere ta imot pasienten og starte med postoperative observasjoner. Det viktig at vi observerer blant annet pasientens respirasjon og sirkulasjon. Vi må observere operasjonssåret for hevelser, rødhet og varme for å oppdage eventuelle infeksjoner i såret. Videre i det postoperative forløpet må vi sykepleiere sjekke bandasjen for gjennomblødning og skifte ved behov. Ved hvert bandasjeskift skal såret inspiseres og vi skal se etter tegn på infeksjon, f.eks. sekret fra såret, lukt, hevelse, ømhet og rødhet (Toverud, Grønseth, Stubberud, & Almås, 2010).

Det er også viktig at vi legger merke til i hvor stor grad pasienten er smertepåvirket. Grunnet smerter og sengeleie er pasienten utsatt for blant annet pneumoni og trykksår. Den eldre pasienten kan belaste det opererte benet opp til smertegrensen fra første dag og for å forebygge pneumoni og trykksår er det viktig at pasienten kommer opp av seng. Aktivitet vil føre til dypere respirasjon og blodforsyningen ut til knoklene bedres, slik at både pneumoni og trykksår kan unngås, i tillegg vil sårtilhelingen øke. Vi som sykepleiere må informere pasienten om viktigheten av egenaktivitet for å forebygge eventuelle

komplikasjoner ved sengeleie. I tillegg må vi veilede pasienten til hvordan han kan komme seg opp av seng ved hjelp av søsterhjelp (Toverud et al., 2010).

Eldre pasienter har i større grad behov for hjelpemidler enn andre for å være i egenaktivitet og kunne hjelpe seg selv til selvhjelp. I tillegg er det viktig at vi veileder hvordan de kan snu seg i sengen uten å forverre skaden. Spesielt viktig er det å informere om viktigheten av at pasienten ikke må krysse midtlinjen, altså ikke ha bena i kryss. En hjelp til å huske på dette kan være å legge en pute mellom bena. Når de ligger i sengen skal de alltid ha en pute under operert ben og ligge med tærne lett utadrottert. På denne måten blir operert ben liggende anatomisk riktig uten trykk mot bruddstedet. Vi som sykepleiere må informere slik at pasienten forstår hva han ikke kan gjøre og hva han trygt kan gjøre. Ved å stille kontrollspørsmål om forflytning, komplikasjoner osv. til pasienten kan vi få en innsikt i om pasienten har forstått informasjonen vi har formidlet (Toverud et al., 2010).

Alle pasienter som går gjennom en hofteoperasjon får lagt inn kateter. En av bekymringene ved inneliggende kateter er infeksjonsrisikoen. Ved et inngrep i hoften burde kateteret fjernes andre postoperative dag for å redusere risikoen for urinveisinfeksjon (UVI). I praksis erfarte vi at noen av pasientene vegret seg for å fjerne kateteret. Det var frykt for å ikke komme seg opp av seng på en god måte eller ett nytt fall ved toalettbesøk som var hovedårsaken til vegringen. Vi som sykepleiere må i en slik situasjon informere om viktigheten av å forebygge UVI. Ligger kateteret inne over lengre tid får bakteriene bedre grobunn og risikoen for UVI øker. Med slik informasjon kan pasientene forholde seg til risikoen med inneliggende kateter over lengre tid og kan ønske kateteret seponert (Toverud et al., 2010).

Når kateteret er seponert må vi som sykepleiere observere urinproduksjonen. 1-2 timer etter seponering burde pasienten latt vannet på toalettet. Det er da viktig at vi sjekker pasienten for eventuelt resturin, noe vi kan gjøre ved å blærescane han. Har pasienten en betydelig mengde resturin (over 200ml) burde pasienten engangskateriseres for at resterende urin skal bli tømt fra blæren. Ved resturin skal urinproduksjonen observeres til den er tilfredsstillende og det ikke er betydelige mengder urin i blæren etter toalettbesøk. Når det gjelder eliminasjon så er pasienter som er sengeliggende og får betydelige mengder smertestillende også utsatt for obstipasjon. Det kan være lang vei til toalettet, og i tilfellet for hofteopererte kan det også være forbundet med vansker å komme seg opp av

sengen. Også her er det viktig at vi informerer om viktigheten av å komme seg opp av sengen for å unngå å bli obstipert, og forklare om medvirkende årsaker til obstipasjon (Toverud et al., 2010).

Kommunikasjonen for oss som sykepleiere til pasienten blir brukt for å motivere og innvirke, og vi blir igjen påvirket av pasienten. Gjennom kommunikasjon formidler vi også hvilken omsorg vi har ovenfor pasienten, mest ved blikk og ved tjenestene vi utfører. Pasienten vil kommunisere tilbake til oss på hvordan han oppfatter oss som et omsorgsfullt og hjelpende medmenneske (Travelbee, 2001). Dette kan vi se tilbake på i forhold til erfaringene vi gjorde oss i praksis når det gjelder velvære hos pasienten. Vi ønsker å hjelpe og bidra til at pasienten føler seg bra. Gjennom kommunikasjon og handling vil pasienten rette seg etter det vi har å si og føle trygghet, i tillegg til at vi er omsorgsfulle.

For at pasienten skal kunne føle velvære, skal vi som sykepleiere legge til rette for at pasienten får gjennomført sin daglige hygiene. Vår oppgave er å støtte pasienten til å gjøre mest mulig selv, at vi kan assistere der pasienten ikke får vasket eller smurt seg selv. Å kartlegge ADL-funksjonen er viktig for å kunne bruke pasientens ressurser og tilrettelegge for behov. Etter en operasjon er riktig ernæring viktig for at såret og bruddet skal gro. Ernæringen består av rikelig med vitaminer og proteiner i et ellers sunt kosthold. Eldre pasienter har gjerne nedsatt appetitt før sykehusinnleggelse, og det er viktig å kartlegge ernæringsstatus ved innkomst. Får ikke pasienten tilstrekkelig med ernæring er det viktig at vi som sykepleiere gjør observasjoner i forhold til underernæring og dokumenterer dette. Når det er gjort kan vi sette i gang tiltak og tilføre den ekstra næringen om det er behov, f.eks. ved å tilby næringsdrikke. Et godt ernæringsgrunnlag er viktig for at sårtilhelingen skal være tilstrekkelig (Toverud et al., 2010).

I studien til Elinge, Stenvall, Wågert, Löfgren, Gustafson & Nyberg (2005) blir det hevdet at de eldre pasientene opplever vanskeligheter med å opprettholde et sosialt liv etter lårhalsbrudd. Alle informantene i studien uttrykte vanskeligheter med å komme seg til butikken på egen hånd for å handle, da de hadde problemer med å bevege seg utendørs. Å transportere seg selv var heller ikke lett og besøk til familie og venner ble vanskelig å gjennomføre uten hjelp. Dette er store forandringer for den eldre og de må lære seg å mestre de nye utfordringene. Dette funksjonstapet kan gå utover livskvaliteten til pasientgruppen med lårhalsbrudd. Ifølge studien til Elinge et. al (2005) burde

rehabiliteringen rette seg mot å lindre bevegelseshvansker, samt å redusere aktivitetsbegrensninger. For å oppnå mestring i slike situasjoner er pasienten avhengig av sine egne ressurser. Som sykepleiere må vi ta hensyn til hvor krevende situasjonen er for pasienten og om omgivelsene kan hindre eller støtte mestring. At pasienten kan påvirke sin egen situasjon oppleves som mestring (Fjørtoft, 2006).

Joyce Travelbee (2001) hevder at det å være syk (innlagt på sykehus) ofte også innebærer å være redd. Pasienten bærer på en angst for en usikker fremtid og er redd for at han ikke vil mestre situasjon eller reaksjonene han har foran seg. Å være immobilisert og smertepåvirket i lengre tid kan også medføre en stor psykisk påkjenning. Bekymringer om livet noen gang vil bli som før er store. Vi har erfart at noen pasienter kan reagere med sinne og irritasjon i denne situasjonen. Vi som sykepleiere må ha kunnskap om at dette er helt normale reaksjonsformer på hjelpeløsheten som pasienten føler. Her kan vi også informere pårørende at dette er normale reaksjoner og at pasienten ikke mener noe personlig med det. Det er et uttrykk for frustrasjon i situasjonen (Toverud et al., 2010). Å ikke gi tilstrekkelig med informasjon til pasient og pårørende kan føre til utrygghet, økt lidelse og usikkerhet (Tveiten, 2008).

Som sykepleiere må vi motivere og veilede slik at pasienten kan nå sine mål og komme seg dit han ønsker å være i livet etter at det ble ”snudd på hodet”. Dette er et arbeid som ikke bare gjøres ”på dagen”, men må arbeides med over tid. For å styrke mestringskompetansen er det behov for veiledning. Å veilede er en pedagogisk tilnæringsmåte hvor hensikten er å styrke mestringsfølelsen gjennom læring og oppdagelse. Veiledning og undervisning går inn i hverandre men undervisning er styrt av underviseren, mens veiledning handler om å møte pasienten på hans plan, og lytte til hva pasientens behov er. Vi som veiledere skal ikke gi svarene til pasienten i hånden men vi skal være tilstede og hjelpe pasienten til å finne svar. At pasienten selv finner svar kan bidra til mestring (Tveiten, 2008). Kommunikasjon mellom oss som sykepleiere og pasienten er en prosess som er gjensidig. Som sykepleiere bruker vi denne prosessen for å få og gi informasjon, mens pasienten bruker prosessen for å få hjelp (Larsen & Gammersvik, 2012).

Vi som sykepleiere kan sammen med pasienten og eventuelt pårørende, sette opp en pleieplan for god kontinuitet i behandlingsforløpet. I planen planlegges mål for sykehusoppholdet f.eks. at pasienten skal kunne reise seg på egen hånd opp fra seng. I

planen skrives det også opp tiltak for at pasienten kan oppnå målene. Målene kan være langsiktige eller kortsiktige, det viktige er at de er realistiske og at pasienten er enig og forstår eget behov for deltakelse i utarbeidelse av pleieplanen (Toverud et al., 2010).

For at pasienten skal nå sine helsemessige rehabiliteringsmål er det behov for utvikling. Å oppnå mestring er som å nå toppen i en trapp, en trinnvis prosess som tar tid. Alle trinn i trappen må bestiges. Ofte klatrer pasienten disse trinnene uten å legge merke til det, men det er nødvendig å gå gjennom disse fasene for å oppnå mestringsfølelsen (Christophersen, 2009).

Siviløkonom, forfatter, foredragsholder og kroniker Christophersen (2009) har beskrevet de ulike trinnene av mestringstrappen slik:

- **Diagnosen:** Det nederste og tyngste trinnet. Starten på mestringstrappen hvor pasienten får vite om sin diagnose/sykdom, det er også en sorgprosess. Her kommer forskjellige spørsmål inn som ”Hvorfor meg?” ”Hvorfor ble akkurat jeg rammet?”
- **Informasjon:** ”Hvilken sykdom er det jeg har fått?” Mange spørsmål dukker opp, og pasienten ønsker svar. Ofte er informasjonskildene svært tilfeldige og full av latinske, uforståelige ord. Mange tyr derfor til internett som kan gi feil informasjon og tolkning av sykdommen. Det er viktig at vi som sykepleiere tar oss tid til å informere pasienten i den grad det lar seg gjøre og være åpne for å svare på eventuelle spørsmål, i tillegg til å være tilgjengelig for veiledning.
- **Kunnskap:** Når all informasjon om diagnose og sykdom er mottatt vil pasienten gå over på kunnskapstrinnet. Pasienten vil forstå sykdommen og hvilke konsekvenser og sammenhenger det er. Pasienten vil da ha en ny forståelse og ser helhetlig på sin nye hverdag.
- **Aksept:** Det er ikke sikkert pasienten aksepterer sin nye skjebne, men han er kommet langt på veien. Han har nådd et nytt trinn og er på god vei til å forstå og akseptere det nye som skjer med kroppen.
- **Ansvar:** Pasienten er kommet lenger i aksepteringsprosessen og han er klar over at livet med en funksjonsnedsettelse vil være annerledes enn før. Pasienten har kjent på ulike følelser som sinnelag, skam og skyld og slått seg til ro med disse. Å ta ansvar for livet sitt og gjøre det beste ut av det slik som det er nå, er typiske tanker på ansvarstrinnet.

- **Motivasjon:** Pasienten er nå kommet så langt at han ønsker å ta fatt på det nye, og har akseptert livet slik det nå er. Dette kan han leve med og ønsker å ta fatt på nye utfordringer med det samme.
- **Valg:** Pasienten opplever at det kommer motstand og at de nye endringene kommer sakte men sikkert. Det blir åpenbart for pasienten at noe i livet må velges bort og erstattes av andre ting som er gjennomførbart. F.eks. så kan ikke den hofteopererte sette seg ned og reise seg like fort som før og kanskje må han ha hjelpemidler for å komme seg opp og ned av stolen. Pasienten må velge en livsstil som er tilpasset den nye situasjonen.
- **Handling:** Når de viktigste valgene for en ny livsstil er tatt og pasienten er tilfreds med de nye valgene så skal han gjennomføre disse. Alt skal gjøres for første gang og det kan være en krevende prosess.
- **Læring:** Nå er vi kommet så høyt i mestringstrappen at fremgangen vil være godt synlig, både medisinsk og følelsesmessig. Pasienten er inne i en prosess der han lærer om sin nye livsstil og noe virker ganske opplagt og etter hensikten, mens andre ting kan være skuffende og at man ikke får det til. Kjennskapen til egen helse blir bedre og kunnskapen om egne verdier og seg selv vises godt. Å treffe rett på hvilke valg som må gjøres for å leve etter en endret livsstil blir bedre og pasienten og hans team evaluerer og tilpasser etter beste evne.
- **Mestring:** Pasienten har nå nådd toppen av trappen og med det gjenvunnet selvfølelsen. Å nå toppen av trappen har vært krevende og pasienten har møtt på medgang og motgang. Det har vært tvil, skuffelse og glede. Pasienten føler seg forhåpentligvis bedre, stolthet og glede over egen prestasjon vil vise seg. Pasienten har fått en ny livslykke. ”Jeg påvirker mitt eget liv og min skjebne, dette kan jeg lykkes med”.

Oppgaven til oss sykepleiere går ut på at pasienten skal få håp. Vi som sykepleiere skal veilede slik at pasienten kommer på riktig vei i forhold til å føle håp. Dialog er det mest sentrale i veiledning, vi kan gjerne kalle det hovedformen i veiledningsarbeidet. Veileder legger til rette for at den andre lærer, oppdager og ser hvilke handlinger som er positive og negative for seg selv og hva som eventuelt ligger til hinder for en forbedring. Gjennom en slik prosess styrker veileder mestringskompetansen hos den andre. Å bevisstgjøre den andre på seg selv og sine ressurser er et viktig arbeid i veiledning (Tveiten, 2008).

En følelse av at håpet ikke er langt unna bidrar til å oppleve mestring. Å bruke mestringstrappen for at pasienten skal finne håp i sin nye livssituasjon kan virke i både positiv og negativ retning. Både for oss som sykepleiere og pasienter kan det være en fordel å se disse forskjellige fasene i en bestemt rekkefølge slik at man er bevisst på at alle trinnene i trappen er ”tråkket” på. For den eldre pasienten kan bruk av mestringstrappen være en fin måte å finne håp og motivasjon på, siden den er enkel å forstå i samarbeid med oss sykepleiere (Christophersen, 2009).

Mestringstrappen kan brukes i alle typer rehabilitering. Å oppnå endring tar tid. Ifølge Travelbee (2001) kan vi som sykepleiere hjelpe pasienten til å finne mening i sykdommen og bidra til at pasienten holder symptomer under kontroll og bevarer sin helse. Slik kan pasienten leve et godt og rikt liv til tross for sine fysiske begrensninger. Vi som sykepleiere kan bidra til et rikt liv gjennom observasjoner på de grunnleggende behov og på bakgrunn av observasjonene gi veiledning og motivasjon. Dette kan bidra til at pasienten vil se situasjonen på en annen måte og kan kanskje ha kontroll på sine utfordringer. Selv om tilstanden kan bli enten bedre eller verre, kan pasienten ved hjelp av mestringstrappen bevege seg fra sjokk og ytre uro til aksept og indre ro. Vi må også være klar over at mestringstrappen kan utvikle seg i negativ retning ved at pasienten f.eks kjenner godt til denne metoden fra før og at han vil hoppe litt mellom trinnene og oppleve vanskeligheter med å finne sin plass. I tillegg kan pasienten stille seg skeptisk til å bruke en slik metode og vi vil ikke nå frem til pasienten om vi ikke spiller på samme side (Christophersen, 2009).

I studien til Elinge et.al (2005) ser vi eksempler på ulike faktorer som lett kan skape uro for den eldre pasienten. I studien kom det frem at pasientene med hoftebrudd opplevde begrensninger av dagligdagse aktiviteter og de brukte rullestol oftere enn de eldre uten hoftebrudd. I deres studie hadde pasientene med hoftebrudd ikke flere hjelpemidler hjemme for å ta vare på egen helse enn dem uten hoftebrudd. Huset ble heller ikke tilrettelagt for rullestol eller rullator, som å fjerne dørstokker eller utvide dørene. Den eldre pasienten som hadde gått fra et liv hvor de ikke har noe hjelp fra helsetjenesten og klarer seg selv, kan lett bli rammet av håpløshet og ser ikke noen løsninger på fremtiden.

Dersom en pasient blir rammet av håpløshet kan han lett se problemer og ikke løsninger. Selv om pasienten får levert alternativer eller forslag for å komme seg ut av håpløsheten, kan han ikke se noen løsning. Sykepleierens rolle er i denne sammenhengen å hjelpe

pasienten til å se at håpet alltid er tilstede og dermed kunne komme seg unna håpløsheten (Travelbee, 2001).

Mestringsstrategi og kommunikasjon

Ifølge Eide & Eide (2007) kan pasienten som blir rammet av en sykdom reagere på en av disse tre måtene: 1) Holde opplevelsen av sykdommen unna og forsvare seg selv, 2) indre impulser tar overhånd og pasienten har mange kaotiske tanker eller 3) pasienten aksepterer både tankene og følelsene rundt sykdommen på en god måte. For å kunne oppleve mestring er det viktig at pasienten velger en mestringsstrategi som er passende for situasjonen og som ikke forverrer sykdommen/tilstanden.. Det ikke noe fasitsvar på hva som er rett mestringsstrategi i forhold til diagnose. Det er opp til hver enkelt pasient å velge riktig strategi ut ifra ulike faktorer som selve hendelsen, konteksten og hvor sterk pasienten er fysisk og psykisk. Vi som sykepleiere skal bistå med å lytte og legge til rette for at pasienten kan gjennomføre valgt mestringsstrategi, og vi skal være til stede og møte pasientens tanker i forhold til sykdom og behandling (Eide & Eide, 2007).

Eide & Eide (2007) har skissert tre ulike mestringsstrategier i boken Kommunikasjon i relasjoner:

- Problemrettede strategier. Gjennom handling og adferd løser eller utbedrer man muligheter for å oppnå mestring.
- Vurderingsrettede strategier. Endring av den kognitive forståelsen slik at perspektivet på lårhalsbruddet blir mer hensiktsmessig og vurderingen mer konkret, noe som igjen kan gi større aksept og bedre handling i rehabiliteringssituasjonen.
- Følelsesrettede strategier. Å redusere og bearbeide emosjonelle reaksjoner som lårhalsbruddet har forårsaket, så langt det lar seg gjøre.

(Eide & Eide, 2007).

Hvis pasienten kommer til siste ledd, vil han revurdere hele situasjonen. Her trekker han inn hvilke tanker han har om selve behandlingen og hvordan fremtiden ser ut etter han har gått gjennom en mestringsstrategi. En slik revurdering vil alltid påvirke pasienten på

følelsesmessig plan og hvordan situasjonen oppleves. Denne modellen og prosessen vil gjentas flere ganger i løpet av et behandlingsløp (Eide & Eide, 2007).

Travelbee (2001) hevder at sykepleierens måte å hjelpe syke mennesker på er å bistå dem til å mestre lidelse og sykdom. Gjennom våre handlinger overfor pasienten viser vi at vi ønsker å hjelpe – ikke bare fordi han er pleietrengende og syk, men fordi han er den han er og ingen annen. Vi som sykepleiere må vise at vi har kunnskaper på området og skape trygghet til pasienten. Å etablere et tillitsforhold til pasienten kan bidra til et bedre rehabiliteringsforløp. Målet er at pasienten forstår viktigheten av rehabiliteringen.

En pasient som er operert i hoften vil få noen restriksjoner han må overholde i ca. 12 uker etter operasjon. Det kan være at han ikke må bøye hoften over 90 grader, bruk av opphøyd stol, toalettforhøyer og ved gange skal foten peke rett frem for å unngå vridning i hoften. Denne informasjonen bør gis på en måte slik at pasienten er innforstått med hva som kan være konsekvensene ved å ikke overholde disse, f.eks. luksasjon av hoften. På denne måten skaper man trygghet hos pasienten og vi som sykepleiere viser at vi har kunnskaper på området, noe som også vil trygge pasienten og bidra til mestring (Toverud et al., 2010).

Er pasienten rammet av krisetanker, f.eks. at han ikke kommer seg gjennom rehabiliteringen eller at han føler det ikke er noe håp for fremtiden, kan det være lurt å speile følelsene. Å gå inn på angsten for en usikker fremtid med nedsatt funksjon i hoften kan gjøre pasienten usikker. I en slik situasjon er det viktig at vi ikke fokuserer på følelsene men at vi lytter til pasientens vurderinger. Vi får da innsikt i pasientens forståelse av sykdommen, samtidig som vi viser forståelse for pasientens følelsesmessige reaksjoner (Eide & Eide, 2007).

Dette stemmer med vår erfaring fra praksis. Som sykepleierstudenter hadde vi tid til å lytte til hva de eldre damene på kirurgisk avdeling hadde å si om sin sykdom, hva som plaget dem og hvordan vi kunne hjelpe dem, dette bidro til en helhetlig pleie hvor pasienten var i fokus og de følte seg sett. Ved å gi dem denne forståelsen, at vi er der for dem og at de ikke er alene, skapte vi trygghet. Vi kunne se ansiktene lyste opp og det kunne se ut som de fikk ny giv til livet, at de tenkte at dette kommer jeg meg igjennom, SAMMEN med helsepersonellet på avdelingen. Vurderingene som pasienten selv gjør seg må frem i lyset før vi som sykepleiere kan gå inn å vise forståelse og støtte. Har vi et innblikk i dette kan vi hjelpe pasienten til å sortere tanker, følelsesmessige reaksjoner og kroppslige reaksjoner på sin belastning (Eide & Eide, 2007).

4.2. Hva er rehabilitering?

Definisjonen om rehabilitering beskriver at pasienten bør ha et opplegg som fører til at den oppnådde funksjonsevnen blir best mulig etter endt behandling. Opptreningen er ofte rettet mot den funksjonen som har fått en skade eller en svakhet (Normann, Sandvin, & Thommesen, 2013).

Pasienter som blir lagt inn på sykehus for lårhalsbrudd får pleie og omsorg fra flere faggrupper. Det kobles inn fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og lege. En fysioterapeut fokuserer på pasientens muskelstyrke, mulighet for å holde ut under trening/rehabilitering og pasientens mulighet for bevegelse. Dette kan være hjelpemidler som hjelper pasienten å kunne gjennomføre en dag på et tilfredsstillende nivå. Ergoterapeuten retter fokus mot den spesifikke hverdagslige treningen (ADL) og undersøker hvilke hjelpemidler pasienten kan ha behov for etter endt opphold på sykehus. Under rehabiliteringen står sykepleieren ansvarlig for det som går på omsorg og pleie ovenfor pasienten som administrering av medisiner, pleie, observasjoner og veiledning i hvordan pasienten skal kunne klare seg selv. I tillegg utfører vi oppgavene til fysioterapeut og ergoterapeut når de ikke er tilstede. Behandlingen av de underliggende sykdommene blir administrert av legen (Kirkevold et al., 2008).

I praksis erfarte vi at pasientene fikk et hefte med skriftlig informasjon før operasjonen om inngrepet og om hvordan rehabilitering blir lagt opp i etterkant av operasjonen. Hftet med informasjon er i hovedsak forbeholdt elektive pasienter. Ved en akutt innleggelse er ikke alltid pasienten mottakelig for informasjon og det kan være dårlig tid til å gi informasjon skriftlig. Dette kan være fordi de kommer inn om natta og at de er sterkt preget av smerter. Pasienten vil alltid få heftet ved innleggelse men er kanskje ikke i tilstrekkelig tilstand til å lese det, før kanskje 2. postoperative dag grunnet sterke smerter i hoften.

Skriftlig og muntlig informasjon kan i enkelte tilfeller oppleves som for mye informasjon på en gang. Informasjonen vi gir til pasienten må tilpasses til pasientens mentale nivå i forhold til alder, hukommelse og tilstand. Fordelene med en skriftlig informasjon er at pasienten har en mulighet til å lese informasjonen om igjen så mye han vil om han lurer på noe. Vi som sykepleiere skal informere både skriftlig og muntlig da det er bevist tidligere at pasienten ikke får med seg alt dersom det bare kommer muntlig. For å kunne gi pasienten en optimal informasjon kan vi som sykepleiere sette oss ned sammen med

pasienten og gå igjennom det utleverte informasjonsheftet. Vi skal gjenta informasjonen og være sikre på at pasienten forstår (Normann et al., 2013).

I løpet av vår kirurgiske praksis erfarte vi at rehabilitering ble utført på ulike måter fra innleggelse til utskrivelse. Før operasjon får pasienten lårlange støttestrømper og disse brukes til mobiliseringsnivået ikke lenger er nedsatt. Vi som sykepleiere må forklare viktigheten og årsaken til at pasienten må fortsette å bruke støttestrømper etter operasjon. Strømpene brukes for å forebygge dyp venetrombose og en av de viktigste årsakene til dette er immobilisering. Pasienten skal opp å komme seg i bevegelse fra dag en.

Postoperativt skal vi som sykepleiere veilede pasienten til å stimulere muskel-venepumpen flere ganger daglig. Dette kan gjøres gjennom noen øvelser som er satt opp til pasienten, f.eks. bevege på tær eller bevege fotbladet frem og tilbake. Øvelsene gjøres for å få en god venøs tilbakestrømning (Toverud et al., 2010). I praksis møtte vi en kvinne som ikke forsto hvorfor hun måtte stå opp av sengen så raskt etter operasjonen. Hun var redd hun skulle falle på nytt og at hun skulle pådra seg et nytt lårhalsbrudd eller slå opp eksisterende brudd. Ved at vi forklarte henne viktigheten med å komme seg opp for å forebygge trombose ble hun samarbeidsvillig og forsto at ved å ligge i sengen kompliserte hun sin egen tilstand til det verre. Vi fikk henne opp av sengen 2. postoperative dag. Når hun først var kommet seg opp erfarte hun at det ikke var så ille likevel, og hun forsto at vi var der for henne og støttet henne slik at hun ikke skulle falle på nytt. Hun opplevde trygghet.

Hoftesmerter, redusert muskelstyrke og begrenset bevegelsesevne kan være følger etter et hoftebrudd. Det er ulike faktorer som negativt påvirker utfallet av rehabilitering. En generell forverring på grunn av hoftebruddet i seg selv, kirurgi og komplikasjoner kan være noen av dem. Disse faktorene er funn som Elinge et.al (2005) har kommet fram til i sin forskning. For at pasienten skal få starte så tidlig som mulig med rehabiliteringen har vi som studenter selv sett at god smertelindring er viktig for god utnyttelse av bevegelsestrening.

«Smerte» er et begrep som brukes om en bestemt art eller menneskelig erfaring

(Travelbee, 2001, s. 112). Smerte er et symptom og defineres som ensom siden pasienten ikke kan dele sin smerte med noen. Det er vanskelig å formidle smerten en selv har til en som står på utsiden. Som sykepleiere kan vi observere i hvilken grad pasienten har

smertes, men det er ikke sikkert at dette stemmer med det smertebildet pasienten selv ser (Travelbee, 2001).

Ved den postoperative behandlingen er smertelindring viktig for å sikre et godt behandlingsforløp og bevare pasientens velvære. For at pasienten skal kunne uttrykke sin smerte ovenfor sykepleieren kan vi bruke en VAS – skala. Dette er en visuell analogisk skala der pasienten kan sette et merke fra 1 til 10 for hvor store smerter pasienten selv har. Denne skalaen bruker vi som sykepleiere for å få forståelse for hvor mye smerter pasienten opplever å ha. Vi som sykepleiere skal informere legen om våre observasjoner slik at pasienten får en tilfredsstillende smertebehandling. I forhold til trening skal pasienten smertelindres i større grad, slik at han føler fysisk velvære. Målet med en slik smertebehandling er at pasienten skal kunne føle en motivasjon for å drive rehabilitering etter operasjon (Toverud et al., 2010)

Resultatene fra artikkelen til Vissers, Bussmann, de Groot, Verhaar & Reijman (2011) viser at osteoporose i hoften gir smerte og svekkelse av bevegelighet i hoften, i tillegg til at det fører til begrensninger på den fysiske funksjonsevnen. Informantene i studien med osteoporose som hadde gjennomgått operasjon med innsatt totalprotese rapporterte inn problemer som det å gå og reise/sette seg på en stol som det største problemet. I praksis erfarte vi at pasientene opplevde de samme problemene. Ved hjelp av oss sykepleiere kunne de oppleve trygghet og selvkontroll i forhold til å lære seg nye forflytningsmetoder på en hensiktsmessig måte.

Forflytningskunnskap står sentralt i et rehabiliteringsforløp hvor det både er sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter som samarbeider om ulike kunnskaper for å gi pasienten best mulig behandling. De innehar kunnskaper om assistanse, trening, aktivisering og bevegelse. Forflytningsteknikken handler om at vi tar i bruk pasientens ressurser slik at de kan bruke sitt friske bevegelsesmønster til å være aktive i forflytningsprosessen (Lunde, 2011).

Samhandlingsreformen er en reform som ble satt i drift 1.januar 2012. Denne reformen skulle sette et tettere samarbeid mellom kommune og sykehus, blant annet for å få ned antall liggedøgn i sykehus. Planen med dette var at kommunen skulle ha et større ansvar for pasientene som kunne dra hjem noe tidligere fra sykehus enn hva de kunne før samhandlingsreformen ble satt i drift (Sosial- og helsedepartementet, 2008-2009).

Etter at Samhandlingsreformen ble satt i drift har sykehusets liggedøgn gått drastisk ned. Dette ser vi i en sammenheng med at pasientene raskere blir sendt hjem til kommunene for videre behandling, eller til en egnet rehabiliteringsinstitusjon. En negativ utvikling etter Samhandlingsreformen kom, er at noen av pasientene blir sendt hjem for tidlig og sykehuset får da ”gjengangere”. Under vår praksis erfarte vi flere eksempler på at pasientene ble sendt for tidlig hjem og kom tilbake etter 2-3 dager grunnet forverring av tilstanden.

Vi som sykepleiere skal formidle til den aktuelle kommunen at vi har en pasient som har vært inne for hofteoperasjon og vil være utskrivningsklar etter 3-7 liggedøgn. Å varsle kommunen skal gjøres innen 24 timer etter ankomst, slik at kommunen kan forberede seg til utskrivelsen av pasienten. Som sykepleiere skal vi formidle hva pasienten er innlagt for, hvor lang tid sykehusoppholdet er beregnet til, samt informere om hva pasienten kan ha behov for når han kommer hjem til egen bolig. Når pasienten er ferdig behandlet på sykehuset skal vi ringe til aktuell kommune og informere om at pasienten er klar til hjemreise. Kommunen skal da være klar til å ta pasienten imot, dersom pasienten har behov for ekstra hjelp hjemme i egen bolig etter utskrivelse.

4.3. Hva er verdighet og livskvalitet?

I oppgaven har vi valgt å ta fram begrepene verdighet og livskvalitet. Livskvaliteten kan ofte øke når pasienten opplever mestring i sin situasjon. Dersom en pasient i tillegg får delta i planleggingen av sin rehabilitering vil pasienten få en form for verdighet.

Subjektiv verdighet er den enkeltes opplevelse av sin verdighet, det som hver og en opplever som verdig for seg (Bredland et al., 2002, s. 30).

Innenfor rehabilitering er verdighet en virkefaktor der hovedvekten blir lagt på den subjektive verdigheten. I boken Det handler om verdighet av Bredland et.al (2002) kommer det fram at verdighet blir rangert øverst. Pasienten ser rehabiliteringen som en verdig opplevelse og pasienten vil få en større vilje til å gi en innsats og dermed få et større utbytte av rehabiliteringen (Bredland et al., 2002).

Livskvalitet er et vidt begrep, men brukes mest når en skal definere *det å ha det godt* eller *det gode liv*. Forfatteren får frem at noen av de viktigste faktorene for en god opplevelse av livskvalitet er at helsen og funksjonsnivået er bra. Det kommer også an på hvordan

pasienten selv ser på situasjonen. En pasient med kroniske sykdommer kan ha en god livskvalitet, selv om pasienten har sine plager. Begrepet livskvalitet ser det positive i situasjonen og ser løsningen fremfor problemene (Fjørtoft, 2006).

Gjennom arbeid med pasienter har vi som sykepleierstudenter erfart at det er flere sammenhenger mellom livskvalitet og mestring. Vi som sykepleiere ser hvor mye det har å si for pasientene dersom hverdagen blir lagt opp til at de får en følelse av mestring. Vi som sykepleiere må ikke overkjøre pasientens verdighet, det pasienten klarer å gjøre selv må pasienten får gjøre selv (Fjørtoft, 2006).

I studien til Matsushita, Morita, Ito, Gejo & Kimura (2009) viser resultatene at pasientene som får en totalprotese med 32-mm lårbeinshode hadde betydelig bedre bevegelsesutfall av hofteddet og viste bedre ADL-funksjoner sammenlignet med 26-mm gruppen. For pasienter som har blitt operert etter et lårhalsbrudd er det å kunne føle tilnærmet lik bevegelse som de gjorde før brudd og operasjon, en situasjon med verdighet. De vil da kunne bruke foten, med sine restriksjoner, på samme måte. Joyce Travelbee hevder at vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten og dens omgivelser med å finne måter en kan fortsette sin tidligere hverdag. Dersom en hoftepasient opplever at han ikke kan fortsette sin hverdag som tidligere kan pasienten føle nedsatt livskvalitet (Travelbee, 2001).

4.4. Hva er empowerment?

Empowerment som begrep er vanskelig å definere på norsk. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment slik: *En prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse* (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 175)

Slik vi forstår definisjonen handler empowerment om at mennesker får ta del i og får kontroll over sin egen situasjon og helse. Vi som sykepleiere kan i empowermentprosessen være tilstede og være en samarbeidspartner, det vil si å opprette et samarbeid med pasienten for å assistere han gjennom rehabiliteringsløpet. Definisjon som nevnt ovenfor er veldig konkret, men diffus. Begrepet empowerment omhandler så mye mer enn å bare ha kontroll på egen helse. Pasienter som kommer ut for et traume og blir lagt inn på sykehus vil gjerne kjenne at de har kraft, styrke og kontroll over sitt eget liv og kan gjenvinne normal funksjon og livskvalitet etter endt sykehusopphold.

Ifølge studien til Vissers et.al. (2011) vises det til at en pasient som har fått totalprotese kan være i stand til å utføre individuelle aktiviteter i dagliglivet (ADL) raskere (bedre ytelse). For at pasienten skal være i stand til å utføre individuelle aktiviteter er både pasienten selv og vi som sykepleiere avhengig av at pasienten er medvirkende i sin egen situasjon og bruker sine ressurser på riktig måte i forhold til rehabiliteringsforløpet. Videre i studien vises det til at dersom pasienten f.eks kommer seg opp av seng, steller seg og kler på seg på egen hånd tyder det på et bedre nivå av funksjon. Pasienten er ikke i mye aktivitet, så den totale mengden av fysisk aktivitet endres ikke. Vurderingen av fysisk funksjonsnivå i dagliglivet vil ikke bare fokusere på den totale mengden av faktisk daglig aktivitetsnivå men også hvordan pasientene utfører de enkelte aktiviteter.

Vi kjenner igjen dette fra praksis. Det er viktig at pasientene kommer seg opp av seng allerede første postoperative dag. Mange kan slite med å komme seg på toalettet, stelle seg og kle på seg. De er ofte avhengige av hjelp til alt. Dette kan endre seg og pasienten kan klare seg på egen hånd. Det er ikke sikkert de er i mer fysisk bevegelse enn de var rett etter operasjonen, men som nevnt i studien til Vissers et.al (2011) så tyder det på et bedre nivå av funksjon om de klarer de grunnleggende ting. Når pasientene ser selv de klarer en så enkel ting som å reise seg fra liggende til sittende stilling i sykehussengen uten hjelp fra personalet så hjelper dette på motivasjon. At vi som sykepleiere bidrar til at pasienten er medvirkende og bruker sine egne ressurser på en hensiktsmessig måte slik at aktivitetene kan gjennomføres hjelper pasienten på god vei til å oppleve mestring av sin nye situasjon med brukket lårhals. Dette kan gjøres ved at pasienten får være med å ta avgjørelser i sitt behandlingsforløp og når på dagen treningen skal gjennomføres. I tillegg kan vi som sykepleiere ta utgangspunkt i pasientens egne erfaringer og hva han mener er det beste for seg selv.

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett vil å være medvirkende ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlings- og undersøkelsesmetoder. Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å motta og gi informasjon. Så langt det lar seg gjøre skal tjenestetilbudet opprettes i samarbeid med pasienten. Herunder skal det legges stor vekt på hva pasienten mener ved opprettelse av tjenestetilbudet ("Pasient- og brukerrettighetsloven," 1999).

5.0 OPPSUMMERING

I oppgaven har vi sett nærmere på hvordan vi som sykepleiere kan bidra til mestring hos den eldre pasienten med nedsatt funksjon etter lårhalsbrudd. Formålet vårt var å tilegne oss mer kunnskap om sykepleiers rolle i rehabiliteringsarbeidet, og hva vi som sykepleiere kan bidra med for å holde motivasjonen og håpet tilstedeværende hos pasienten. At vi som sykepleiere er til stede, lytter, gir av oss selv og har forståelse skaper trygghet og tillit. Vi startet på oppgaven med erfaringer på temaet fra praksis, men har gjennom oppgaven utviklet oss og blitt beriket med ny og nyttig kunnskap. Gjennom godt samarbeid har vi drøftet rundt temaet med hverandre underveis, både for og imot. Veiledningstimene har vi hatt god nytte av, både med å hjelpe oss i riktig retning og bli trygge på oss selv.

Å finne et fasitsvar på problemstillingen er vanskelig. Alle pasientene er forskjellige og har individuelle behov og ressurser. Vi har erfart gjennom oppgaven at vi som sykepleiere alene ikke kan gjennomføre rehabiliteringen. For å oppleve god mestring har pasienten bruk for både sykepleier, fysioterapeut, lege og ergoterapeut gjennom et tverrfaglig samarbeid. Pasienten har også ofte behov for en sykepleier eller pårørende å støtte seg på, som kan holde motet opp på de tyngste dagene når håpløsheten tar overhånd. Da kan vi som sykepleiere gjennom en god relasjon vinne tilbake styrken og motivasjonen hos pasienten. At sykepleieren gjennom gode observasjoner i det postoperative forløpet utøver omsorgsfull og helhetlig pleie, lytter, forstår og viser empati er viktige elementer i rehabilitering. Vi som sykepleiere bidrar med mestring med å se pasientens grunnleggende behov slik at pasienten skal føle god progresjon og kontinuitet i rehabiliteringen og dermed opplever mestring. Pasienten er i en sårbar fase og har behov for en veileder. Sykepleieren er en person som ser mulighetene og hjelper pasienten til å forstå at å vinne tilbake sin fysiske funksjon i hoften ikke er en umulig oppgave. Vi kom også frem til at å la pasienten bruke ulike mestringsstrategier eller en mestringstrapp kan hjelpe dem langt på vei. Pasienten ser en klar vei å gå og progresjonen blir tydeligere både for pasienten og oss som sykepleiere. Vi ser at den nye kunnskapen og forståelsen vi har tilegnet oss vil vi ta med oss videre i vår yrkesutøvelse som ferdig utdannede sykepleiere.

6.0 LITTERATURLISTE

Litteratur merket med * er selvvalgt litteratur.

- * Aas, Eline, & Fretheim, Atle. (2010). *Hoftebrudd* (nr. årg. 24(2010)nr. 4). Oslo: MEDLEX Norsk helseinformasjon. = 4 sider.
- Bredland, Ebba Langum, Linge, Oddrun Anita, & Vik, Kjersti. (2002). *Det handler om verdighet: ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Christophersen, Yngvar. (2009). *Frisk nok*. Oslo: Aschehoug. = 4 sider
- *Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*, 10(2), 61-63. = 1 sider
- Dalland, Olav. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, Hilde, & Eide, Tom. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Elinge, E., Stenvall, M., Von Heideken Wågert, P., Löfgren, B., Gustafson, Y., & Nyberg, L. (2005). Daily life among the oldest old with and without previous hip fractures. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12(2), 51-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/11038120410020674> = 8 sider
- Fjørtoft, Ann-Kristin. (2006). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforl.
- *F. Frihagen, W.Frigved, J.E. Madsen, C.M. Lofthus, R.Ø Støen, L. Nordsletten (2010). Behandling av lårhalsbrudd. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 130(Nr. 16), 1614 – 1617. doi: 10.4045/tidsskr.09.1264 = 9 sider
- *Kirkevold, Marit. (2001). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal. = 15 sider
- Kirkevold, Marit, Brodtkorb, Kari, & Ranhoff, Anette Hysten. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, Torill, & Gammersvik, Åse. (2012). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforl.
- *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (2001 LOV-1999-07-02-63). = 1 side
- Lunde, Per Halvor. (2011). *Forflytningskunnskap: aktivisering, hjelp og trening ved forflytning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Matsushita, I., Morita, Y., Ito, Y., Gejo, R., & Kimura, T. (2011). Activities of daily living after total hip arthroplasty. Is a 32-mm femoral head superior to a 26-mm head for improving daily activities? *Int Orthop*, 35(1), 25-29. doi: 10.1007/s00264-009-0909-8 = 5 sider
- *Meyer, Haakon E., Sjøgaard, Anne Johanne & Hånes, Hanna. (2004). Fakta om beinskjørhet og brudd - osteoporose. *Fhi.no*. Hentet 25.02.2014, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=45548> = 7 sider
- *Normann, Trine, Sandvin, Johans Tveit, & Thommesen, Hanne. (2013). *Om rehabilitering: helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. Oslo: Kommuneforl.= 37 sider
- *Sosial- og helsedepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Hentet fra <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>. = 149 sider
- Toverud, Kari C., Grønseth, Randi, Stubberud, Dag-Gunnar, & Almås, Hallbjørg. (2010). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Toverud, Kari C., & Jacobsen, Dag. (2009). *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

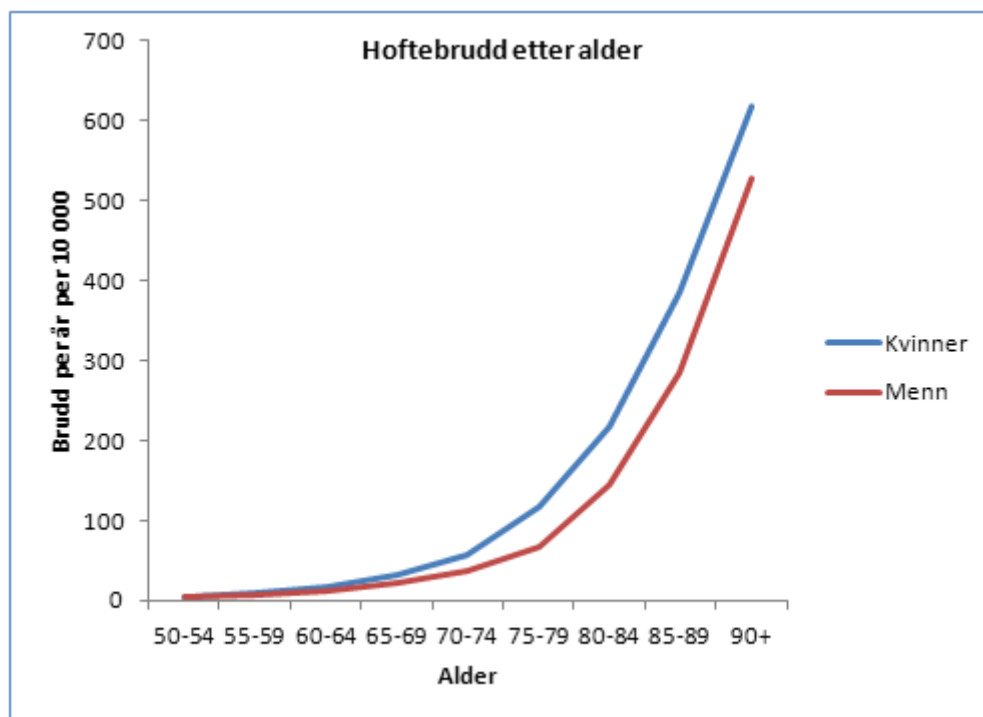
*Travelbee, Joyce. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. =108 sider

Tveiten, Sidsel. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforl.

*Vissers, M. M., Bussmann, J. B., de Groot, I. B., Verhaar, J. A., & Reijman, M. (2011). Walking and chair rising performed in the daily life situation before and after total hip arthroplasty. *Osteoarthritis Cartilage*, 19(9), 1102-1107. doi: 10.1016/j.joca.2011.06.004 = 6 sider

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 354 sider.

Vedlegg 1: Hoftebrudd etter alder



På figuren ser vi at faren for lårhalsbrudd øker hos begge kjønn etter fylte 70 år. Figur: Omsland, Folkehelseinstituttet). (Meyer, 2004)

Vedlegg 2: Presentasjon av artikler

Artikkel	Forfattere/ Årstall	Design/ Hensikt	Informanter	Funn	Konklusjon
Daily life among the oldest old with and without previous hip fractures	Eva Elinge, Michael Stenvall, Petra Von, Heideken Wågert, Britta Löfgren, Yngve Gustafson & Lars Nyberg (2005)	Oppfølgingsstudie, hvor informantene ble kontaktet og intervjuet over 16 måneder. Kvantitativ. Målet for studien var å beskrive de eldste med og uten tidligere hoftebrudd. Det ble tatt hensyn til deres mulighet til å utføre personlig og medvirkende aktiviteter i dagliglivet (ADL).	Et tilfeldig utvalg av befolkningen i Umeå, Sverige. Aldersspenn fra 80-95 år.	Hovedfunnene i studien er at de som hadde et hoftebrudd opplevde begrensninger av dagligdagse aktiviteter, og de brukte rullestol mye oftere enn de eldre uten hoftebrudd.	Å oppleve redusert bevegelighet og ikke være i stand til å utføre dagligdagse aktiviteter er en kjent fenomen blant dem som er rammet av hoftebrudd. Men den selvopplevde helse og moral så ikke ut til å være påvirket av om dem hadde hoftebrudd eller ikke.
Activities of daily living after total hip arthroplasty. Is a 32-mm femoral head superior to a 26-mm head for improving daily activities?	Isao Matsushita, Yui Morita, Yoshiaki Ito, Ryuichi Gejo, Tomoatsu Kimura (2009)	Oppfølgingsstudie, hvor informantene ble kontaktet og intervjuet over ca. 3 år. Kvantitativ. Hensikten med studien er å kartlegge hvilken funksjon lårbeinshodestørrelsen har å si for bevegelsesutfallet i hoften, og utførelse av ADL.	44 informanter i en alder fra 60-70 år. 5 menn og 39 kvinner var med i studien.	Tilbake til studien så viser resultatene at det ikke var forskjell på hofterotasjonen før operasjon. Etter operasjonen var hofterotasjonen mye bedre for dem som hadde fått innsatt 32-mm lårbeinshode, enn hos dem med 26-mm. Utadrotasjonen i lårbeinshodet hadde ikke noe forskjell mellom de to gruppene. Når det gjelder de ulike ADL-funksjonene som var undersøkt, viste det seg at før operasjonen klarte begge gruppene dette tilfredsstillende, mens etter operasjonen var de gruppen med	Resultatene i denne studien viser at pasientene som får en totalprotese med 32-mm lårbeinshode hadde betydelig bedre bevegelsesutfall av hofteledd og viste bedre ADL-funksjoner sammenlignet med 26-mm gruppen.

				32-mm som klarte seg best.	
Walking and chair rising performed in the daily life situation before and after total hip arthroplasty	M.M Vissers, J.B.J Bussmann, I.B de Groot, J.A.N Verhaar, M. Reijman (2011)	<p>Oppfølgingsstudie, hvor informantene ble fulgt opp 6 mnd etter operasjon. Men informantene ble kontaktet og intervjuet over 2 år. Kvantitativ.</p> <p>Hensikten er å vurdere om pasientene utfører ADL raskere eller lengre over en periode på 6 måneder sammenlignet med utgangspunktet (preoperativt, før operasjonen). I tillegg ble det undersøkt om de kunne utføre aktiviteter på et sunt nivå i forhold til kontroller utført tidligere(før operasjonen).</p>	<p>Alle informantene hadde osteoporose, og skulle inn for en elektiv hofteoperasjon. 30 informanter var med i studien.</p> <p>Alder: 60-70 år.</p>	<p>Osteoporose i hoften gir smerte og svekkelse av bevegelighet i hoften, i tillegg til at det fører til begrensninger på den fysiske funksjonsevnen F.eks. så kan en pasient som har fått totalprotese være i stand til å utføre individuelle aktiviteter i dagliglivet(ADL) raskere(bedre ytelse) eller for en lengre uavbrutt tid(øke den fysiske aktiviteten av den egne ADL-funksjonen).</p>	<p>Sammenlignet med utgangspunktet hadde THA pasientene,(total hip arthroplasty=totalprotese), høyere skrittlengde og bedre bevegelse under gange, noe som indikerer høyere gangfart etter 6 måneder. Videre så trengte de mindre tid til å utføre bevegelsen fra å sette/reise seg fra stol og tiden som ble brukt på gange/sittende stilling, antall gå/sitte bevegelser og varigheten på gange/sitte periodene hadde ikke økt på disse 6 månedene. Disse pasientene har også problemer med å gå i trapp ved siden av problemer med å gå og reise/sette seg på stol. 6 måneder etter innsatt totalprotese hadde ikke antall pasienter som har gått i trapp økt, noe dem i studien tror kommer av at de har tilpasset seg hjemmesituasjonen eller ungått å gå i trapp.</p>

Vedlegg 3: Barthels Indeks

Barthel Index of Activities of Daily Living

Instructions: Choose the scoring point for the statement that most closely corresponds to the patient's current level of ability for each of the following 10 items. Record actual, not potential, functioning. Information can be obtained from the patient's self-report, from a separate party who is familiar with the patient's abilities (such as a relative), or from observation. Refer to the Guidelines section on the following page for detailed information on scoring and interpretation.

The Barthel Index

Bowels

- 0 = incontinent (or needs to be given enemas)
- 1 = occasional accident (once/week)
- 2 = continent

Patient's Score: _____

Bladder

- 0 = incontinent, or catheterized and unable to manage
- 1 = occasional accident (max. once per 24 hours)
- 2 = continent (for over 7 days)

Patient's Score: _____

Grooming

- 0 = needs help with personal care
- 1 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)

Patient's Score: _____

Toilet use

- 0 = dependent
- 1 = needs some help, but can do something alone
- 2 = independent (on and off, dressing, wiping)

Patient's Score: _____

Feeding

- 0 = unable
- 1 = needs help cutting, spreading butter, etc.
- 2 = independent (food provided within reach)

Patient's Score: _____

Transfer

- 0 = unable – no sitting balance
- 1 = major help (one or two people, physical), can sit
- 2 = minor help (verbal or physical)
- 3 = independent

Patient's Score: _____

Mobility

- 0 = immobile
- 1 = wheelchair independent, including corners, etc.
- 2 = walks with help of one person (verbal or physical)
- 3 = independent (but may use any aid, e.g., stick)

Patient's Score: _____

Dressing

- 0 = dependent
- 1 = needs help, but can do about half unaided
- 2 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)

Patient's Score: _____

Stairs

- 0 = unable
- 1 = needs help (verbal, physical, carrying aid)
- 2 = independent up and down

Patient's Score: _____

Bathing

- 0 = dependent
- 1 = independent (or in shower)

Patient's Score: _____

Total Score: _____

(Collin et al., 1988)

Scoring:

Sum the patient's scores for each item. Total possible scores range from 0 – 20, with lower scores indicating increased disability. If used to measure improvement after rehabilitation, changes of more than two points in the total score reflect a probable genuine change, and change on one item from fully dependent to independent is also likely to be reliable.

(Collin, Wade, Davies, & Horne, 1988)