



# **FASCIA ILIACA COMPARTMENT BLOCK**

En kvalitativ studie om erfaringer knyttet til  
implementering av Fascia iliaca compartment block til  
eldre pasienter med hoftebrudd

**CAMILLA LIEN OG ESPEN KILEDAL**

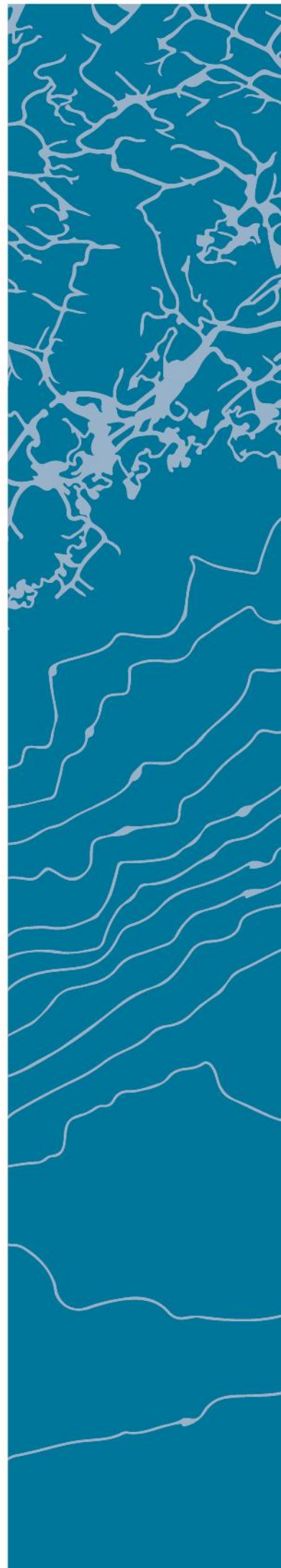
VEILEDERE

Åshild Slettebø og Mariann Fossum

**Universitetet i Agder, 2018**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for Sykepleievitenskap



## **FORORD**

Denne masteroppgaven bygger på vår erfaring om utfordringer knyttet til smertelindring av eldre pasienter med hoftebrudd i akuttmottak.

Gjennom studietiden har vi fått innsikt i nerveblokader og da vi fikk høre om at Fascia iliaca compartment block heretter FIC blokad, er en hensiktsmessig og god form for smertelindring, ønsket vi å benytte masterprosjektet til å få kunnskap om hvordan denne prosedyren har blitt implementert på andre sykehus.

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lang og tidvis strevsom prosess da perioden har vært kombinert med teoriundervisning, praksisperioder og eksamen.

Vi ønsker å rette en takk til de 12 informantene som velvillig tok seg tid til å stille opp og bidra med deres kunnskap og erfaringer.

Videre ønsker vi å takke våre to veiledere; professorene Åshild Slettebø og Mariann Fossum ved Universitetet i Agder for deres unike evne til å rettlede to ferske masterstudenter med støttende og konstruktive veiledningstimer gjennom hele arbeidet fra begynnelse til slutt.

Vi vil avslutte med å takke hverandre for et godt samarbeid som har vært preget av en genuin interesse for anestesisykepleierfaget og for temaet omkring Fascia iliaca compartment block.

Arendal, 24. April 2018

Camilla Lien og Espen Kiledal

# **SAMMENDRAG**

## **Prosjektets bakgrunn**

Som sykepleiere i akuttmottak har vi erfart at smertelindring av pasienter med hoftebrudd er en utfordring. Vi har et ønske om at eldre skal bli bedre ivaretatt i forhold til smertelindring. På bakgrunn av dette ønsker vi å innhente kunnskap om hvordan Fascia Iliaca compartment block heretter FIC blokade, kan implementeres i sykehus.

## **Hensikt**

Hensikten med denne studien er å få innsikt i erfaringene med implementering av FIC blokade til eldre pasienter med hoftebrudd.

På bakgrunn av hensikten har vi formulert fire forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan gjennomførte sykehusene implementeringen?
- 2) Hvilke utfordringer har oppstått ved implementering av FIC blokade?
- 3) Hvordan gjennomføres FIC blokade prosedyren ved de utvalgte sykehusene?
- 4) Hvilken rolle og ansvar kan anestesisykepleier ha ved implementering av FIC blokade.

## **Metode**

Det ble utført 12 kvalitative semistrukturerte intervjuer med helsepersonell hvor alle har erfaringer med implementering og/eller å administrere FIC blokade.

De transkriberte intervjuene ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

## **Resultater**

I analysen fremkom det tre kategorier; Informantene har forskjellige erfaringer med implementering av FIC blokade, de erfarer at FIC blokade har flere fordeler og liten risiko for komplikasjoner, og holdninger og implementeringserfaringer ved sykehus hvor FIC blokade ikke er implementert.

## **Konklusjon**

Studien viser fremmende og hemmende faktorer ved implementering av FIC blokade. Ved implementering trekkes god informasjon, interessert helsepersonell og et godt opplæringsprogram frem som faktorer som kan bidra til vellykket implementering.

Anestesisykepleiers kunnskap om medikamenter og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå nevnes som fremmende faktorer for at anestesisykepleiere kan gjennomføre prosedyren.

### **Nøkkelord**

Anestesisykepleie, fascia iliaca compartment block, implementering, oppgaveglidning, PARIHS framework.

# **ABSTRACT**

## **Background**

As nurses in emergency room, we have experienced how much pain patients with hip fractures may have, and how difficult it can be to provide them with adequate pain relief. We want older people to be better taken care of in relation to pain relief. Based on this, we want to gain knowledge about how the Fascia Iliaca Compartment block from now on FIC block, can be implemented in hospital.

## **Aim and objective**

The purpose of this study was to gain insight into experiences with implementation of the FIC block for elderly patients with hip fractures.

Based on this we have formulated four research questions:

- 1) How did the hospitals conduct the implementation?
- 2) What challenges occurred when implementing FIC block?
- 3) How is the FIC procedure performed at selected hospitals?
- 4) What role and responsibility might an anesthetic nurses have when implementing FIC block?

## **Method**

We conducted twelve qualitative semistructured interviews. All the informants had experience in implementing and/or performing the FIC block.

The transcribed interviews were analyzed with content analysis.

## **Results**

The analysis revealed three categories:

The informants had different experiences with the implementation of FIC block, they find that FIC block has several benefits and a low risk of complications, and attitudes and implementation experiences at hospitals were FIC block is not implemented.

## **Conclusion**

The study refers to several facilitators and barriers in implementing FIC blockade. Upon implementation, good information, interested healthcare professionals and a good training

program are drawn as factors that may contribute to successful implementation. Anesthetic nursing's training about medications and any complications that may occur is presented as a promoting factor for anesthetic nurses to perform the procedure.

**Keywords**

Nurse anesthesia, fascia iliaca compartment block, implementation, PARIHS framework, task-shifting.

# INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Introduksjon og bakgrunn for masteroppgaven .....	1
1.2 Masteroppgavens oppbygning.....	3
2.0 TEORETISK FORANKRING .....	4
2.1 Anestesisykepleiers funksjons- og ansvarsområde .....	4
2.2 Fascia iliaca compartment block .....	6
2.3 Implementering .....	7
2.4 Kunnskapsbasert praksis .....	9
2.5 Ansvar og jus knyttet til oppgaveglidning .....	9
2.6 Den eldre pasienten .....	12
3.0 TIDLIGERE FORSKNING .....	14
3.1 Fascia iliaca compartment block .....	15
3.2 Implementering .....	17
4.0 FORSKNINGSMETODE .....	21
4.1 Hermeneutisk tilnærming .....	21
4.2 Kvalitative data .....	22
4.3 Etske overveielser .....	22
4.4 Presentasjon av forskningsfeltet.....	24
4.5 Utvalg .....	24
4.6 Datainnsamling.....	25
4.6.1 Intervjuguide .....	25
4.6.2 Gjennomføring av intervjuene .....	25
4.6.3 Transkripsjon.....	26
4.7 Analyse.....	27
5.0 PRESENTASJON AV FUNN .....	31
5.1 Informantene hadde forskjellige erfaringer med implementering av fascia iliaca compartment block .....	32
5.1.1 Smerteproblematikk og delir som noen av årsakene til implementering .....	32
5.1.2 Informantene hadde ingen erfaringer med å bruke implementeringsstrategier.....	33
5.1.3 Utfordringer med implementering knyttes til manglende interesse, turnus og lite opplært personell .....	34
5.1.4 Vellykket implementering handler om interesse og aksept om å få prosedyren delegert fra lege .....	35
5.1.5 Opplæring består av et systematisk undervisningsopplegg.....	36
5.1.6 Samtidighetskonflikter og tidspress hos legene bidro til oppgaveglidning.....	37

5.2 Informantene erfarer at fascia iliaca compartment block har flere fordeler og liten risiko for komplikasjoner .....	40
5.2.1 Fascia iliaca compartment block har flere pasientfordeler.....	40
5.2.2 Fascia iliaca compartment block er en kostnadseffektiv prosedyre .....	41
5.2.3 Indikasjoner for å sette fascia iliaca compartment block varierte, og kontraindikasjonene er få .....	42
5.2.4 Praktisk gjennomføring av fascia iliaca compartment block .....	42
5.2.5 Observasjoner etter fascia iliaca compartment block.....	43
5.2.6 Informantene erfarer liten forekomst av komplikasjoner tilknyttet fascia iliaca compartment block .....	44
5.3 Holdninger og implementeringserfaringer ved sykehus hvor fascia iliaca compartment block ikke er implementert.....	45
5.3.1 Informantene er positive til implementering av fascia iliaca compartment block ..	45
5.3.2 Informantene har generell erfaring med implementering.....	46
5.3.3 Informantene har ingen erfaring med implementeringsstrategier .....	47
6.0 DISKUSJON AV FUNN .....	48
6.1 Hvordan sykehusene erfarte implementeringen .....	48
6.2 Utfordringer som oppsto ved implementering av fascia iliaca compartment block.....	51
6.3 Hvordan fascia iliaca compartment block prosedyren utføres ved de utvalgte sykehusene .....	53
6.4 Hvilken rolle og ansvar kan anestesisykepleiere ha ved implementering av fascia iliaca compartment block? .....	55
7.0 METODEDISKUSJON .....	58
8.0 KONKLUSJON OG VIDERE FORSKNINGSOMRÅDER.....	62
LITTERATUR .....	63
VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE 1 OG 2.....	1
VEDLEGG 2 – GODKJENNING FRA NSD.....	1
VEDLEGG 3 – GODKJENNING FRA FEK .....	1



# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Introduksjon og bakgrunn for masteroppgaven

I følge Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd ble det registrert 8422 primære operasjoner for hoftebrudd i 2016 (Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd, 2017, s. 177). Dette vitner om at eldre med hoftebrudd er en stor gruppe pasienter i Norske sykehus i dag. Gjennomsnittsalderen for primæroperasjon var 80 år (Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd, 2017, s. 177).

Etter å ha arbeidet flere år som sykepleiere i et akuttmottak har vi begge bred erfaring med å ta imot eldre pasienter med hoftebrudd. Vår opplever at smertene tilknyttet hoftebrudd ofte er vanskelig å lindre, og at det er lite fokus på individuelle forordninger av intravenøse opiater, som er standard smertelindring.

Etter å ha lest og hørt om FIC blokad, som en effektiv og hensiktsmessig form for smertelindring til denne typen pasienter, ønsket vi å benytte masterprosjektet til å belyse temaet. I dag er det stort sett leger som utfører prosedyren, bortsett fra noen sykehus der det gjøres av sykepleiere (Fonn, 2016). Dette fikk oss inn på tanken hvordan denne prosedyren kan utføres av anestesisykepleiere. Prosedyren gjennomføres ikke ved sykehuset vi arbeider per i dag.

Hensikten med denne studien er å få innsikt i erfaringene med å implementere FIC blokad til eldre pasienter med hoftebrudd. På bakgrunn av dette har vi satt opp følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan gjennomførte sykehusene implementeringen?
- 2) Hvilke utfordringer har oppstått ved implementering av FIC blokad?
- 3) Hvordan gjennomføres FIC prosedyren ved utvalgte sykehusene?
- 4) Hvilken rolle og ansvar kan anestesisykepleier ha ved implementering av FIC blokad?

Den overordnede hensikten med studien er beskrevet i Masterhåndboken for Master i spesialsykepleie ved Universitetet i Agder.

Arbeidet med masteroppgaven skal kvalifisere til vitenskapelige arbeidsformer og tankegang. Masteroppgaven er en sentral del av studiet, og tema og problemstilling skal ligge innenfor anestesisykepleierens fagområde og knyttes opp til anestesisykepleiers funksjons- og ansvarsområde (Universitetet i Agder, 2017-18; Øverby, Fegran, Bjørnstad & Johansen, 2014).

Vi håper denne studien på sikt kan gi fordeler for pasienten og organisasjonen gjennom innsikt i implementering av FIC blokade.

## **1.2 Masteroppgavens oppbygning**

### **Kapittel 2**

Teori rundt anestesisykepleiers funksjons -og ansvarsområde, FIC blokkade, kunnskapsbasert praksis, ansvar og jus tilknyttet oppgaveglidning, implementering og den eldre pasienten blir beskrevet.

### **Kapittel 3**

Her presenteres tidligere forskning om FIC blokkade og implementering.

### **Kapittel 4**

Den metodologiske fremgangsmåten i masteroppgaven. Det vil redegjøres for metodevalg, forskningsfelt, utvalg, intervju, analyse og analyseprosessen. Det gjøres også rede for etiske overveielser i studien.

### **Kapittel 5**

Her presenteres funnene i tre kategorier og femten subkategorier.

### **Kapittel 6**

Her diskuteres funnene opp mot studiens hensikt, aktuell forskning og teori.

### **Kapittel 7**

Her argumenteres det for metodologiske styrker og svakheter som kan påvirke studiens troverdighet. Det bli redegjort for refleksivitet, validitet, relevans og overførbarhet.

### **Kapittel 8**

Her konkluderer vi oppgaven, presenterer forslag til videre forskningsområder.

## 2.0 TEORETISK FORANKRING

I dette kapittelet presenteres aktuell teori, som anestesisykepleiers funksjons- og ansvarsområde, kunnskapsbasert praksis, implementering, oppgaveglidning, den eldre pasienten og FIC blokkade.

### 2.1 Anestesisykepleiers funksjons- og ansvarsområde

Anestesisykepleiers arbeids- og funksjonsområde er mangfoldig og representerer en særegen disiplin innenfor sykepleiefaget (Bruun, 2011, s. 19).

«Anestesisykepleiere skal som profesjonelle yrkesutøvere bidra til å heve standarden på nasjonale og internasjonale helsetjenester innen sykepleie, undervisning, ledelse, forskning og rådgivning. Overordnet mål er å sikre høy kvalitet innen anestesisykepleiefaget og i utøvelse av anesthesiologisk virksomhet» (Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2017, s. 5)

Anestesisykepleierfaget bruker kunnskap fra flere disipliner som for eksempel sykepleie, medisin og farmakologi. Disse fagene skal sammen danne en helhet i den kliniske utøvelsen av anestesisykepleierfaget. Kunnskap som er basert på forskning og evidens danner grunnlaget for at anestesisykepleiere kan utøve faget på en forsvarlig måte (Bruun, 2011, s. 22).

Anestesisykepleiere samarbeider tett med andre yrkesgrupper, spesielt anestesileger. Anestesisykepleiere har et ansvar for å bidra til fagutvikling innenfor anestesisykepleie, og har ansvar for å holde seg faglig oppdatert gjennom hele karrieren.

I tillegg har anestesisykepleieren ansvar for å drive undervisning av egne og andre yrkesgrupper (Bruun, 2011, s. 23). Yrkesutøvelsen til anestesisykepleiere i Norge reguleres også av «Norsk standard for anestesi» som er utarbeidet av Norsk Anesthesiologisk Forening og Anestesisykepleierens Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF). Dette dokumentet gir generelle føringer for alt anesthesiologisk arbeid i Norge (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2016).

Anestesisykepleiere har videreutdanning i tråd med rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie. Rammeplan for videreutdanning av anestesisykepleiere gjør rede for hvilke krav som stilles for utdanningen og hvilken kompetanse anestesisykepleiere skal ha oppnådd etter endt utdanning. Det står blant annet:

«Videreutdanning i anestesisykepleie skal føre til at studentene etter endt studium skal kunne ivareta akutt og/eller kritisk syke pasienter i en kompleks, uforutsigbar og raskt skiftende

hverdag» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 8). Rammeplanen sier videre at studenten skal etter endt utdanning «... mestre overvåking og administrering/vedlikehold av sedasjon og regionalanestesi» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 7).

De senere årene er anestesisykepleierutdanningen blitt innlemmet i masterprogram ved flere høyskoler og universiteter i Norge.

Anestesisykepleiere har en viktig rolle i smertelindring, med daglig ansvar for å vurdere, forebygge og behandle smerter (Dihle, 2011, s. 97). De yrkesetiske retningslinjene presiserer i punkt 2.9 «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (Norsk sykepleierforbund, 2016). Anestesisykepleiere kan bidra til en bedre praksis ved å øke sin kunnskap om smerte og engasjere seg i pasientens opplevelse av smerte slik at de får det bedre (Dihle, 2011, s. 95). Det er unødvendig å la et menneske lide sett fra et humanistisk synspunkt. Fra et medisinsk synspunkt er det økt risiko for den menneskelige organisme, både fysisk og psykisk hvis helsepersonell ikke griper inn (Dihle, 2011, s. 108).

Samarbeid mellom leger og sykepleiere som innebærer å være bevisst på hverandres funksjoner og ansvar i smertebehandlingen er nødvendig for å oppnå best mulig resultat hos pasientene når det gjelder behandling av akutte smerter (Dihle, 2011, s. 108).

De yrkesetiske retningslinjene meddeler at sykepleieren skal stimulere til et godt tverrfaglig samarbeid mellom alle deler av helsetjenesten. I tillegg skal et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig, samt skal grensene for egen kompetanse erkjennes, praktiskere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2016). Anestesisykepleiere som jobber innfor spesialisthelsetjenesten skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999§3-4a).

## **2.2 Fascia iliaca compartment block**

FIC blokkade er en form for perifer nerveblokkade som kan brukes både til barn og voksne.

Perifere nerveblokkader er lokalanestesi av perifere nerver, som primært anvendes til pre- og perioperativ smertelindring (Bendtsen & Petersen, 2014, s. 157).

FIC blokkade er velfungerende ved hofte-, lårhals- eller kirurgi ved kneoperasjoner (Plaus & Nagelhout, 2014, s. 1121).

FIC blokkade fungerer ved at man bruker en butt nål som man stikker i lysken gjennom fascia lata og iliaca og injiserer lokalanestesi. Tre av nervene som innerverer låret (femoralis, obturatorius og cutaneus femoris lateralis) løper gjennom fascia iliaca rommet, under ligamentum inguinale, og kan derfor påvirkes av en blokkade som settes i hulrommet. Denne blokkaden settes uten bruk av nervestimulatur og kan settes med eller uten bruk av ultralydveiledning (Jeng & Rosenblatt, 2018a).

Engangsinjeksjon gir analgesi i 10-15 timer ved anvendelse av langtidsvirkende lokalanalgetika som Bupivacain, Levobupivacain og Ropivacain. Varighet av blokkade er avhengig av lokalanalgetikum og anatomisk lokalisasjon (Bendtsen & Petersen, 2014, s. 160).

Kontraindikasjoner for å gi nerveblokkader er infeksjon på innstikkstedet og allergi for lokalanestesimiddelet (Bendtsen & Petersen, 2014, s. 161).

Komplikasjoner som kan oppstå ved administrering av perifere nerveblokkader er hematom under eller i etterkant av stikket, allergisk reaksjon på lokalanestesimiddel og infeksjon på innstikkstedet (Jeng & Rosenblatt, 2018b).

## 2.3 Implementering

Implementeringsbegrepet mangler en allment akseptert og enhetlig definisjon. Det latinske *implere* betyr å fylle eller å fylle opp. Implementering handler om å realisere idéer og planer i konkret handling, og blir beskrevet med ord som gjennomføre, innføre, innse, utføre og sette i verk (Nilsen, 2010, s. 51-52).

Implementeringsvitenskapen beskrives som et «totalt system» med en sammenlignende diagnose, metode og løsning på implementeringsproblemet (Nilsen, 2010, s. 17).

Det blir i dag benyttet flere ulike typer teorier, modeller og rammeverk for å støtte og analysere implementeringsprosesser og deres utfall innenfor implementeringsforskningen (Nilsen, 2014, s. 115).

Handlingsmodellenes hensikt er å forenkle planlegging og gjennomføring av implementering, og har blitt utviklet og brukt i forskning med fokus på hvordan sykepleiere anvender forskningsresultat (Nilsen, 2014, s. 115).

Det finnes flere modeller og rammeverk innenfor implementeringsvitenskapen, hvor et av dem er PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services), heretter PARIHS (Nilsen, 2014, s. 117). De grunnleggende elementene i PARIHS er evidens, kontekst og tilrettelegging (Nilsen, 2010, s. 100).

Evidens er det første elementet i PARIHS og består av flere delementer; forskning, klinisk erfaring, pasientopplevelse og lokal informasjon (Harvey & Kitson, 2015, s. 16). Det andre elementet kontekst blir definert som omgivelsene eller miljøet der den foreslåtte endringen skal gjennomføres, som for eksempel ressurser og infrastruktur, kultur, lederskap og evaluering (Harvey & Kitson, 2015, s. 18).

Det tredje elementet handler om tilrettelegging av implementeringsprosessen, hvor et individ i rollen som tilrettelegger bruker en rekke tilretteleggingsmetoder og prosesser for å gjennomføre evidens i praksis (Harvey & Kitson, 2015, s. 20).

Tilrettelegging omfatter de oppgaver, roller, evner og egenskaper som tilretteleggere har når de hjelper enkeltpersoner, lag og organisasjoner til å bruke evidensbaserte metoder (Nilsen, 2014, s. 117).

I følge PARIHS handler vellykket implementering om samspillet mellom evidensen som skal implementeres dets natur og hvordan det passer med klinikken, pasienten og den lokale erfaringen, sammenhengen der implementeringen skal finne sted i form av kultur og generell mottakelighet for nye idéer, og hvordan implementeringsprosessen blir lettere gjennom hvem og på hvilken måte (Harvey & Kitson, 2015, s. 15).





## **2.4 Kunnskapsbasert praksis**

Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere peker på at anestesisykepleiere skal bidra til å videreutvikle og fremme kunnskapsbasert anestesisykepleie og medvirke til nytenkning og innovasjonsprosesser i klinisk praksis (Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2017, s. 30).

Kunnskapsbasert praksis innebærer å bevisst bruke flere kunnskapskilder i praksis og defineres på flere måter i litteraturen. Nortvedt, Jamtvedt, Nordheim og Reinart (2012, s. 17) definerer: «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen». Når man bruker kunnskap fra de ulike kunnskapskildene bedrer det kvaliteten på de tjenestene vi tilbyr (Nortvedt et al., 2012, s. 16-22).

Kunnskapsbasert praksis henger nært sammen med begrepet fagutvikling. Fagutvikling er et bredt begrep, det brukes blant annet om endringer som skjer i praksis, forbedring av rutiner, prosedyrer, undervisningsopplegg, veiledning, til ulike prosjekter, implementering av ny kunnskap, kvalitetsarbeid eller forskning (Løvsletten, 2013). Et annet begrep som ofte brukes synonymt med fagutvikling er forskning. Begge begrepene er knyttet til kunnskapsutvikling, men fagutvikling handler om å omsette eksisterende kunnskap eller viten i praksis, mens forskning har som mål å utvikle ny kunnskap (Løvsletten, 2013).

## **2.5 Ansvar og jus knyttet til oppgaveglidning**

Det finnes en rekke begreper som betegner at oppgaver i helsetjenesten skifter hender, for eksempel jobbglidning, oppgavedeling, oppgaveglidning, oppgavedropping og oppgavefordeling (Torgersen, 2014). Videre i kapittelet vil begrepet oppgaveglidning bli brukt.

World Health Organization (WHO) definerer oppgaveglidning slik:

«Task shifting involves the rational redistribution of tasks among health workforce teams. Specific tasks are moved, where appropriate, from highly qualified health workers to health workers with shorter training and fewer qualifications in order to make more efficient use of the available human resources for health» (World Health Organization, 2007, s. 81)

I dagens helsetjeneste omfordes oppgaver på ulike måter av ulike årsaker. Oppgaver skifter mellom helseprofesjoner, innad i en profesjon og mellom nivåer i helsetjenesten. Oppgaver

som leger i stor grad gjorde før, er nå i stor grad overført av sykepleiere i sykehusene. Slik oppgaveglidning kan sees på som en del av den medisinske utviklingen hvor metoder og prosedyrer ofte utvikles og tas i bruk av leger for så å overlates til andre yrkesgrupper når metoden er veletablert (Torgersen, 2014).

I følge Nasjonal helse- og sykehusplan vil det i fremtiden bli store utfordringer med å skaffe nok personell i helsesektoren, og bruk av helsepersonell i nye roller og oppgaver vil bidra til en bedre utnyttelse av personellet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Videre viser Nasjonal helse- og sykehusplan til at oppgaveglidning mellom helsepersonell kan føre til en bedre arbeidsflyt og mer effektiv pasientbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Helsepersonell er forpliktet til å sørge for at oppgavene løses mest mulig hensiktsmessig og ressursbesparende (Helsedirektoratet, 2013).

Norge har en profesjonsnøytral helsepersonell-lov, som åpner for å fordele oppgaver på tvers av profesjongrensene så fremt forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt (Helsedirektoratet, 2013).

Helsepersonell-lovens kapittel 2 §4 tar for seg kravet om forsvarlighet og sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Videre sier helsepersonell-loven i § 5 at helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis (Helsepersonelloven, 1999).

I spesialisthelsetjenesteloven blir også plikt til forsvarlighet nevnt i §2-2.

«Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 §2-2).

Helsepersonelloven (1999 Kap 2 §6) sier at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

I følge Helsedirektoratet (2013) er oppgavefordeling mellom yrkesgrupper i helsesektoren kontroversielt, og har blitt møtt med motstand, noe som kan gjøre prosessen vanskelig. Jon Helle i Overlegeforeningen peker på fem forutsetninger som må ligge til grunn for oppgaveglidning. Først tar de for seg at ansvarsforholdene må være klare på alle nivåer, og legger helsepersonell-loven til grunn for at arbeid utføres i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet.

Videre peker Helle på at den medisinske ledelsen må sikre forsvarlighet i pasientbehandlingen ved å gi trygghet til de som overlater oppgaven og til de som får nye oppgaver.

Forutsetning om gode prosesser frem til avgjørelse av nye prosedyrer der systematiske prosesser, tydelige motiver og pasientenes beste må stå i sentrum. Begrunnelsene for å flytte en oppgave til en annen yrkesgruppe skal være gode, som for eksempel bedre kvalitet, mer hensiktsmessig ressursutnyttelse og frigjøring av tid til andre spesialiserte oppgaver. Tilslutt må det sikres gode utdanninger hvor grunnutdanninger og tilleggsutdanninger oppdateres/utvikles for aktuelle andre yrkesgrupper (Helle, 2012).

Norsk sykepleierforbund ser også at oppgaveglidning blir et nødvendig virkemiddel i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Oppgaveglidning er ikke et mål i seg selv, men blir et nødvendig virkemiddel knyttet til innovasjon og tjenesteutvikling i den enkelte virksomhet. Utviklingen gir både muligheter og utfordringer når det gjelder den enkelte sykepleier og sykepleiertjenesten. Sykepleiernes kvalifikasjoner, roller og ansvar må tilpasses helsetjenestens endringer og at sykepleiere aktivt bidrar til denne utviklingen på egne premisser og med bakgrunn i sykepleiernes verdigrunnlag (Norsk sykepleierforbund, 2013).

## 2.6 Den eldre pasienten

Det vil i fremtiden bli flere eldre og eldrebølgen er et begrep som har tilkommet de siste årene. Statistisk sentralbyrå anslår andelen eldre over 67 år til 21% i 2050 (Statistisk sentralbyrå, 2017, s. 30).

Alderdommen preges av flere forhold med blant annet naturlige aldersforandringer og økt risiko for en rekke alvorlige eller kroniske sykdommer. (Hansen, 2011, s. 380).

Andelen eldre som vil være i behov av kirurgi vil stige fremover og det er flere hensyn som må tas i betraktning vedrørende anestesisykepleie til den eldre pasienten, da høy alder vil være med på å svekke funksjonene i de ulike organsystemene (Rasmussen, 2014, s. 208).

Den eldre pasienten har ofte dårligere lungefunksjon, da styrken i respirasjonsmuskulaturen svekkes og elastisiteten i lungevevet avtar. Dette kan igjen føre til redusert gassutveksling i lungene. Eldre pasienter har redusert respons på hypoksi og hyperkapni. Anestesimidler og andre beroligende medikamenter gjør denne responsen enda mer redusert (Hansen, 2011, s. 378).

Hoftebrudd er en fellesbetegnelse på lårhalsbrudd og brudd i trokanterregionen (pertrokantære brudd). Dette er brudd som ofte forekommer hos eldre mennesker. Fall er den vanligste årsaken, men osteoporose hos eldre bidrar også til en økt forekomst av disse bruddene.

Hoftebrudd er en vanlig årsak til sykehusinnleggelse og operasjon blant eldre (Madsen, 2018; Wyller, 2014). Eldre har rent fysiologisk noe høyere smerteterskel enn yngre, men opplevelsen av smerte og smerteintensitet kan være minst like sterk (Dihle, 2011, s. 107).

Smarter hos eldre mennesker kan få store konsekvenser for den enkelte, og en må ta hensyn til den individuelle og særegne personen (Dihle, 2011, s. 109) siden smerte er en subjektiv opplevelse (Dihle, 2011, s. 95). Smarter kan føre til inaktivitet, forsinket og dårligere mobilisering, og gir økt forekomst av komplikasjoner. Smarter kan også gi økt liggetid i sykehus (Aubrun & Marmion, 2007).

Eldre pasienten kan ha utfordringer med å kommunisere sin smerte verbalt og vil derav få en dårligere smertelindring enn yngre pasienter. Herunder bør det også tas høyde for kognitiv svikt som kan være et avgjørende element i utilstrekkelig smertelindring (Hansen, 2011, s. 378).

Anestesisykepleiere kan bidra til en bedre praksis ved å få økt sin kunnskap om smerte og engasjere seg i pasientens opplevelse. Dette kan føre til at pasienter med smerte kan få det litt bedre (Dihle, 2011, s. 95).

Delir er en hyppig forekommende tilstand hos eldre i kirurgiske avdelinger. Spesielt hoftebruddpasienter er utsatt, og av dem utvikler 30-60% delir i løpet av det perioperative forløpet (Hansen, 2011, s. 382-383). Delir er en akutt forvirringstilstand, den er karakterisert av forstyrrelser i pasientens bevissthet og endret kognisjon som hukommelsessvikt, desorientering, språkforstyrrelser eller utvikling av persepsjonsforstyrrelser (Stubberud, 2015, s. 272).

Det er flere utløsende faktorer til delir hvor blant annet brudd og smerter er sentrale momenter (Hansen, 2011, s. 382-383). Risikoen for delir kan oppimot ni dobles grunnet sterke smerter hos kognitivt intakte pasienter. Ved lite eller ingen opioidbehandling hos hoftebruddpasienter øker risikoen både for dem med god og nedsatt kognitiv funksjon (Hansen, 2011, s. 384).

Flere legemidler kan bidra til å utløse delir blant annet opioider (Stubberud, 2015, s. 274). Opioidreseptorene reduseres med økende alder, slik at eldre er mer sensitive for opioider, det anslås ca. dobbel effekt ved 80 års alder (Hansen, 2011, s. 379-380).

Morrison, Magaziner, Gilbert, Koval, McLaughlin, Orosz, Strauss og Siu (2003) viser at pasienter med smerter hadde større risiko for delirutvikling enn de som fikk opioider i doser over 10 mg daglig og da fikk en bedre smertelindring.

### **3.0 TIDLIGERE FORSKNING**

Gjennom søkeprosessen på emnet har vi ikke funnet forskning direkte på anestesisykepleiere, administrering og implementering av FIC blokkade, men det er mange artikler om temaene FIC blokkade og implementering hver for seg.

Databaser som Cinahl, Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, Oria, SweMed+ har blitt benyttet.

I søk etter artikler om implementering har vi brukt søkeord som:

Barriers, evidence-based practice, facilitation, implementation, implementation model, implementation strategies, knowledge translation, PARIHS.

I søk etter artikler som omfatter FIC blokkade og hoftebrudd er det brukt søkeord som:

Analgesia, delirium, emergency department, emergency room, fascia iliaca compartment block, femoral neck fracture, femoral nerve block, hip fracture, nerve block, nurse anesthesia, pain management, preoperative.

Søkeord har blitt brukt alene og kombinert, i tillegg gjennomførte vi håndsøk i referanselister til artikler vi har funnet som var aktuelle. I prosessen med å velge artikler leste vi gjennom sammendragene og valgte de som var relevante i forhold til vårt tema og hensikt. Vi har i hovedsak brukt artikler av nyere dato (2003-2018), der nesten samtlige artikler er hentet fra tidsskrift som er fagfelleurderte.

### **3.1 Fascia iliaca compartment block**

Det er publisert mye forskning på FIC blokkade. Forskning viser til at FIC blokkade har god effekt og har lite komplikasjoner (Godoy Monzon, Iserson & Vazquez, 2007; Leeper, Brandon, Morgan, Cutts & Cohen, 2012; Ritcey, Pageau, Woo & Perry, 2016).

Vi har ikke funnet forskning som omhandler anestesisykepleiere og administrering av FIC blokkade. Forskningen viser at de som vanligvis utfører prosedyren er leger med forskjellige spesialiteter som anestesileger, akuttleger og sykepleiere og såkalte «Advanced nurse practitionerer» (Cole, 2005).

I studien til Randall, Grigg, Obideyi og Srikantharajah (2008) hvor spesialsykepleiere innenfor smerte administrerte FIC blokkade, førte dette til smertelindring hos over 70% av pasientene med hoftebrudd.

I den systematiske oversiktsartikkelen til Ritcey et al. (2016) viser tre studier at bruk av FIC blokkade reduserer smerter sammenlignet med standard smertelindring.

En av studiene som er inkludert viser at bruk av FIC blokkade også kan redusere bivirkningene av opioider da behovet er mindre hos pasienter som får FIC blokkade.

Det nevnes ikke noe spesielt om livstruende komplikasjoner i forbindelse med FIC blokkaden. Det er flere studier som viser at FIC blokkade som smertelindring har god effekt og reduserer bruken av opiat er til den eldre pasient med hoftebrudd (Ritcey et al., 2016; Williams, Paringe, Shenoy, Michaels & Ramesh, 2016).

Studien til Foss, Kristensen, Bundgaard, Bak, Heiring, Virkelyst, Hougaard og Kehlet (2007) støtter bruk av FIC blokkade som smertelindring til pasienter med hoftebrudd, og at det er en effektiv og enkel prosedyre å lære seg. FIC blokkade har også vist at det kan bidra til reduksjon av bivirkninger relatert til opiatbruk hos den eldre pasientgruppen.

Mouzopoulos, Vasiliadis, Lasanianos, Nikolaras, Morakis og Kaminaris (2009) sin studie konkluderer med at forekomsten av delir reduseres betydelig hos pasienter som fikk FIC blokkade med en middels risiko for delirutvikling.

I studien til Randall et al. (2008) hvor smertesykepleiere setter FIC blokkade på pasienter med lårhalsbrudd, viser de seg at i mer enn 70% av tilfellene gav FIC blokkade smertelindring. Det er ikke rapportert om komplikasjoner til FIC blokkaden i denne studien.

Ikke-systemisk smertelindring som FIC blokkade reduserer behovet for opioider hos disse pasientene. I den systematiske oversikten til Guay, Parker, Griffiths og Kopp (2017) rapporteres det ikke om noen alvorlige komplikasjoner til selve blokkaden, men at enkelte pasienter har fått hematom eller blåmerke etter innstikket.

Studien til Newman, McCarthy, Thomas, May, Layzell og Horn (2013) sammenligner FIC blokkade med nerveblokkade satt med nervestimulatur. Studien viser en noe bedre smertelindring ved bruk av nervestimulatur da dette gjør at blokkaden blir satt mer presist, men det tar lenger tid å gjennomføre enn FIC blokkade (~20 min vs. ~10 min). FIC blokkade er også en billigere prosedyre og det er lettere å lære den bort til flere. Studien konkluderer derfor med at selv om FIC blokkade ikke har like god effekt som blokkade satt ved hjelp av nervestimulatur så vil FIC blokkade være en teknikk som gjør at flere pasienter får blokkade. Det er vist en like god reduksjon av smerter ved FIC blokkade som ved blokkade satt med ultralyd eller nervestimulatur når det gjelder umiddelbar smertelindring hos pasienter med hoftebrudd (Reavley, Montgomery, Smith, Binks, Edwards, Elder & Bengner, 2015).

Studien til McRae, Bendall, Madigan og Middleton (2015) viste at over 80% av blokkadene som ble satt av paramedics etter prosedyre viste delvis eller full sensorisk blokkade. Pasientene som fikk FIC blokkade hadde en høyere reduksjon av gjennomsnittlig smerteskår enn pasientene som fikk standard smertelindring med morfin. Pasientene som fikk standard smertelindring hadde en høyere smerteskår under forflytning enn pasientene som hadde fått FIC blokkade. Studien understøtter også at andre enn leger kan gjennomføre prosedyren.



## 3.2 Implementering

Forskning på implementering viser at intervensjoner rettet mot ledelse og organisatoriske infrastrukturer, samt tiltak mot lokale barrierer synes å ha betydning for å lykkes (Sandvik, Stokke & Nortvedt, 2011). Vellykket implementering kan påvirke hele systemer eller tjenester, forbedre praksis positivt og optimalisere pasientpleie. Å endre en kultur innad i helsetjenesten da endringer vedtas i varierende tempo innenfor kliniske områder og utdanningsprogrammer har varierende effekter på ulike grupper og tjenester (Rapport, Clay-Williams, Churruca, Shih, Hogden & Braithwaite, 2018).

Det er spesielt leger som påvirker hvilke tiltak sykepleierne iverksetter i sitt praktiske arbeid. For å være delaktige er det viktig at sykepleierne deltar i diskusjonene, planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av praksis. Betydningen av organisering av klinikken, ledelsesstruktur og identifisering av organisasjonens kompleksitet er vesentlig for å legge til rette for implementering (Sandvik et al., 2011). Ved implementering av kunnskapsbasert praksis må det rettes oppmerksomhet til utforming av en hensiktsmessig handlingsplan i tillegg til den organisatoriske konteksten der innovasjonen skal implementeres (McCullough, Chou, Solomon, Petrakis, Kim, Park, Benedict, Hamilton & Rose, 2015). Et positivt arbeidsmiljø som er mottakelig for endring, har tro på verdien av kunnskapsbasert praksis har for pasientene er nødvendig for implementering av forskning i praksis (Sandvik et al., 2011). Implementering av forskningsresultater stort sett er uformalisert på organisasjonsnivå og ikke ledet av ledelsen. Det er lite fordelaktig å ikke formalisere hvilke forskningsresultater som skal gjennomføres og hvordan de skal implementeres (Kristensen, Nymann & Konradsen, 2016).

PARIHS er en teori som har blitt brukt blant sykepleiere for å forstå faktorene som påvirker implementering av kunnskapsbasert praksis (Hill, Guihan, Hogan, Smith, LaVela, Weaver, Anaya & Evans, 2017). PARIHS anbefales for både å definere omgivelsene kunnskapen skal implementeres i og etablere intervensjoner eller implementeringsstrategier (Hill et al., 2017). Det anbefales å benytte PARIHS prospektivt, men også retrospektivt for evaluering hvorfor implementeringen varierer samt identifisere hvilke forbedringer som trengs og kan være like nyttig (Hill et al., 2017). De tre elementenes styrker og fordeler fører til vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis (Schaffer, Sandau & Diedrick, 2013). Når et flertall av de kontekstuelle elementene er en medvirkende årsak til forandring er implementeringen vanligvis vellykket, mens når flertallet av de kontekstuelle elementene ikke

bidrar til forandring er implementeringen mislykket (McCullough et al., 2015). Kontekstuelle faktorer som sykepleiekultur, lederskap, sykehusstørrelse, organisatorisk innovativitet, penger, motstand mot forandring og tid påvirker vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis (Achterberg, Schoonhoven & Grol, 2008). Opptak av kunnskapsbasert praksis varierer flere steder og samspillet mellom kontekstuelle elementer er en viktig faktor (McCullough et al., 2015). PARIHS har en forståelse av at den samme intervensjonen trolig vil variere mye i ulike sammenhenger, da rammeverket identifiserer forbindelsene mellom elementer og subelementer (McCullough et al., 2015).

Et bredere fokus på de ulike lagene av kontekst fra mikro-, gjennom meso- og makronivå kan bidra til å fremme eller begrense implementering (Harvey & Kitson, 2016). Faktorer innad i konteksten på micro-, meso-, og macro-nivå påvirker implementeringsprosessen da de samhandler med hverandre. Individuelle emosjonelle reaksjoner på micro-nivå kan være engstelig for å endre tradisjonell praksis. På meso-nivå, innad i avdelingen, kan det oppstå konflikt da aspekter av organisasjonen fører til ulike måter å jobbe på. På makro-nivå, organisatorisk, føler personalet seg nedgravd av andre prioriteringer og at prosjektet kommer på dårlige tidspunkt. Mangel på og utskifting av personell er en utfordring. Samtidig kan kommunikasjon på tvers av avdelingene bli utfordrende. Det vil være viktig å klarere eierskap til prosedyren og autoritet til å fatte beslutninger. Dessuten vil det være betydningsfullt å klarere roller (Rycroft-Malone, Seers, Chandler, Hawkes, Crichton, Allen, Bullock & Strunin, 2013).

I følge Rycroft-Malone (2004) lykkes man med implementeringen når evidensen er vitenskapelig robust og samsvarer med den profesjonelle enigheten og fordelene for pasientene. Konteksten må være mottakelig for endring med imøtekommende kultur, sterkt lederskap, oppfølging og evalueringssystemer. Tilretteleggingen være passende med input fra dyktige eksterne og interne fasilitatorer. Hill et al. (2017) definerer vellykket implementering ved at de planlagte målene for implementering er oppnådd, innovasjonen er innlemmet i praksis og motivasjon for eierskap til intervensjonen.

Elementenes samspill er viktig for implementering. Evidensen eller kunnskapen alene er ikke avgjørende for å implementere en innovasjon. Det trengs derfor mellom en og to sterke kontekstuelle elementer som ledelse, kommunikasjon og samarbeid for å få til

implementeringen på et ønsket sted. Svake kontekstuelle elementer vil ikke føre til implementering hvis det kun er sterk tro på evidensen. På den andre siden hjelper det ikke at de kontekstuelle elementene er sterke hvis tiltroen til evidensen er svak (McCullough et al., 2015).

De ulike kontekstuelle elementenes sammenheng kan fungere som barrierer for implementering noen steder, men de kan fremme implementering andre steder. Å illustrere elementenes sammenkobling gjør det mulig for PARIHS å beskrive de avgjørende faktorene for vellykket implementering slik de fungerer i virkelige omgivelser. Å forstå samspillet mellom de kontekstuelle elementene bidrar til en effektiv tilnærming for å skreddersy intervensjonen for å fremme vellykket implementering (McCullough et al., 2015).

Implementeringsutfordring knyttes til manglende felles agenda. Kontekst og begrunnelse for hvorfor å implementere må forstås av alle involverte i tillegg til enighet for at vellykket implementering skal skje (Rapport et al., 2018). Å involvere lederne på de ulike nivåene innenfor organisasjon kan gjøre dem til viktige pådrivere for en vellykket implementering. Viktig å skape oppmerksomhet rundt eksempler på bedre pasientomsorg (Sandvik et al., 2011).

Barrierer kan være liten tid til implementering av ny kunnskap, mangel på autoritet til å endre praksis og utilstrekkelig kompetanse til å lese og vurdere forskningslitteratur. Mangel på samarbeid med legene oppgis også som en barriere for å jobbe kunnskapsbasert. Kartlegging av barrierer og tiltak rettet mot disse er hensiktsmessig ved implementering (Sandvik et al., 2011). I studien til Stone, Yuan, Rosen og et al. (2018) blir den mest omtalte barrieren mot implementering nevnt som motstand fra klinikere. En utfordring som kan løses gjennom utdanning, effektiv gruppedialog og en samordnet innsats for å samarbeide med alle involverte faggrupper (f.eks. sykepleiere, anestesiloger og andre ansatte) (Stone et al., 2018). Mangel på myndighet har i flere studier blitt identifisert som en barriere for implementering av forskningsresultater fra sykepleiere (Kristensen et al., 2016).

I en studie av Kates, O'Malley, Friedman og Mendelson (2012) ble de mest omtalte barrierene for å implementere en ny prosedyre beskrevet som manglende egnet ledelse, teambygging med kolleger, implementeringsomkostninger og behovet for coaching. Dertil

vanskeligheter med konkurrerende interesser blant kolleger og med sykehusadministrasjon. Det å utnevne «mesterledere» ble foreslått som en metode for å overvinne noen av disse barrierene for implementering.

Mangel på tid til å følge opp og forankre nye beslutninger i praksis ble opplevd som en følge av konkurrerende oppgaver som overstyrer de nye oppgavene og oppleves som «at det ikke er rom for mer». Både den store strømmen av pasienter, trykket for å opprettholde effektivitetsstallene og det store antallet andre ikke-relaterte implementeringsprosesser som skjer i forbindelse med kvalitetsforbedring, ble sett som barrierer for å implementere de forskningsbaserte endringene (Kristensen et al., 2016). Implementeringsutfordringer knyttet til arbeidsmengde som gjør det vanskelig å innføre nye prosedyrer (Powrie, Danly, Corbett, Purath & Dupler, 2014).

Fasilitator elementet er konstruksjonen som aktiverer implementeringen gjennom vurdering av innovasjonen og mottakere av den innenfor deres kontekst, både som enkeltpersoner og grupper. Dette krever en rolle (fasilitator) og et sett med strategier og tiltak (tilretteleggingsprosessen) for å aktivere implementering. Fasilitatoren må ha god forståelse av innovasjonen, enkeltpersoner og grupper som skal foreta endringen og miljøet der de jobber (Harvey & Kitson, 2016). Det å utarbeide tilretteleggingsstrategier som henvender seg direkte til problemet i en implementeringssammenheng kan øke opptak av en handling (Hill et al., 2017). Bakgrunnen og kompetansen til sykepleiere som leder forandringsprosesser på grunnlag av forskningsresultater, hevdes å være viktig for å avgjøre om deres forvaltning av forskningsimplementasjonen vil lykkes (Kristensen et al., 2016).

## 4.0 FORSKNINGSMETODE

For å kunne besvare forskningsspørsmålene må en forskningsmetode benyttes. Kvale og Brinkmann (2015, s. 140) sier at metode er «veien til målet», og i dette kapitlet gis en strukturert gjennomgang av de prosesser som har vært benyttet for å komme i mål med masteroppgaven. Kapitlet starter med å begrunne hva slags metode som har blitt brukt, videre kommer en presentasjon av forskningsfelt og informantutvalg. Deretter en beskrivelse av hvordan datamaterialet har blitt samlet inn og tilslutt analysering av datamateriell.

### 4.1 Hermeneutisk tilnærming

Hermeneutikken er den grunnleggende metoden som benyttes til åndsvitenskapen der en skal forstå hvordan mennesker tenker og handler. Hermeneutikken legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2013, s. 41). Hermeneutikken er derfor relevant for denne studien siden vårt datamateriale består av meningsfulle fenomener som muntlige ytringer der fortolkning og forståelse av mening må ligge til grunn (Gilje & Grimen, 1993, s. 144).

På bakgrunn av vår erfaring har vi med oss noen forutsetninger inn i studien. Gilje og Grimen (1993, s. 148) sier at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger. Forutsetninger kan sees på som det sammen som forforståelse, og siden vi har god kjennskap til pasienter med hoftebrudd, smertelindring, anestesisykepleierens funksjons- og ansvarsområde har forforståelsen vært viktig i utforming av intervjuguide og videre i intervjuene, der vi har forstått informantenes utsagn på bakgrunn av den kliniske og sykepleiefaglige forforståelsen vår. Forforståelsen bidrar til hva som er forståelig og uforståelig for oss. I hermeneutikken står den «hermeneutiske sirkel» sentralt, hvor man forstår helheten i lys av delene og delene i lys av helheten. I vårt møte med informantene og deres beretninger pendlet vi mellom hvert utsagn, vår forforståelse og helheten av intervjuet. På denne måten forflyttet vi oss stadig mellom deler og helhet for å oppnå en dypere forståelse av det informantene sa.

Den hermeneutiske sirkelen ble benyttet videre inn i transkriberings- og analyseprosessen. For å kunne fortolke intervjuene må man starte med visse idéer om hva en skal se etter, ellers har ikke undersøkelsen noen retning og man ville ikke visst hva man skulle rettet oppmerksomheten mot (Gilje & Grimen, 1993, s. 148). Uten forforståelsen kan verdifull informasjon gå tapt i havet av ord i det transkriberte materialet. Enkle setninger må ikke bli tatt ut av sin kontekst, men heller sees i sammenheng. På denne måten har hermeneutikkens

fortolkningsprosess den hermeneutiske sirkel vært viktig i vårt arbeid med analysen. (Gilje & Grimen, 1993, s. 153).

## **4.2 Kvalitative data**

Kvalitativ tilnærming er ofte brukt innenfor sykepleieforskning (Graneheim & Lundman, 2004).

Kunnskapsutviklingen i kvalitativ forskningstradisjon kan aldri bli fullstendig, men handler om nye spørsmål fremfor universelle sannheter (Malterud, 2011, s. 26).

Kvalitativ forskning basert på data fra fortellinger og observasjoner krever forståelse og samarbeid mellom forskeren og informanten, for best mulig å beskrive og tolke datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004).

Det har tidligere ikke vært forsket på anestesisykepleieradministrert FIC blokkade, samtidig finnes det forskning både på FIC blokkade og på implementering hver for seg.

Summen av våre forskningsspørsmål er kompleks og vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar, derfor har vi valgt å samle inn kvalitative data som kan åpne for dette (Malterud, 2011, s. 29). For å få direkte innsyn i erfaringer må vi snakke med informantene og det får vi gjennom et kvalitativt intervju (Malterud, 2011, s. 66), ettersom kvalitativ forskningsmetode bygger på menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2011, s. 26).

## **4.3 Etiske overveielser**

Undersøkelsen følger de forskningsetiske prinsipper fra Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013).

Studien er før oppstart godkjent av Norsk Senter For Forskningsdata (NSD skjema nummer: 55876) og Etiske komité ved Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsfag (FEK).

Da studien ikke innebærer forskning på pasienter eller pårørende er det ikke søkt godkjenning hos Regional Etisk Komité.

Alle som skal delta i forskningsstudier må signere samtykkeerklæring som bygger på helseforskningslovens regler om informasjon om studiens formål, frivillighet, lov å trekke seg og krav om anonymitet (Helseforskningsloven, 2008).

Informert samtykke innebærer at man sikrer seg at deltakerne deltar frivillig, at de informeres studiens innhold og hensikt. Det må også informeres om eventuelle fordeler og ulemper en

deltagelse i studien får for personen og at de kan trekke seg når som helst uten at det får noen følger for dem (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104; Polit & Beck, 2014, s. 87).

Informantene i vår studie fikk informasjonsskriv som bygger på reglementet i helseforskningsloven, som de signerte. Alle informantene fikk kopi av sitt signerte samtykkeskjema.

Konfidensialitet i forskning innebærer at data som identifiserer deltagerne ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106).

Det ble brukt digital lydopptaker under intervjuene. Lydopptakene og transkripsjonene blir oppbevart på passord beskyttet PC. Informantene ble sikret anonymitet i intervjuene da hverken navn, arbeidssted eller andre kjennetegn kommer frem i oppgaven. Det ble sørget for at informantenes identitet ikke kunne kobles til lydopptakene, da lydopptak og navnelister ble oppbevart fraskilt i låsbart skap. Det er kun oss og veileder som har tilgang til navnelister som kan identifisere informantene som deltar i denne studien. Transkripsjonene har ikke inneholdt navn eller andre faktorer som kan bidra til å identifisere informantene. All informasjon vil bli slettet i etterkant av studien.

#### 4.4 Presentasjon av forskningsfeltet

Vårt forskningsfelt har vært fire sykehus i Helse Sør-Øst hvorav et sykehus var universitetssykehus. Helsepersonell arbeidende på anestesivdelingen, ortopedisk avdeling, ortopedisk sengepost og akuttmottak har vært aktuelle informanter i denne studien.

De fire sykehusene var utformet forskjellig i forhold til logistikk, hvor universitetssykehuset skilte seg ut ved å være veldig stort arealmessig. Forskningsfeltet er studert indirekte gjennom informantenes skildringer, derfor har vi ikke fått noe videre inntrykk av lokalitetene på de sykehusene hvor vi gjennomførte intervjuene.

#### 4.5 Utvalg

Vi har gjort et strategisk utvalg fra fire sykehus, som ble valgt på bakgrunn av vår forkunnskap med at disse sykehusene har erfaring med implementering av FIC blokkade.

Utvalget i en kvalitativ undersøkelse gjøres ikke tilfeldig eller statistisk. Et strategisk utvalg er sammensatt slik at materialet har best mulig potensial for å belyse forskningsspørsmålene (Malterud, 2011, s. 56). Utvalg av informanter må justeres etter behovet i undersøkelsen (Polit & Beck, 2014, s. 286). Malterud (2011, s. 56) sier at utvalget må settes sammen slik at det inneholder et tilstrekkelig og variert materiale om det man ønsker å si noe om når studien er gjennomført. Materialet må inneholde nok data slik at forskningsspørsmålene kan belyses fra flere sider frem til ny informasjon ikke oppnås (Polit & Beck, 2014, s. 286).

Smertelindring til eldre pasienter med hoftebrudd ved hjelp av FIC blokkade utføres i dag etter vår erfaring av både anestesileger, ortopeder og sykepleiere, og det var derfor naturlig å intervju personer innenfor disse yrkesgruppene.

Tabell 1: Oversikt over profesjon, antall og kjønn til informantene (n=12)

Profesjon	Antall	Kjønn
Anestesisykepleiere	3	2 kvinner og 1 mann
Anestesileger	2	1 kvinne og 1 mann
Ortopeder	3	3 menn
Sykepleiere	2	1 kvinne og 1 mann
Ledere	2	2 kvinner



## **4.6 Datainnsamling**

Forskningsavdelingene ved de aktuelle sykehusene ble kontaktet, først via e-post, senere per telefon for å innhente informasjon om hvilke opplysninger sykehusene trengte om masterprosjektet og hvor intervjuforespørlene skulle sendes.

Ved noen av sykehusene fikk vi oppgitt e-post/telefonnummer til avdelinger som var aktuelle slik at vi selv kunne kontakte dem, mens ved andre sykehus ønsket forskningsavdelingen å gjøre dette og aktuelle informanter tok da kontakt med oss for videre avtaler.

Alle 12 forespurte informanter takket ja til å delta i studien, og ingen har trukket seg før, under eller etter intervjuene.

### **4.6.1 Intervjuguide**

Det er utarbeidet to intervjuguides (Vedlegg1), hvor den ene er utviklet til sykehus hvor FIC blokkade er implementert som prosedyre, og den andre er utviklet til sykehus hvor prosedyren ikke er implementert.

Vi ønsket å undersøke informantenes erfaringer og da vil et intervju på bakgrunn av en semistrukturert intervjuguide være passende, da den inneholder temaer som skal dekkes, men samtidig er preget av en åpenhet i forhold til rekkefølge og formulering av spørsmål. Den kan sees på som et hjelpemiddel over hvilke temaer som skal dekkes (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156-157; Malterud, 2011, s. 129; Polit & Beck, 2014, s. 290).

### **4.6.2 Gjennomføring av intervjuene**

Datainnsamlingen fant sted mellom november 2017 og januar 2018. Intervjuene ble gjennomført i informantenes arbeidstid, på deres arbeidsplass og på en avskjermet plass i avdelingen eller på informantens kontor.

Det ble tydeliggjort at intervjutidspunkt skulle tilpasses informantenes arbeidshverdag og tidsskjema slik at intervjuene ikke skulle oppleves som en belastning.

Intervjuguiden ble på forhånd sendt til alle informantene slik at de kunne forberede seg, slik at ikke spørsmålene kom uventet. Før intervjuene startet hadde vi en liten samtale om hvordan intervjuet skulle foregå og brukte denne tiden til at informantene kunne stille oppklarings spørsmål om prosjektet. Vi informerte i forkant av intervjuene at vi kunne stille oppfølgings spørsmål der vi følte det var nødvendig for å få mer informasjon om spørsmålet (Thagaard, 2013, s. 101).

Rollen som intervjuperson ble delt mellom oss begge, hvor den andre har kommet med innspill eller oppklarende spørsmål underveis og tilslutt. Intervjuene hadde alle en varighet på mellom 19-57 minutter.

I intervjusituasjonen har vi prøvd å unngå å kommentere eller avbryte informanten, men vi bekreftet at vi har forstått det informanten har ment eller sagt på de ulike spørsmålene. Der noe har vært uklart for oss har vi stilt oppfølgingsspørsmål til informantene.

### **4.6.3 Transkripsjon**

Transkribering er å overføre fra muntlig til skriftlig form som gjør teksten bedre egnet for analyse (Malterud, 2011, s. 206). Under intervjuene ble det benyttet digital lydopptaker av god kvalitet slik at innspillingene ble best mulig med tanke på lyd kvalitet, noe som forenklet transkriberingen.

Intervjuene ble transkribert kort tid etter gjennomføring, og ble fordelt mellom begge masterstudentene.

Uttrykk som «eh...», «hm...» er ikke transkribert med mindre det har vært særlig viktig for forståelsen av det som ble sagt.

## 4.7 Analyse

Databehandling i kvalitativ forskning innebærer å bearbeide store datamengder til mindre, mer håndterbare enheter. Kvalitativ dataanalyse er en induktiv prosess som innebærer å sette deler sammen til meningsfylte mønstre (Polit & Beck, 2014, s. 304).

Analysens hensikt er å bygge en bro mellom rådata og resultatet ved at datamateriell blir organisert, fortolket og sammenfattet. I analysen skal andre senere kunne følge veien vi har gått, akseptere systematikken vår og forstå konklusjonene vi har trukket (Malterud, 2011, s. 91). Hvilken analysemetode som er best egnet for intervjuene, bestemmes på grunnlag av undersøkelsens formål og emneområde, og i samsvar med intervjumaterialets natur (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 137).

I denne studien har vi benyttet Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse.

Kvalitativ innholdsanalyse tar for åtte steg som utgjør analyseprosessen:

Innhente analyseenhet, lese igjennom analyseenheten flere ganger for å finne meningsenheter, kondensere meningsenheter, abstraksjon med utforming av koder, sette kodene i subkategorier, kategorier og tema (Graneheim & Lundman, 2004). Kvalitativ innholdsanalyse har fokus på å beskrive variasjoner gjennom å identifisere likheter og ulikheter i tekstinnhold. Likheter og ulikheter uttrykkes i kategorier og temaer på ulike nivåer (Graneheim & Lundman, 2012, s. 162).

Etter transkriberingsarbeidet satt vi igjen med 89 tetteknevne sider med tekst som var klar til analyse, hvor hvert enkelt intervju ifølge Graneheim og Lundman (2004) ansees å være én analyseenhet.

Vi startet med å lese gjennom de tolv analyseenhetene for å danne oss et helhetsinntrykk og hvor vi videre reflekterte over intervjuenes hovedinnhold. Ettersom intervjuguiden vår er delt inn i spørsmålsbolker innenfor forskjellige temaer ble det lettere å skille ut innholds områdene som er deler av teksten som handler om et spesifikt område og utgjør en grov struktur som er mulig å identifisere med lav grad av tolkning (Graneheim & Lundman, 2012, s. 162). På bakgrunn av dette ble innholdsområdene: organisering, implementering og FIC blokkade prosedyren.

Vi fortsatte arbeidet ved at vi tok en utskrift av alle intervjuene og fordelte dem mellom oss. Nå leste vi igjennom dem på nytt, et og et av gangen og markerte de meningsenhetene i teksten med markeringstusj. De meningsbærende enhetene inneholder aspekter relatert til hverandre gjennom sitt innhold og kontekst (Graneheim & Lundman, 2004).

Deretter plasserte vi meningsenhetene fra hvert enkelt intervju inn i en tabell for å få oversikt. Hvert intervju fikk egen tabell.

Videre ble meningsenheten kondensert som betyr at teksten ble forkortet samtidig som sentralt innhold ble bevart og vesentlige ting ikke forsvant (Graneheim & Lundman, 2004). Etter kondensering av meningsenhetene ble de løftet til et høyere logisk nivå som kalles å abstrahere. Gyldigheten på abstraksjonene ble kontrollert tilbake opp mot meningsenheten og den kondenserte meningsenheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Videre i prosessen ble abstraksjonene tildelt en kode som er en etikett på meningsenheten, hvor koden skal forstås i forhold til konteksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Etter koding av meningsenhetene satt vi igjen med 29 koder. Flere av kodene hadde mye likt innhold og ble derfor slått sammen og vi satt tilslutt igjen med 22 koder.

Vi har kondensert og kodet alle tolv intervjuene hver for seg i første omgang og deretter systematisert alle kodene og kategoriene i alle intervjuene og satt dem sammen.

Ettersom vi er to personer som skriver denne oppgaven sammen var det viktig for oss å ha et tett samarbeid vedrørende koding og kategorisering av meningsenhetene for å få en felles forståelse av innholdet samt at vi var enige med hverandre at kodene stemte overens med meningsenhetene.

De 22 kodene ble videre satt i forskjellige subkategorier ved at de ble sammenlignet med hverandre med hensyn til likheter og forskjeller og ble deretter sortert til 15 subkategorier. Etter sammenligning av innhold i og mellom underkategoriene satt vi igjen med til sammen tre kategorier. Deretter formulerte vi to temaer hvor ene er FIC blokkade og det andre er implementering basert på teksten som helhet og innholdet i kategoriene. Temaets fremvekst kan sees som en prosess som pågår under hele analysearbeidet (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 2: Eksempel på meningsenhet, kondensert meningsenhet, kode, subkategori, kategori og tema

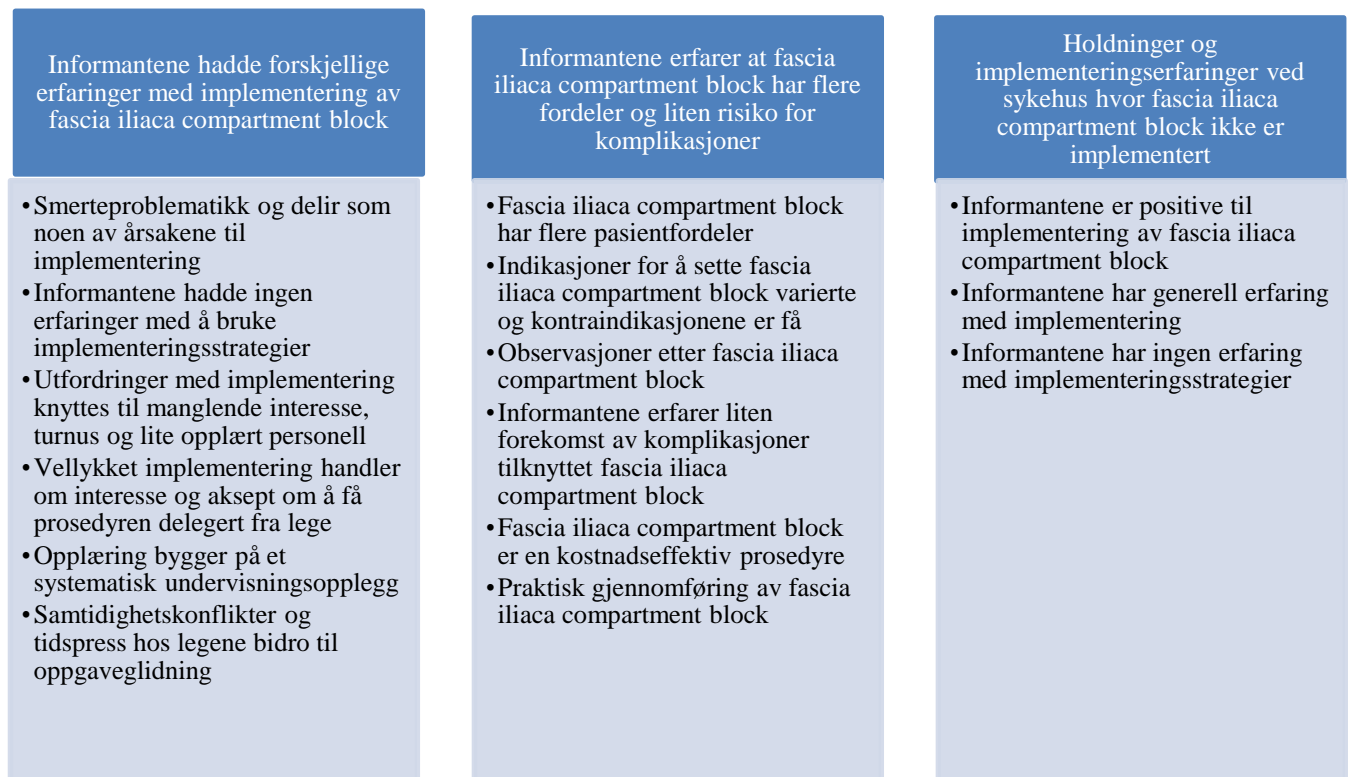
<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondensert meningsenhet</b>	<b>Kode</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>	<b>Tema</b>
Vi startet med FIC blokkade her da man så at det er en utsatt pasientgruppe da, disse med proksimalfemurfraktur, sånn at i kombinasjon med opioider så kunne det være litt uheldig noen ganger. Tanken er vel å få smerte lindret de, uten at de skal få så mye systemisk effekt. Jeg tror det var hovedargumentet. Så er liksom tanken at med bedre smertelindring at man forebygger delir for eksempel.	Hovedargumentet for at vi startet opp med FIC blokkade var at disse var en utsatt pasientgruppe i kombinasjon med opioider. Vi ønsker å smertelindre uten at de skal få systemisk effekt og forebygge delir.	Bakgrunn for implementering.	Smerteproblematikk og delirium som bakgrunn for implementering.	Erfaringene informantene hadde med implementering var varierende.	Implementering

Tabell 3: Veien fra koder til subkategorier videre til kategorier og tema

Kode →	Subkategori →	Kategori →	Tema
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lite komplikasjoner</li> <li>• Få kontraindikasjoner</li> <li>• God smertelindring</li> <li>• Bruk av opioider</li> <li>• Forebygger delir</li> <li>• Prosedyren er lite smertefull</li> <li>• Observasjoner</li> <li>• Praktisk gjennomføring</li> <li>• Utfordringer med prosedyren</li> <li>• Kostnadseffektiv</li> <li>• Velinformerende prosedyre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FIC blokkade har flere pasientfordeler</li> <li>• Indikasjoner for å sette FIC blokkade varierte og kontraindikasjonene er få</li> <li>• Observasjoner etter FIC blokkade</li> <li>• Informantene erfarer liten forekomst av komplikasjoner tilknyttet FIC blokkade</li> <li>• FIC blokkade er en kostnadseffektiv prosedyre</li> <li>• Praktisk gjennomføring av FIC blokkade</li> </ul>	Informantene erfarer at FIC blokkade har flere fordeler og liten risiko for komplikasjoner	FIC blokkade
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakgrunn for implementering</li> <li>• Vellykket implementering</li> <li>• Utfordringer med implementering</li> <li>• Implementeringsstrategi</li> <li>• Oppgaveglidning</li> <li>• Opplæring/undervisning</li> <li>• Organisering</li> <li>• Ressurser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smerteproblematikk og delir som noen av årsakene til implementering</li> <li>• Informantene hadde ingen erfaringer med å bruke implementeringsstrategier</li> <li>• Utfordringer med implementering knyttes til manglende interesse, turnus og lite opplært personell</li> <li>• Vellykket implementering handler om interesse og aksept om å få prosedyren delegert fra lege</li> <li>• Opplæring består av et systematisk undervisningsopplegg</li> <li>• Samtidighetskonflikter og tidspress hos legene bidro til oppgaveglidning</li> </ul>	Informantene hadde forskjellige erfaringer med implementering av FIC blokkade	Implementering
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive til implementering</li> <li>• Erfaring med oppgaveglidning</li> <li>• Implementeringsstrategier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informantene er positive til implementering av FIC blokkade</li> <li>• Informantene har generell erfaring med implementering</li> <li>• Informantene har ingen erfaring med implementeringsstrategier</li> </ul>	Holdninger og implementeringserfaringer ved sykehus hvor FIC blokkade ikke er implementert	

## 5.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet presenteres studiens funn i tre kategorier og femten subkategorier.



Figur 1: Viser kategoriene med tilhørende subkategorier.

## **5.1 Informantene hadde forskjellige erfaringer med implementering av fascia iliaca compartment block**

### **5.1.1 Smerteproblematikk og delir som noen av årsakene til implementering**

Et ønske om å gjøre noe bedre for denne pasientgruppen blir trukket frem som en av kjerneårsakene til implementering. En sykepleier forteller om tiden før FIC blokade ble implementert. «... de var slitne når de kom til post, de var dårlig smertelindret, og de ble liggende lenge her altså det å bli stelt, er kjempevondt og det er vanskelig å lindre den smerten godt ...». (Informant 3)

Informantene forteller at pasienter med mye smerter krevde mye ressurser i forhold til pleiere. Implementeringen av FIC blokaden har redusert behovet for antall pleiere rundt pasienten. Informantene hevder at FIC blokade er en mer hensiktsmessig form for smertelindring enn opioider da opiatere kan virke negativt på eldre med tanke på respirasjon og det mentale. Dette argumentet bidro til implementering ved noen sykehus.

En av informantene viser til studier som sier at blokade er god smertelindring hos denne aldersgruppen og at den forebygger delir. Informantene forteller at pasienter med delir samarbeider mindre, har dårligere etterlevelse og problemer med mobilisering.

En informant hevder at det er lettere å innføre nye prosedyrer hvis det utgjør en forskjell for pasientene, og hvis det utgjør en forskjell så implementerer man prosedyren før eller siden.



### 5.1.2 Informantene hadde ingen erfaringer med å bruke implementeringsstrategier

Ingen av informantene hadde brukt implementeringsstrategier, men samtlige nevnte at de har arbeidet kunnskapsbasert.

Noen informanter mener det kan være hensiktsmessig å lære av andre sykehus om hvilke prosedyrer som fungerer godt der, og deretter bygge videre på dette i egen praksis.

«...vi henter informasjon fra de som har gjort det før, og det syns jeg er veldig viktig, ikke sitte her og tenke at vi skal finne opp alt på nytt, for hvis de har et godt løp en annen plass i landet eller utenlands, så må vi hente den informasjonen og bygge videre på det» (Informant nummer 3).

Informantene mener det er viktig å snakke om de gode fordelene FIC blokkade gir og overbevise andre om dette. En av informantene sier at å «dryppe» informasjon til ledelsen er betydningsfullt. «... få det forankret i ledelsen såpass høyt opp, altså, hvis det er tverrfaglig må det være såpass høyt opp i ledelsen at vedkommende har noe å si til alle som blir berørt...». (Informant 5)

Det varierer blant informantene om hvem som tok initiativ til implementeringen.

Noen informanter mener det hele starter med at flere er interessert.

En informant forteller at det ble sendt ut e-post for å kartlegge interesse før oppstart. En annen informant sier at initiativet til oppstart av prosedyren kom i gang etter en internundervisning hvor flere av kollegene var positive til FIC blokkade.

Informantene sier at man må få med seg en fagansvarlig som er interessert og deretter gå igjennom hva som skal til for å implementere prosedyren. «Men også satt vi oss ned, fikk vi tak i en ortoped som var interessert også satt vi oss bare ned... så var egentlig alle instansene veldig interessert i å få gjort det... Vi hadde ikke noe mer system enn det altså ...» (Informant 1)

En informant hevder at dersom flere er interesserte går implementeringen raskt.

En annen informant trekker frem at interessen for FIC blokkade har gått på tvers av avdelingene mellom sykepleier på post, fagsykepleier i mottak, smertesykepleiere på anestesi og ortopeder.

Det varierer mellom sykehusene om hvilken avdeling prosedyren er tilknyttet. Ved et sykehus er det anesthesiavdelingen, ved de andre tilhører prosedyren ortopedisk avdeling.

Dersom en ortoped har ønsket å implementere FIC blokade, men at prosedyren har tilhørt anestesilegene har de måttet spør anestesilegene om å overta prosedyren og gjøre det til en ortopedisk prosedyre. De har da tatt prosedyren til anestesilegene og bygget videre på den i utarbeidelsen av en ny prosedyre.

### **5.1.3 utfordringer med implementering knyttes til manglende interesse, turnus og lite opplært personell**

Informantene mener spredt interesse blant personalet i forhold til FIC blokade er en implementeringsutfordring.

En informant trekker frem personlige begrensninger hos sykepleiere som en utfordring da de kan være lite velvillige til å utføre prosedyren. «Det er alltid noen som mener at de ikke vil være med på det fordi de ikke tør og har litt sånn personlige begrensninger. Hos sykepleierne ...». (Informant 8)

Han peker derfor på viktigheten av at leder og fagansvarlig plukker ut egnede personer med gjennomføringsevne og at denne utvelgelsen ikke skal være tilfeldig eller knyttes til ansiennitet, men interesse. Man må tørre å plukke ut de man virkelig ønsker skal sette i gang med det. Implementeringen er dømt til å mislykkes dersom man ikke følger dette hevder informanten.

Informantene mener at rekrutteringen av antall utøvere til å sette FIC blokadene må være tilstrekkelig for å dekke en turnus, slik at det alltid er noen på jobb som kan prosedyren. De vaktene hvor ingen på jobb har opplæring gjør at pasienten ikke får den behandlingen man ønsker å gi.

Utilstrekkelig opplært personell til å fylle en turnus var en annen implementeringsutfordring som ble trukket frem av informantene. Å ikke ha nok personell til å veilede i den praktiske testen i forhold til opplæring av nye var et annet hinder hevder informantene.

En av informantene sier at det var implementeringsutfordringer det første halve året, og dette knyttes til for lite utdannet personell til å sette FIC blokadene. Den samme informanten forteller at implementering av en ny prosedyre tar lengre tid enn man tror. Det kan virke lett, men så stagnerer man. En skal finne opp alt fra logistikk, til utstyr til opplæring sier en av informantene.

Noen informanter peker på utfordringer med at anestesilegene har vært litt imot oppgaveglidningen.

En sykepleier forteller at en ikke må ha spisse albuer og tenke at «her kommer vi», men heller ha en god prosess med de som eier prosedyren fra før. Hun sier at å starte med en dialog om hvordan løse oppgaven med å overta prosedyren er hensiktsmessig. Man vil ikke komme langt hvis de som eier prosedyren ikke ønsker dette.

En informant trekker frem sykehusets spareprosess som en implementeringsutfordring.

#### **5.1.4 Vellykket implementering handler om interesse og aksept om å få prosedyren delegert fra lege**

Informantene hevder at dersom man skal implementere FIC blokade må alle parter være informert om prosedyren, se behovet og verdien av den. En informant sier at en tanke, ide og holdning til å gjøre noe nytt og bedre fører til vellykket implementering. En annen informant sier at en ikke må være redd for å ta steget og sette mulighetene ut i livet.

En informant peker på viktigheten av kontinuerlig evaluering av prosedyren som er implementert. Hvis den ikke har gunstig effekt må det revalueres eller avsluttes.

En av informantene peker på fire vesentlige faktorer som må ligge til grunn for at implementeringen skal lykkes. Dette er aksept fra fagansvarlig, tillitt til sykepleierne som skal sette FIC blokade, interesserte utøvere og noen til å undervise slik at man kommer i gang med det.

En informant forteller om viktigheten av å ha ildsjeler på arbeidsplassen som fungerer pådrivere for at prosedyren skal implementeres, ellers bare forsvinner det.

Den samme informanten sier at det ikke nytter å sitte fra et kontor og beordre folk til å gjøre det ene eller det andre, og understreker viktigheten av å få med seg de som skal gjøre jobben slik at de ikke føler at oppgaven blir tredd nedover hodet på dem. I tillegg sier informanten at de ansatte må være lojale mot avgjørelsen om å implementere.

En annen informant trekker frem viktigheten av tidspunkt for implementering:

«Det er et godt tips å starte implementering av noe nytt i gode perioder på avdelingen. Det er ikke lurt å starte ut med noe sånn i en periode hvor folk er veldig presset, hvor det er mye sykdom og folk er få på jobb». (Informant 12)

### **5.1.5 Opplæring består av et systematisk undervisningsopplegg**

Flere informanter trekker frem at anestesisykepleier rent teknisk ikke skal ha noe problem med å lære seg å sette blokaden, men at problemet vil være tidspres, at anestesisykepleier er ganske opptatt og at det er vanskelig å få tid.

Noen av legene sier at for å kunne delegere oppgaven å sette FIC blokade må de være trygge på at sykepleieren har tilstrekkelig opplæring, utsjekk og sertifisering. Det holder at lege leser pasientens journal og trenger ikke å se pasienten fysisk for å kunne delegere prosedyren.

«Men du kan få intravasal injeksjon, du kan få nerveskade. Men jeg tenker at hvis du har et ordentlig opplæringsprogram med en utsjekk så tenker jeg at dette er noe som anestesisykepleiere kan kunne gjøre på ordinasjon». (Informant 4)

Informantene nevner at en må lære opp en liten gruppe først slik at de blir gode på det og senere utvide kretsen. Det er hensiktsmessig å starte opplæring av cirka fem stykker slik at de får de veiledede stikkene og får erfaring med det. Er det for mange på en gang vil det bli sjeldent hver enkelt sykepleier kan sette blokaden. «Man kan ikke begynne med å lære opp 20 utøvere... du kan tenke deg hvis 20 stykker skal ha 4 veiledede stikk så er det 80 stikk, da har du en ganske lang tidsperiode for hver enkelt». (Informant 10)

Informantene forteller at opplæringsprogrammet starter med en selvstudie om teknikk, praktisk gjennomføring, anatomi/fysiologi osv. før opplæringsdagen. Opplæringsdagen er på fire timer og består av undervisning og praksis hvor den avsluttes med en skriftlig og en praktisk eksamen. Etter eksamen skal en ha fire veiledende stikk og når en har klart dette får man et diplom og blir sertifisert og kan sette blokade på egenhånd. Du får diplom hvor du fører på hva du har vært igjennom av teori og en tabell med dato og signatur for de veiledende stikkene. Denne sertifiseringen registreres i systemet i forhold til kompetanseplan. Videre får seksjonsoverlegen beskjed og da signeres det på den av de medisinskfaglige, altså de som har delegert oppgaven. Etter undervisningsbolken kan man øve praktisk på en dukke ved å gå igjennom prosedyren, måle opp, tegne og forklare teknikken på å sette blokade. På de veiledende stikkene gjøres det på pasient. Man går igjennom prosedyren og tenker på virkninger/bivirkninger og komplikasjoner og hvor man har intralipiden og hvilke bivirkninger det kan gi. Man skal ha fire veiledende stikk ved at utøveren blir observert og forklart hvordan de skal stikke.

I starten var det en lege som veiledet under stikkene, men at etter hvert som sykepleierne fikk utført mange stikk og fikk erfaring så fikk de lov fra avdelingssjef og de to legene som var ansvarlige for blokaden at sykepleiere kunne veilede nye utøvere på stikk. Uten noen til å veilede under stikk får vi ikke satt blokaden. Det skal oppleves trygt å sette blokade. Hvis man etter fire veiledende stikk har behov for mer veiledning må man være åpen på det. Man skal ikke presses til å gjøre noe man ikke kjenner seg trygg på.

Informanter forteller at de selv har utarbeidet et hefte/lærebok med nødvendig bakgrunnskunnskap og informasjon. Hovedinstruktør skal være en lege, men kan få bistand fra en sykepleier med erfaring med teknikk og praktiske ting.

### **5.1.6 Samtidighetskonflikter og tidspress hos legene bidro til oppgaveglidning**

Det varierer mellom sykehusene om det er anestesilege, ortoped eller sykepleier som setter blokaden. Det blir trukket frem av både anestesileger og ortopeder at tidsnød er en utfordring om blokaden skal bli satt med tanke på alle andre oppgaver de har. Å bli vekket på natten for å sette blokade er heller ikke populært blant legene, og da har hoftebruddpasienten måtte vente til morgenen med å få blokade, med mindre pasienten hadde store smerter.

En lege forteller at FIC blokade kan være krevende å få til på vakttid da det er få leger tilstede. En annen lege sier at prosedyrer som FIC blokade blir nedprioritert hvis det er andre ting som ansees som viktigere.

En lege forteller at det ikke har skjedd at prosedyren ikke har blitt gjennomført, men at det hender den blir utsatt grunnet tidspress. Målet er i utgangspunktet at pasienten skal få blokade innen 30 minutter etter ankomst. Det kan hende andre ting må prioriteres først og at pasienten derfor må vente noe lenger. Det kan være krevende å få satt FIV blokaden på vakttid hvor det er få leger på vakt.

En informant på et stort sykehus peker på utfordringene knyttet til store avstander innad i sykehuset i forhold til tidspress hvor det er travelt på kveldene. Den samme informanten mener hvem som har best kapasitet til å sette blokaden handler om fordeling av ressurser. Andre informanter hevder det bare er snakk om opplæring og erfaring.

Informantene sier at FIC blokade ikke er en prosedyre som er forbeholdt en lege. Med ordentlig opplæring er det ikke noe problem, og det vil være fornuftig at anestesisykepleiere kan gjøre det med tanke på at legen står opptatt mener flere informanter.

Det har vært diskusjon i starten fra anestesisykepleiere og leger om hvem som skulle sette blokaden og om det var forsvarlig at sykepleiere uten videreutdanning kunne gjøre det. Det er en kamp som må tas og det dreier seg om å handle forsvarlig.

«... denne FIC blokaden var jo i utgangspunktet en anestesilege sin oppgave.. positivt med litt oppgaveglidning så lenge det gjøres på en forsvarlig måte...». (Informant 7)

En ortoped forteller at en ikke må glemme at det er forskjell i utdanning på lege og sykepleier, men at en ikke må bli for bestemt på at oppgavefordelingen slik den er i dag skal bestå inn i fremtiden. Viktig å være dynamisk og følge med i utviklingen og hvis folk er oppegående og flinke enten om det er leger eller sykepleiere så mener informanten at de kan ta på seg oppgaver.

«... det er forskjell på leger og sykepleiere, utdannelsen er forskjellig og det er en helt annen innretning på de to utdannelsene og sånne ting, så hvis det ikke var det så trengte man ikke å ha to forskjellige utdannelser.. Når det er sagt så er jeg helt enig med at.. å være helt stenisk på at oppgavefordelingen som er gjort siden tidens morgen skal bestå inn i fremtiden det er jo idioti...». (Informant 9)

På et sykehus settes FIC blokaden av sykepleiere i akuttmottak. Dette skjedde på bakgrunn av en intern studie på tidsberegning fra pasientinnleggelse til anestesilege ble varslet og til blokaden ble satt. Her fikk de et inntrykk av hvor lang tid det tok og hvorfor anestesilegen ikke kom med en gang for å sette blokade. Grunnen var samtidighetskonflikter og det var problematisk på vakttid. På bakgrunn av forskning som sa noe om at det ikke var forskjell på om det var en erfaren eller en uerfaren lege som utførte prosedyren, men at det gikk på opplæring, tenkte de at prosedyren kunne overføres til sykepleierne.

Det må være et system som gjør at alle får lik behandling, uavhengig av når pasienten kommer inn, og kan ikke være avhengig av hvem som er på jobb forteller en av informantene. Sykepleierne i akuttmottaket har gjort undersøkelser på hvor lang tid det tar fra pasienten innlegges til blokaden blir satt og det er ti minutter. Legene gjorde en egen studie før sykepleierne begynte å sette blokaden og de lå på et høyere gjennomsnitt forteller en av informantene.

Alle legene både anestesileger og ortopeder er enige at FIC blokade kan utføres av anestesisykepleier så lenge det gjøres på en forsvarlig måte, en har god opplæring med nok kunnskap på feltet og kunnskap om komplikasjoner. Noen mener sykepleiere uten videreutdanning også kan utføre prosedyren, men her er ikke legene samstemte.

Om anestesisykepleierne skal inneha oppgaven kommer det an på om de har ressurser, da de er en knapp ressurs på vakt og de kan være låst på operasjon forteller en informant.

En annen informant mener det er fint om prosedyren legges på anestesisykepleierne, men at de da får mer å gjøre, samtidig så har anestesilegene en større belastning på natt da de må være tilgjengelige på akuttmottak, intensiv og føden i tillegg, så da er det fordeler med at anestesisykepleierne får oppgaven.

En av informantene trekker frem at prosedyren er enklere å gjennomføre på post av sykepleierne der siden anestesisykepleierne har vanskelig for å slippe det de har i hendene. Siden anestesisykepleiere er vant med å håndtere medikamenter er det mest naturlig å tenke at prosedyren blir lagt på dem fremfor sykepleiere, da det er fare for intravasale injeksjoner og nerveskader tilknyttet FIC blokade, så har anestesisykepleiere lært dette i utdannelsen, uttrykker flere av informantene.

En av informantene sier at anestesisykepleiere utfører prosedyren er en fordel da de er vant til å gjøre andre invasive prosedyrer, og er mer borti blokader generelt i forbindelse med operasjoner fremfor sykepleiere uten spesialutdanning.

En informant mener at i akuttmottaket er det mange sykepleiere som må læres opp og da blir det et veldig lite antall blokader de setter i løpet av et år.

En av ortopedene som har undervist både sykepleiere og anestesisykepleiere generelt har bemerket seg at anestesisykepleiere har en annen bakgrunn og kunnskap som kan være en fordel i forbindelse med FIC blokade.

En av legene sier det må være gode systemer på hvilke pasienter som er autodelegerte, slik at anestesilegen slipper å måtte se til pasienten fysisk. «Vi må konferere med lege før vi setter blokaden... det kan gjøres per telefon». (Informant 8)

En av informantene forteller om at hun har erfaringer fra avdelinger hvor anestesisykepleiere legger CVK og arteriekran, og at samarbeid med anestesilegene er viktig i forhold til oppgaveglidning. Hun har i tillegg erfaring med at PICC-line prosedyre har blitt implementert som en anestesisykepleieroppgave.

En informant forteller at anestesisykepleier har liten påvirkning i forhold til å overta konkrete anestesilegeprosedyrer. Det er viktig å få en god dialog med anestesilegene og få de til å forstå at anestesisykepleierne ikke skal overkjøre dem, men bidra til å gjøre det bedre for pasienten, i tillegg til å lette arbeidssituasjonen deres. En informant sa «Vi har erfaringer med at legeoppgaver har blitt anestesisykepleieroppgaver... PICCLINE, det er jo det som er kanskje det tydeligste...». (Informant 12)

## **5.2 Informantene erfarer at fascia iliaca compartment block har flere fordeler og liten risiko for komplikasjoner**

### **5.2.1 Fascia iliaca compartment block har flere pasientfordeler**

Informantene forteller om at pasienter med hoftebrudd er en vanskelig gruppe å smertelindre, og at dette er blitt bedre etter at de fikk FIC blokade.

Informantene trekker frem at blokade er fordelaktig da pasientene ofte kan bli liggende en stund å vente før operasjon, og en av informantene sier at det er lettere å gjøre noe med pasientens smerter enn tiden det tar før pasienten blir operert.

Informantene opplever at pasientene har det bedre etter de har fått FIC blokade, det er mindre behov for bruk av opioider enn før.

En av informantene forteller at forekomsten av trykksår er ingen trykksår over en 100 dagers periode, og at blokaden er en medvirkende årsak til dette.

Hvis pasienten har behov for ekstra smertelindring i tillegg til blokaden forteller en av informantene at det hos mange pasienter ofte holder med Paracet, men hos noen kan det være behov for et langtidsvirkende smertestillende medikament i tillegg.

Flere av informantene mener at FIC blokaden er med på å forebygge og redusere utviklingen av delir. Bruk av opiater øker forekomsten av delir hevder noen informanter.

En av informantene sier hun ikke har spesifikke tall på det med delir, men hun forteller at de har mindre delir på hoftebruddene nå enn tidligere når pasientene er godt smertelindret, da smerter er en veldokumentert utløsende faktor for delir.

En av informantene trekker frem at FIC blokaden har en positiv effekt for pårørende også. Det er bra for pårørende å se at mor eller far ikke ligger og rives i smerter.

En informant viser til forskning der det er 60-70% effekt ved FIC blokade og 70-80% ved ultralydveiledet blokade. Som begrunnelse for valg av FIC blokade fremfor ultralydveiledet trekker informanten frem at det kreves mindre opplæring, det gjøres uten ultralydapparat som i seg selv er en stor kostnad. Opplæringen ville også vært mye mer omfattende hvis man skulle bruke ultralyd.



En av informantene sier at han aldri har opplevd det som smertefullt for pasienten å få selve blokaden, annet enn stikket i huden.

En av informantene forteller at hun opplever at pasientene har et bedre utgangspunkt for operasjon da de har mindre smerter med FIC blokkade, men rent operasjonsteknisk ikke utgjør det ingen forskjell. Informanten forteller: «... Jeg hadde en pasient, i forgårds som kom og skulle operere. Disse får jo spinalbedøvelse, og hun satt seg opp uten noen problemer og vi fikk satt spinalen veldig greit, så det er jo en forskjell, at videre prosedyrer går lettere...». (Informant 2)

### **5.2.2 Fascia iliaca compartment block er en kostnadseffektiv prosedyre**

Det går igjen blant informantene at FIC blokkade er en prosedyre som ikke genererer de store kostnadene. De forteller at det er noen små utgifter i forbindelse med opplæring og utstyr som brukes når blokaden settes. «Det er kostnader til utstyr da, det er det eneste og kostnader til opplæringsdager.. Men ikke noe mer kostnader enn det». (Informant 8)

En av informantene tror at de ressursene man bruker på å få satt blokaden vil man spare i etterkant når pasienten kommer til avdeling, da disse pasientene ofte krevde mye ressurser i stell og forflytning. En av informantene forteller at på deres sykehus er det ikke tilført mer ressurser. «Nei, det eneste er vel litt mer medisiner, det er jo en billig prosedyre vil jeg tro.. Du kan gjøre det nesten uten så mye utstyr, også er det jo ofte Marcain som settes og det er ikke dyrt ...». (Informant 2)

### **5.2.3 Indikasjoner for å sette fascia iliaca compartment block varierte, og kontraindikasjonene er få**

En av informantene forteller at det ikke settes blokade før brudd er påvist, men ved et annet sykehus settes det blokade ved klare kliniske tegn på brudd, rotasjonsfeil, forkortning og smerter før røntgen. «Det trenger ikke være påvist fraktur, det holder at det er klare kliniske tegn på en proksimal femurfraktur, da skal de ha FIC blokade før røntgen». (Informant 8)

En annen informant forteller at de har innført ferdige røntgen rekvisisjoner, slik at hvis det er mistanke om brudd så slipper lege å fylle ut rekvisisjon og man sparer tid.

En av informantene forteller at det står i klartekst i prosedyren hva som gjør at FIC blokade er kontraindisert. Her nevnes blant annet sår eller utbrudd i området, om pasienten har fått gjennomført karkirurgi i området eller om pasienten står på blodfortynnende. Dette er ikke nødvendigvis absolutte kontraindikasjoner, men man bør tenke seg om, og konferere med lege før blokaden settes.

En av informantene sier at samtykke fra pasienten må foreligge.

En anestesilege forteller at han ønsker å vite om pasienten står på blodfortynnende, om pasienten har nyresvikt og om pasienten har en alvorlig acidose som kan forverres hvis det forekommer intoksikasjon med lokalanestesimiddelet.

### **5.2.4 Praktisk gjennomføring av fascia iliaca compartment block**

Flere av informantene forteller at FIC blokade er en prosedyre som ikke krever mye tid.

Akuttmottaket har en skuff med alt nødvendig utstyr, og de skal i utgangspunktet finne frem og dekke opp det som trengs, slik at det blir tidsbesparende for den som skal sette blokaden på toppen av en travel vaksituasjon.

En informant hevder blokaden kan settes på bare 10 minutter dersom utstyr er funnet frem og pasienten er leiret korrekt.

Det varierer mellom sykehusene på hvilken avdeling FIC blokaden settes hvor logistikk og eierskap til prosedyren er avgjørende. Sykepleierne på de respektive avdelingene ringer den som skal sette FIC blokade, og på det sykehuset der FIC blokade settes av sykepleiere må de konferere med lege før de setter blokaden.

En informant beskriver anleggelse av FIC blokade ved at man tegner mellom crista og symfyen. Tegner så en strek og legger seg ca. 1 cm. distalt for dette og 1/3 fra crista da. Så

vasker man sterilt, legger på hullduk og trekker opp medisiner i forhold til pasientens vekt. Så fyller man opp resterende med sterilt vann slik det totalt er 40 ml. i sprøyta. Så stikker man med en grov kanyle gjennom huden, holder et lite sprik i huden slik at man ser den lille åpningen, så setter man inn en butt nål i det hullet så skal man gjennom to fascielag. «Det tar kanskje en 5-10 minutter maks å sette blokaden. Du blander opp væsken, du vasker jo raskt, setter på hullduken, gjør deg steril med hansker, så er det jo bare å stikke, selve stikket går jo fort, det er jo som å sette en veneflon». (Informant 10)

FIC blokade prosedyren skal være velinformerende og konkret slik at man skal skjønne hva som står i den forteller en av legene.

### **5.2.5 Observasjoner etter fascia iliaca compartment block**

Det er variasjoner i hvor lenge og i hvilken grad pasientene observeres i etterkant av at de har fått FIC blokaden.

Noen av informantene sier at pasientene må overvåkes under og etter prosedyren er gjennomført.

En av informantene sier de har i prosedyren at pasienten skal overvåkes i minst 30 minutter etter FIC blokaden er satt, og at man da skal vurdere behovet for videre overvåkning ut i fra pasientens tilstand. En annen informantene sier at de kun observerer pasienten, uten monitorering de første 20 minuttene etter FIC blokaden er satt.

En annen informant forteller at de har en oversikt over eventuelle komplikasjoner som kan oppstå liggende sammen med utstyret til å sette FIC blokaden, men at de sykepleierne som skal observere pasienten i etterkant må kjenne til hva som kan forekomme av komplikasjoner og tegn på dette. De må også vite tiltak som skal iverksettes hvis pasienten får en alvorlig reaksjon på lokalanestesi midlet. «Sykepleieren som skal observere pasienten etter blokaden er satt trenger ikke å ha spesiell opplæring, men må kjenne til hva man skal se etter, hva man skal observere ...». (Informant 8)

### **5.2.6 Informantene erfarer liten forekomst av komplikasjoner tilknyttet fascia iliaca compartment block**

Flere informanter beskriver få eller ingen komplikasjoner. En av informantene forteller at pasienten fikk et blåmerke rundt innstikket en gang, men ellers ingen komplikasjoner. En annen informant trekker frem dette med infeksjon i innstikksstedet i etterkant av at blokaden er satt som en potensiell komplikasjon, men han hadde aldri opplevd det selv eller hørt om det ved sitt sykehus. En av informantene forteller: «Jeg har aldri opplevd komplikasjoner. Ikke i det hele tatt». (Informant 8)

Informantene sier at den som setter FIC blokaden må vite hvordan komplikasjoner skal håndteres, og at en har en god beskrivelse av komplikasjoner som kan oppstå. En informant understreker dette med å si at hvis pasienten får hjertestans må det håndteres etter stansprosedyre eller hvis pasienten får kramper må de behandles.

En informant hevder at ved delegering av FIC blokade prosedyren til sykepleiere eller anestesisykepleiere er det dem som er ansvarlige i forhold til komplikasjoner. En annen informant mener ansvaret er delt mellom sykepleier og lege.

## **5.3 Holdninger og implementeringserfaringer ved sykehus hvor fascia iliaca compartment block ikke er implementert**

### **5.3.1 Informantene er positive til implementering av fascia iliaca compartment block**

En av informantene sier FIC blokaden vil føre til forbedring for pasienten og at medikasjonen som blir gitt før spinalanestesi kan endres på. «...Jeg tror det er en utrolig forbedring og det kan jo gjøre at vi kan endre litt på den medikasjonen vi gir før vi må sette spinalanestesi som igjen kan gi positive ringvirkninger». (Informant 12)

Informanten sier videre at FIC blokade kan gi positive ringvirkninger ved kanskje å forhindre delirutvikling. Hun ser på FIC blokade som en bra ting for denne pasientgruppen da de ofte er vanskelige å smertelindre.

Begge informantene ved dette sykehuset er positive til implementering av FIC blokade som en prosedyre for anestesisykepleiere grunnet at dette kan føre til mindre bruk av medikamenter med systemisk påvirkning og at det er en god form for smertelindring.

Anestesisykepleierne er ofte driverne til nye ting, f.eks. innføring av Total Intravenøs Anestesi (TIVA) der legene i starten viste stor motstand, men at de etter hvert ble positive til det. Hun sier videre at anestesisykepleierne ikke hadde vært der de er i dag hvis det ikke hadde vært for deres pågangsmot.

En av informantene ser viktigheten av fagutvikling i anestesian ved nye prosedyrer. Hun sier anestesisykepleierne har godt av å bli utfordret på nye ting, men at det alltid vil finnes noen som er motstandere i å innføre nye prosedyrer. Anestesisykepleierne liker faget sitt godt i utgangspunktet og liker de nye tingene de får, og klarer å ta det inn ganske fort i sin hverdag. Hun sier videre at det må være rom for opplæring i avdelingen, da det settes krav til faglighet og tjenestene pasientene tilbys. En av informantene er åpen for at det kan bevilges ressurser til nye prosedyrer hvis den er kostnadseffektiv. Den andre informanten tenker mest på hva som er det beste for pasienten, det blir billigere i lengden samfunnsøkonomisk.

### **5.3.2 Informantene har generell erfaring med implementering**

En av informantene trekker frem tidligere erfaring med implementering generelt og sier at nøkkelen til et godt samarbeid handler om å være ivrig, for det krever gjerne mye folk og mye innsats. Du må ha forståelse i gruppene for at dette skal gjøres og hvorfor.

Hun sier videre at for å lykkes med implementering så må man gi god informasjon på forhånd, utarbeide et godt opplegg og trekke inn personer som kan reise på hospiteringstur, og etter dette kanskje sette opp forslag til prosedyre. Etter det må en gå ut i avdelingen og prøve ut og evaluere. En av informantene trekker frem at FIC blokkade kanskje må være implementert via ledelsen, eller at man tar en diskusjon i anestesivdelingen på hvordan det skal gjøres. I tillegg må en ta en diskusjon med akuttmottaket og ortopedisk avdeling som har pasientene. Hvordan ønsker man at pasientene skal ha det før de gis anestesi før operasjon.

En av informantene trekker frem implementeringsutfordringer ved å si følgende:

«Det kan være utfordrende å implementere prosedyrer som går på tvers av avdelinger, vi har forskjellige behov og noen er redd for at en tråkker i bedet som vi har ordnet med. Det er ikke så sjeldent». (Informant 12)

En av informantene sier at når en skal implementere noe nytt må en ha i bakhodet at anestesisykepleierne ikke føler det blir en belastning.

Implementering bør starte i gode perioder når folk ikke er veldig presset, perioder med lavt sykefravær og i perioder som ikke er veldig travle. Dette bidrar til at folk engasjerer seg og bidrar. Samarbeid er viktig, og alle meninger må bli hørt. En må i første omgang ha satt opp noen forutsetninger om klare rollefordelinger- hvem gjør hva og hvordan gjøres det, og hvor mye arbeid som kreves. Det må gjøres en kartlegging og lages en prosjektplan på hvordan det er realistisk å få det inn som en del av hverdagsrutinene.

### **5.3.3 Informantene har ingen erfaring med implementeringsstrategier**

Begge informantene trekker frem dette med at man kan lære av andre. «... Vi trenger ikke finne på alt krutt selv, vi må finne hva de gjør andre steder og hva det er vi kan lære av de, og vi må ikke stå på vår hest og tro at vi kan gjøre det beste eller, vi må se og være våken og se åssen andre gjør det ...». (Informant 11)

En av informantene har erfaringer med at de som allerede har implementert en prosedyre et annet sted kom og fortalte om prosessen. Bemanningsutfordringer førte til at det tok litt tid før en prosedyre ble startet opp. Økt bemanning skjedde etter å ha sett hvordan et annet sykehus bemannet. Etter dette ble det gjennomslag for flere stillinger og da er det mer mulig å tenke sånne prosedyrer. Deretter ble det valgt ut de som var spesielt interesserte, viktig å begynne med en liten gruppe, så kan en heller utvide etterhvert.

Samme informant forteller at de ikke er gode på å bruke implementeringsstrategier og at noen prosedyrer har kommet inn bakveien og at da blir det litt halvveis i forhold til opplæring før man skal komme i gang. Samme informant peker på at det er lite gunstig å starte nye ting uten tilstrekkelig forberedelse av personalet som skal utføre prosedyren. God informasjon om det som skal innføres er viktig.

## **6.0 DISKUSJON AV FUNN**

I dette kapitlet diskuteres funnene opp mot relevant teori og forskning med utgangspunkt i studiens hensikt, som er å få kunnskap om erfaringer med implementering av FIC blokade til eldre pasienter med hoftebrudd.

Hovedfunnene i denne studien er at informantene hadde forskjellige erfaringer med implementering av FIC blokade, informantene erfarer at FIC blokade har flere fordeler og liten risiko for komplikasjoner, og holdninger og implementeringserfaringer ved sykehus hvor FIC blokade ikke er implementert.

### **6.1 Hvordan sykehusene erfarte implementeringen**

I studien vår kommer det frem at pasienter med hoftebrudd er en vanskelig gruppe å smertelindre, og at dette er blitt bedre etter at de implementerte FIC blokade. En informant sier at å innføre nye prosedyrer blir lettere dersom det utgjør en forskjell for pasientene, og hvis det utgjør en forskjell så implementerer man prosedyren før eller siden.

I følge forskning er det flere studier som peker på fordelene med FIC blokade som smertelindring. FIC blokade har god effekt i tillegg til at bruken og bivirkningene av opiater reduseres (Ritcey et al., 2016; Williams et al., 2016).

Informantene mener at FIC blokade er med på å forebygge og redusere forekomsten og utviklingen av delir. Bruk av opiater øker forekomsten av delir hevder noen informanter.

Pasienter med smerter har større risiko for delirutvikling enn dem som fikk opioider i doser over 10 mg. daglig og ble smertelindret (Morrison et al., 2003).

Ettersom antall opioidreseptorer reduseres med økende alder, og at det anslås dobbelt effekt ved 80 års alder (Hansen, 2011, s. 379-380), kan det være en fordel å vurdere ikke-opioid smertelindring som FIC blokade til denne pasientgruppen da gjennomsnittsalderen for hoftebruddoperasjon er 80 år (Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd, 2017, s. 177).

Våre erfaringer med hoftebruddpasienter i en mottakssituasjon er at opiater stort sett ordineres uten individuelle tilpasninger. Vi opplever at turnuslegene som tar imot pasientene har et høyt arbeidspres i tillegg til liten erfaring med dosering av smertestillende. Dette kan føre til at pasienten må vente en stund på å få smertestillende, og at forordningene i enkelte tilfeller kan være ineffektive for pasienter med hoftebrudd. Ettersom de eldre har utfordringer med å



kommunisere sin smerte verbalt (Hansen, 2011, s. 378), noe som vi også erfarer, har dette ført til at det har vært problematisk å vite om den smertelindringen vi har gitt er tilstrekkelig.

For å lykkes med implementeringen må kunnskapen være vitenskapelig robust og samsvare med den profesjonelle enigheten og fordelene for pasientene (Rycroft-Malone, 2004). I dette tilfelle er slik vi ser det evidensen på at FIC blokkade er bra veldig sterkt i tillegg til at den har gode pasientfordeler. Samtidig er ikke evidens alene avgjørende for å implementere en innovasjon, men samspillet mellom elementene (McCullough et al., 2015).

Informantene forteller at alle parter må ha kunnskap, være informert om prosedyren og se behovet ved implementering av FIC blokkade. Dette gjelder turnuslege, vakthavende ortoped, sykepleier i akuttmottaket og de som skal utføre prosedyren. Hvis flere er interessert går implementeringen raskere hevder informantene.

PARIHS har stor anvendelighet for å engasjere interessenter på tvers av helseprofesjoner, da samarbeid er nødvendig for å gjøre økonomiske, kvalitetsmessige og administrative beslutninger som igjen fører til vellykket implementering (Schaffer et al., 2013).

Det varierer hvem som tar initiativ til implementering, og at det starter med at flere er interessert gjerne på tvers av avdelinger mellom sykepleier på post, fagsykepleier i mottak, smertesykepleier på anestesian, ortoped og anestesisykepleiere.

Forskning viser at det er spesielt leger som påvirker hvilke tiltak sykepleiere iverksetter i sitt praktiske arbeid. Derfor er det viktig at sykepleierne deltar i diskusjoner, planlegging, gjennomføring og evaluering av praksis (Sandvik et al., 2011).

Gjennom denne studien har vi fått inntrykk av at det tverrfaglige samarbeidet med å implementere FIC blokkade har bidratt positivt ved at det har vært sykepleiere som har vært pådrivere til en endring, da det går igjen at legene er presset på tid.

På et sykehus vi intervjuet ble det samlet opplysninger på hvor raskt pasienten fikk FIC blokkade etter ankomst akuttmottak. Da sykepleierne klarte dette på rundt 10 minutter mens legene lå på et høyere gjennomsnitt grunnet samtidighetskonflikter ble oppgaven overført til sykepleierne. Forskningen beskriver at det både er vanlige sykepleiere og såkalte «Advanced nurse practitioner» som får opplæring i gjennomføring av prosedyren (Cole, 2005).

Nasjonal helse- og sykehusplan viser til at oppgaveglidning mellom helsepersonell kan føre til en bedre arbeidsflyt og mer effektiv pasientbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Informantene i vår studie sier at det ikke har vært brukt implementeringsstrategier ved innføring av FIC blokade, men samtlige har jobbet kunnskapsbasert. Implementering av forskningsresultater er stort sett uformalisert på organisasjonsnivå og ikke frontet av ledelsen, noe som kan være uheldig. Å formelt beskrive hvilke forskningsresultater som skal gjennomføres og hvordan de skal implementeres er hensiktsmessig (Kristensen et al., 2016).

Informantene trekker frem uformaliserte strategier som for eksempel dette med å forankre prosedyren hos ledelsen. Å involvere lederne på de ulike nivåene innenfor organisasjonen kan gjøre dem til viktige pådrivere for en vellykket implementering. Det er viktig å ha ledelsen med seg i oppstarten, de må støtte prosjektet, og hvis de er med så får man det til hevder flere av informantene. Forskning på implementering viser at intervensjoner rettet mot ledelse og organisatoriske infrastrukturer, samt tiltak mot lokale barrierer synes å ha betydning for å lykkes (Sandvik et al., 2011).

En informant peker på fire elementære faktorer for å lykkes med implementering, aksept fra fagansvarlig, legene stoler på det sykepleierne gjør, interessert personell som kan utføre prosedyren og tilslutt noen som kan undervise slik at man kommer i gang med prosedyren. Den medisinske ledelsen må sikre forsvarlighet i pasientbehandlingen ved å gi trygghet til de som overlater oppgaven og til de som får nye oppgaver. Begrunnelsene for oppgaveglidning skal være gode for eksempel mer hensiktsmessig ressursutnyttelse og frigjøring av tid til andre spesialiserte oppgaver (Helle, 2012).

Informantene forteller at å snakke om de gode fordelene FIC blokade gir og overbevise andre er verdifullt. Forskning viser at synliggjøring av pasientfordeler gjør en endring til kunnskapsbasert praksis lettere (Sandvik et al., 2011).

En informant trekker frem viktigheten av å starte implementeringen av nye ting i gode perioder og ikke i en tid der det er lite folk på jobb, mye sykdom og hvor det er mye å gjøre. Noen informanter sier det kan være lurt å lære av andre sykehus om hvilke prosedyrer som fungerer slik at man kan adoptere og bygge videre på det som allerede er bra. PARIHS har en forståelse av at den samme intervensjonen trolig vil variere mye i ulike sammenhenger, da rammeverket identifiserer forbindelsene mellom elementer og subelementer (McCullough et al., 2015).

Vi har gjennom denne studien fått et inntrykk av at de forskjellige sykehusene varierer i størrelse, logistikk, kultur og holdning. Dette må man ta i betraktning ved implementering av FIC blokade, da implementeringstiltak som fungerer på et sykehus kanskje ikke fungerer på et annet. Det er mange kontekstuelle faktorer som påvirker vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis. Disse kontekstuelle faktorene kan være sykepleiekultur, lederskap, sykehusstørrelse, organisatorisk innovativitet, penger, motstand mot forandring og tid (Achterberg et al., 2008).

## **6.2 utfordringer som oppsto ved implementering av fascia iliaca compartment block**

Det fremkommer i vår studie at utfordringer knyttet til implementering oppstår hvis det er spredt i personalgruppa i forhold til interesse for prosedyren. Dette bekrefter studien til Rapport et al. (2018) hvor implementeringsutfordringer knyttes til manglende felles agenda. Kontekst og begrunnelse for hvorfor å implementere må forstås av alle involverte i tillegg til enighet for at vellykket implementering skal skje. Å kartlegge barrierer og rette tiltak mot disse er hensiktsmessig ved implementering (Sandvik et al., 2011).

En av implementeringsutfordringene informantene pekte på var legenes motstand til oppgaveglidning ved noen sykehus. En informant sier det er viktig å ikke ha spisse albuer, men heller ha en god prosess med de som eier prosedyren. Å starte med en dialog og kartlegge om de er positive til oppgaveglidning er hensiktsmessig hevder den samme informanten. Motstand fra klinikere blir sett på som den mest omtalte implementeringsbarrieren. Dette kan løses gjennom gruppedialog og felles innsats for samarbeid med alle involverte (Stone et al., 2018). Mangel på myndighet har i flere studier blitt identifisert som en barriere for implementering av forskningsresultater fra sykepleiere (Kristensen et al., 2016).

En informant trekker frem personlige begrensinger hos sykepleierne som en utfordring for å implementere FIC blokade. Det er derfor viktig at leder og fagansvarlig plukker ut egnede personer med gjennomføringsevne og som er interessert.

Slike emosjonelle reaksjoner kan være engstelighet for å endre praksis (Rycroft-Malone et al., 2013). Det er viktig at den som tilrettelegger for implementeringen har god forståelse av prosedyren, enkeltpersonene og grupper som må foreta endringen og miljøet der de jobber (Harvey & Kitson, 2016). Et bredt fokus på de ulike lagene av konteksten på micro, meso og

makro-nivå kan bidra til å enten fremme eller begrense implementeringen (Harvey & Kitson, 2016).

Informantene trekker frem lite opplært personell til å fylle en turnus, i tillegg til få veiledere for opplæring i den praktiske delen som en implementeringsutfordring.

På et av sykehusene varte implementeringsutfordringene i cirka et halvt år, hvor lite opplært personell var hovedårsaken. En informant sier implementering av en ny prosedyre tar lengre tid enn man tror da man skal finne opp alt fra logistikk til opplæring. Å endre en kultur innad i helsetjenesten tar tid. Endringer vedtas i varierende tempo innenfor kliniske områder og utdanningsprogrammer har varierende effekter på ulike grupper og tjenester (Rapport et al., 2018). PARIHS kan også brukes som et evalueringsverktøy ved å se på hvorfor implementeringen varierer samt identifisere hvilke forbedringer som trengs (Hill et al., 2017).

Sykehusets spareprosess blir også trukket frem som en implementeringsutfordring. Samtidig viser det seg at FIC blokade er en prosedyre som ikke genererer de store kostnadene. De ressursene man bruker på å få satt blokaden vil man spare i etterkant når pasienten kommer til avdeling i forhold til mindre sykepleierressurser i forhold til stell og forflytning grunnet en bedring av smertene.

### **6.3 Hvordan fascia iliaca compartment block prosedyren utføres ved de utvalgte sykehusene**

Det varierer mellom sykehusene i vår studie på hvilken avdeling FIC blokaden settes da logistikk og eierskap til prosedyren er avgjørende. Sykepleierne på de respektive avdelingene ringer den som skal sette FIC blokade, og på det sykehuset der FIC blokade settes av sykepleiere må de konferere med lege før de setter blokaden.

Det varierer i vår studie på hvilke indikasjoner som må ligge til grunn for å sette blokade. På et sykehus settes FIC blokade ved klare kliniske tegn på brudd før røntgen, mens brudd må bekreftes på røntgen før blokaden settes. En informant forteller at de har ferdige røntgenrekvisisjoner slik at ved mistanke om brudd sparer man tid ved at legen slipper å fylle ut rekvisisjonen. Våre erfaringer fra akuttmottak er at siden turnuslegene kan ha samtidighetskonflikter tar det i noen tilfeller tid før det foreligger en røntgenrekvisisjon. Dette bidrar til at pasienten må vente på smertestillende siden det ikke er kultur for å gi opiat før pasienten har vært på røntgen, da sykepleier ikke har anledning til å følge eller at pasienten skal hjem dersom den ikke har brudd.

Informantene hevder FIC blokade er en prosedyre som ikke krever mye tid. En informant sier at prosedyren må være velinformerende slik at man skal skjønne hva som står i den. En informant forteller at de har en skuff med alt nødvendig utstyr i akuttmottak, og de i utgangspunktet skal finne frem og dekke opp det som er trengs, slik at det blir tidsbesparende for den som skal sette blokaden på toppen av en travel vaksituasjon. En informant sier blokaden kan settes på bare 10 minutter dersom utstyr er funnet frem og pasienten er leiret korrekt. Forskning viser til at anleggelse av FIC blokade anslås til 10 minutter. Siden den ikke krever ultralyd er prosedyren lettere å lære bort (Newman et al., 2013). Dette kan sees på som kostnadseffektivt da det kan tenkes at tiden å lære bort FIC blokade kontra femoralisblokade med ultralyd vil spare sykehuset for ressurser. utfordringer rundt prosedyren knytter seg ofte til lite opplært personell, turnus, tidspress og samtidighetskonflikter.

En informant beskriver anleggelse av FIC blokade ved at man tegner mellom crista og symfysen. Tegner så en strek og legger seg ca. 1 cm. distalt for dette og 1/3 fra crista da. Så vasker man sterilt og legger på hullduk og trekker opp medisiner i forhold til pasientens vekt. Fyller opp resterende med sterilt vann slik at du totalt har 40 ml. I sprøyta. Så stikker du med

en grov kanyle gjennom huden, holder et lite sprik i huden slik at du ser den lille åpningen, så setter du inn en butt nål i det hullet så skal du gjennom to fascielag. Engangsinjeksjon gir analgesi i 10-15 timer ved anvendelse av langtidsvirkende lokalanalgetika som Bupivacain, Levobupivacain og Ropivacain (Bendtsen & Petersen, 2014, s. 160).

Det varierer mellom sykehusene i denne studien hvor lenge pasienten skal observeres etter å ha fått FIC blokkade. Noen krever full monitorering mens andre observerer uten.

## **6.4 Hvilken rolle og ansvar kan anestesisykepleiere ha ved implementering av fascia iliaca compartment block?**

Anestesisykepleiere som jobber innfor spesialisthelsetjenesten skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999§3-4a). I tillegg skal anestesisykepleiere bidra til nytenking og innovasjonsprosesser i klinisk praksis (Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF, 2017, s. 30). Siden anestesisykepleiere har en viktig rolle i smertelindring (Dihle, 2011, s. 97), og funnene i denne studien peker på god effekt av FIC blokkade kombinert med lav rapportering av komplikasjoner, noe som forskning understøtter (Godoy Monzon et al., 2007; Leeper et al., 2012; Ritcey et al., 2016), er det nærliggende å tenke at anestesisykepleiere bør bidra til å implementere FIC blokkade da vellykket implementering kan påvirke hele systemer eller tjenester, forbedre praksis positivt og optimalisere pasientpleie (Rapport et al., 2018).

Gjennom denne studien har vi tilegnet oss kunnskap om FIC blokkade og implementering av prosedyren. Dette bidrar til at en eventuell fremtidig implementeringsprosess kan bli enklere, da bakgrunnen og kompetansen til sykepleiere som leder forandringsprosesser på grunnlag av forskningsresultater, hevdes å være viktig for å avgjøre om deres forvaltning av forskningsimplementasjonen vil lykkes (Kristensen et al., 2016).

Ved implementering av kunnskapsbasert praksis må det rettes oppmerksomhet mot utforming av en hensiktsmessig handlingsplan i tillegg til den organisatoriske konteksten der innovasjonen skal implementeres (McCullough et al., 2015). Fasilitatoren må ha god forståelse av innovasjon, enkeltpersoner og grupper som skal innlemme ny praksis i tillegg til miljøet der de jobber (Harvey & Kitson, 2016). På bakgrunn av dette ble to informanter tilknyttet et sykehus der FIC blokkade ikke er implementert intervjuet. Dette for å kartlegge holdningen utenforstående har til å implementere prosedyren. Det viser seg at disse informantene stiller seg positive til implementering av FIC blokkade. En av informantene trekker frem fordelene FIC blokkade har med at den kan føre til mindre bruk av medikamenter med systemisk påvirkning.

Alle legene både anestesileger og ortopeder er enige at FIC blokkade kan utføres av anestesisykepleier så lenge det gjøres på en forsvarlig måte, en har god opplæring med nok kunnskap på feltet og kunnskap om komplikasjoner. Noen mener sykepleiere uten videreutdanning også kan utføre prosedyren, men her er ikke legene samstemte.

Noen av informantene i denne studien mener det er mest hensiktsmessig at FIC blokkade prosedyren legges på anestesisykepleie fremfor sykepleiere uten spesialisering.

På bakgrunn av dette må flere elementer tas i betraktning.

Til tross for lav rapportering av komplikasjoner tilknyttet FIC blokkade, (Guay et al., 2017), så kan komplikasjoner oppstå som for eksempel en allergisk reaksjon på lokalanestesimiddel (Jeng & Rosenblatt, 2018b). Noen av informantene trekker frem at anestesisykepleiere har lært om komplikasjoner i utdannelsen, og vi erfarer gjennom denne masterutdannelsen et stort fokus på akutte hendelser som for eksempel anafylaktisk sjokk og hvilke behandlingsprinsipper som gjelder. En annen informant trekker frem fordelene med at anestesisykepleiere utfører prosedyren da de er vant med invasive prosedyrer, og er mer borti blokkader generelt i forbindelse med operasjoner fremfor sykepleiere uten spesialutdannelse. Til forskjell fra grunnutdanningen for sykepleiere skal anestesisykepleiere etter endt utdanning mestre overvåking og administrering/vedlikehold av sedasjon og regionalanestesi (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 7).

De yrkesetiske retningslinjene meddeler at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig, i tillegg skal grensene for egen kompetanse erkjennes, praktiskere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2016).

En av legene sier at de må være dynamiske og følge med i utviklingen og at en ikke må bli for sta på oppgavefordeling. Om anestesisykepleierne skal inneha oppgaven kommer det an på om de har ressurser da de er en knapp ressurs på vakt og de kan være låst på operasjon hevder en av informantene.

Gjennom arbeid som sykepleiere i akuttmottak og nå studenter på anesthesiavdelingen har vi gjort oss noen erfaringer hva gjelder bemanning og infrastruktur innad i sykehuset. I akuttmottaket er det en stor andel sykepleiere i deltidsstillinger i tillegg til at det er mange ansatte. På anesthesiavdelingen har de færre ansatte, men en større stillingsprosent for hver enkelt på minimum 75%, dette for å sikre kontinuitet. I løpet av et døgn vil over 50% av den totale andelen ansatte anestesisykepleiere være innom avdelingen. Dette kan være en fordel i forhold til at FIC blokkaden implementeres og utføres av anestesisykepleiere.

Samtidig jobber anestesisykepleieren tett med anestesilegene og på denne måten vil anestesilegen stifte et grundigere bekjentskap med anestesisykepleierne hva gjelder kompetanse den enkelte innehar. Dette kan være en faktor som kan bidra til at anestesilegene opplever mer trygghet knyttet til oppgaveglidning da helsepersonell kan overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets



kvalifikasjoner og den oppfølging som gis (Helsepersonelloven, 1999). Forskningen sier at spesialistsykepleiere kan administrere blokaden (Randall et al., 2008). Et annet aspekt er dette med at anestesilegen kan ha mange konkurrerende oppgaver, og som anestesisykepleiere er vi forpliktet til å sørge for at oppgavene løses mest mulig hensiktsmessig og ressursbesparende (Helsedirektoratet, 2013). Dette kan være en viktig faktor for at FIC blokade skal implementeres av anestesisykepleiere.

## 7.0 METODEDISKUSJON

I dette kapittelet argumenteres det for styrker og svakheter som kan påvirke studiens troverdighet og kvalitet. I følge Graneheim og Lundman (2004) skal et hvert forskningsresultat være så troverdig som mulig. Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet er tre viktige begrep for å identifisere forskningens troverdighet.

Når en validerer stiller man spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2011, s. 181). Som masterstudenter har vi brukt vår forforståelse og erfaring med vår moralske integritet og praktiske klokskap noe som vil styrke studiens validitet, da validitet ikke bare handler om metodene som blir benyttet, men også våre egenskaper (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277).

I forskning innenfor medisinske og helsefaglige tema er det ofte vanlig at forskeren har kunnskap om det temaet som det forskes på.

Det er viktig at vi som masterstudenter kan vurdere de fordeler og ulemper bakgrunnen vår gir i denne studien. Feltkunnskap og forforståelse er ikke negativt så lenge vi er bevisst og drøfter betydningen av dette (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

Vi har opplevd at vår forforståelse med eldre hoftebruddpasienter har vært en styrke i utarbeidelsen av intervjuguiden samt under intervjuene i forhold til å stille relevante oppfølgings spørsmål. I tillegg var det enkelt å forstå hva informantene snakket om siden denne pasientgruppen var kjent med oss. Samtidig har vi ingen erfaring med implementering og FIC blokkade, så vår forforståelse på dette området er begrenset og dette kan være en svakhet ved studien.

I arbeidet med studien har vi hele tiden vært bevisst vår forforståelse og forkunnskaper slik at dette ikke påvirker resultatet. Vi har gjennom hele prosessen hatt en refleksiv holdning som innebærer at vi har erkjent og overveid betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2011, s. 19), og det er funnene som har styrt analyseprosessen og utformingen av kategorier og subkategorier. Vi har sett at mange av funnene rundt FIC blokkade samsvarer med tidligere forskning, noe som styrker funnenes pålitelighet og troverdighet.

I denne studien ønsket vi å få kunnskap om erfaringer knyttet til implementering av Fascia iliaca compartment block til eldre pasienter med hoftebrudd. For å få innsikt i hvordan prosedyren er implementert på andre sykehus var vi ute etter erfaringer, og da ble den kvalitative metoden med semistrukturert intervju vurdert som mest relevant for å belyse temaet, da denne metoden søker etter den spesielle erfaringen og dybdekunnskapen hos leger og sykepleiere med erfaring med implementering av FIC blokkade, som vi er ute etter

(Malterud, 2011, s. 66). Et validitetskrav til en forskningsmetode er at den kartlegger det den har til hensikt å kartlegge, og det den sier at den kartlegger (Malterud, 2011, s. 184). Ved å validere metoden validerer vi også resultatene (Malterud, 2011, s. 185).

Inklusjonskriteriene i vår studie var at informantene var leger, sykepleiere eller ledere med erfaring med å sette FIC-blokade, implementere den, eller implementering generelt. Vi hadde ingen flere inklusjonskriterier, da det varierer mellom de ulike sykehusene om det er ortoped, anestesilege eller sykepleier som setter FIC blokade. I tillegg ønsket vi å snakke med to ledere, hvor den ene har vært med på å implementere FIC prosedyren og hvor den andre har erfaring med implementering generelt.

Inklusjonskriteriene styrker gyldigheten ved at vi både har intervjuet helsepersonell som utfører prosedyren, men også personer som har generell erfaring rundt implementering, men vi ser også at siden det varierer fra sykehus til sykehus i forhold til hvem som utfører prosedyren var det vanskelig å sette absolutte inklusjonskriterier, noe som er en svakhet med studien.

Forespørsel om deltakelse i denne studien ble gjennomført ved at vi tok direkte kontakt med informantene per telefon etter godkjenning fra forskningsavdelingene ved de ulike sykehusene. Ved å snakke direkte med dem fikk vi tips om andre relevante informanter som kunne være interessante for oss, på denne måten styrket dette utvalget da vi kom i kontakt med de mest aktuelle informantene som kunne bidra med erfaring om temaet.

Utvalget vårt bestod av seks kvinner og seks menn med ulike profesjoner hvor alle har erfaring med generell implementering, implementering av FIC blokade og/eller bruk av blokaden. Vi mener derfor at informantene var godt kvalifisert til å svare på forskningsspørsmålene våre.

Vi har til sammen tolv informanter, grunnet denne oppgavens omfang og tidsramme var det vanskelig å inkludere flere informanter selv om dette kunne vært ønskelig for å få et mer differensiert datamateriale. Flere informanter kunne bidratt til å styrke våre funn da vi kunne fått et enda mer nyansert og bredere bilde av erfaringer rundt implementering av FIC blokade. Vi fikk tilbakemelding på intervjuguiden fra veileder og medstudenter, men arrangerte ikke et pilotintervju, noe som kan være en svakhet for studien.

Samtidig har vi gjort et grundig arbeid i intervjuguiden med spørsmål som i utgangspunktet skal dekke det vi ønsker å undersøke. Etter gjennomføringen av intervjuene diskuterte vi de

erfaringene vi hadde hatt med intervjuguiden og vi opplevde at den var dekkende for det vi ønsket å få svar på.

Vi var begge tilstede under intervjuene. Dette er med på å styrke studien da vi begge fikk tilhørighet til intervjuene og det informantene sa. Vi byttet også på rollen som intervjuer. Når den ene intervjuet, tok den andre notater og kom til slutt med tilleggsspørsmål, dette for å sikre at verdifull informasjon ikke ble holdt tilbake. Når man sitter som observatør til et intervju får en kanskje med seg andre aspekter som intervjueren ikke får med seg siden den er opptatt med å intervjuer. Dette bidrar til å styrke studien ved at vi har begrenset muligheten for å gå glipp av viktige funn.

Spørsmålene i intervjuguiden er åpne i form av spørreord som; hva, hvilke, hvordan, men enkelte av spørsmålene kan til en viss grad oppfattes som ledende. Ledende spørsmål kan i noen tilfeller være med på å bestemme innholdet i svaret, men det vil da være opp til informanten å benekte spørsmålet. Ledende spørsmål kan være med på å sjekke intervjusvarenes reliabilitet og verifisere de tolkninger intervjueren har rundt spørsmålet. Dette kan bidra til å styrke intervjuenes reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 201). Det er under intervjuene en fare for at den som intervjuer og informanten kan snakke forbi hverandre uten å være klar over det. Vi har gjennom hele intervjuet validert ved å regelmessig sjekke vår oppfatning av svarene som ble gitt med å stille spørsmål som «Har jeg forstått deg rett når du sier at ...?» (Malterud, 2011, s. 182). Vår forforståelse og refleksivitet styrker studiens troverdighet ved at vi har en mulighet til å gjennom vår forforståelse stille relevante oppfølgingsspørsmål ut fra informantenes utsagn.

Vi har ikke sendt utskrift av intervjuet tilbake til informantene for gjennomlesning og godkjenning noe som kan være en svakhet for studien, men ifølge Malterud (2011, s. 182) blir ikke nødvendigvis teksten «sannere» om informanten har rettet opp i teksten.

Transkriberingsarbeidet ble utført etter kort tid da vi hadde intervjuet friskt i minne, noe som vil bidra til å øke påliteligheten til materialet som videre skulle analyseres.

Vi har prøvd å følge trinnene i analyseprosessen.

Dette anser vi som en styrke i funnenes pålitelighet. Meningsenhetene ble valgt ut og vi konfererte med hverandre om hvilke meningsenheter som skulle tas med slik at begge var enige. Noen av meningsenhetene var lange, noe som gjorde kodingen mer utfordrende, men begge forfatterne gikk gjennom og var enige i at den valgte koden passet til meningsenheten.

Dialogisk intersubjektivitet mellom oss som masterstudenter har vi oppnådd gjennom å snakke sammen for å oppnå enighet i fortolkningen av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 273). Dette styrker sannsynligheten for at funnene er gyldige (Malterud, 2011, s. 183).

Før kodene skulle organiseres i kategorier og subkategorier ble igjen kodene vurdert for å sikre studiens troverdighet.

I oppgavens funnkapittel har vi benyttet oss av direkte sitater flere steder. Dette valgte vi å gjøre for å gi leseren en nærhet til funnene ved å se det direkte utsagnet som et sitat. Denne nærheten til funnene kan bidra til å øke troverdigheten.

Til tross for begrenset forforståelse på FIC blokade, kom det likevel godt med når vi skulle lese forskningsartikler. Det gjorde det lettere å forstå og tolke innholdet i artiklene. I artiklene som omhandler implementering har det vært en større utfordring da vi har mindre grad av forforståelse på dette feltet. Den faglige terminologien i disse artiklene oppleves som meget kompleks.

Graneheim og Lundman (2004) beskriver i sin artikkel at spørsmålet om pålitelighet også avhenger av overførbarhet. Det vil være opp til den enkelte leser av studien å avgjøre om funnene er overførbare til en annen kontekst. I vår studie har vi med en detaljert beskrivelse av kontekst, utvalg, datainnsamling, og analyseprosessen sammen med beskrivelsen av funnene kan det bidra til å øke overførbarheten.

Vi har i denne studien erkjent at det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten som kan være gyldige. Valideringens mål kan derfor ikke være å bevise at vi har funnet frem til sannheten. Vår oppgave som forskere er ikke å fastslå at funnene våre er sanne eller gyldige, men å vise at vi har overveid rekkevidden av deres gyldighet og kan gi en begrunnet fortolkning av hva de sier noe om (Malterud, 2011, s. 188).

Gyldigheten av den kunnskapen vi har innhentet i denne studien avhenger av om den kan brukes til noe og at den utgjør en forskjell. Gjennom intervjuene fikk vi inntrykk av at informantene hadde erfart at FIC blokade er en god måte å smertelindre eldre hoftebruddpasienter på, og at FIC blokaden utgjør en forskjell fra tidligere smertelindringsregimer. Dette er med på å øke studiens pragmatiske validitet (Malterud, 2011, s. 187).

## 8.0 KONKLUSJON OG VIDERE FORSKNINGSSOMRÅDER

Ved hjelp av kvalitative intervjuer av 12 informanter har vi fått kunnskap om erfaringer rundt implementering av FIC blokade til eldre pasienter med hoftebrudd.

Informantene trekker frem flere årsaker til at FIC blokade ble implementert, blant annet en frustrasjon over lengre tid at pasienter med hoftebrudd preges av at de var smertepreget og slitne etter lang liggetid i akuttmottak. Informantene trekker alle frem at de har opplevd en bedring for pasientene når det kommer til smertelindring etter at FIC blokade ble implementert.

Ved implementering av FIC blokade er det viktig å legge vekt på god informasjon rundt implementeringsprosessen, få med personell som er interessert og et godt opplæringsprogram. Legenes motstand for oppgaveglidning, mangel på personellressurser, og personlige begrensninger hos sykepleiere trekkes frem som utfordringer ved implementering.

Informantene i vår studie forteller at FIC blokade er en prosedyre som kan gjennomføres av anestesisykepleiere. Anestesisykepleiere er vant til å håndtere medikamenter og har kunnskap om behandling av komplikasjoner tilknyttet nerveblokade. Dette trekker flere av informantene frem som en fremmede faktor for at anestesisykepleiere bør kunne gjennomføre prosedyren. Negative faktorer som trekkes frem er at ofte er anestesisykepleiere en knapp ressurs, og tidspress da de ofte har mange andre oppgaver i sykehuset.

I fremtidige studier kan det være interessant å kartlegge om FIC blokade har bidratt til at disse pasientene krever mindre sykepleierressurser på avdeling. I tillegg kan det være spennende å forske på om FIC blokade kan bidra til å redusere antall liggedøgn i sykehus for pasienter med hoftebrudd. Å gjøre en studie der en undersøker om FIC blokade kan minske forekomsten av delir i den preoperative fasen sammenlignet med standard smertelindring kan også være interessant. Om FIC blokade fører til en reduksjon av trykksår kan også være gjenstand for en spennende studie.

## LITTERATUR

- Achterberg, T. V., Schoonhoven, L. & Grol, R. (2008). Nursing Implementation Science: How Evidence - Based Nursing Requires Evidence - Based Implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 302-310. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00243.x
- Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF. (2017, Vedtatt på ALNSF's GF 2017). Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. Hentet fra <https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/grunnlagsdokumentet/167-grunnlagsdokument-for-anestesisykepleiere-2017/file>
- Aubrun, F. & Marmion, F. (2007). The elderly patient and postoperative pain treatment. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 21(1), 109-127. doi: 10.1016/j.bpa.2006.12.005
- Bendtsen, T. F. & Petersen, J. K. (2014). Regional analgesi. I L. S. Rasmussen & J. Steinmetz (Red.), *Anæstesi* (4. utg., s. 143-171). København: FADL.
- Bruun, A. M. G. (2011). Anestesisykepleierens kompetanse. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg., s. 19-39). Oslo: Akribe.
- Cole, A. (2005). Nurse-administered femoral nerve block after hip fracture. *Nursing Times*, 101(37), 34-36.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Dihle, A. (2011). Smerte og smertelindring. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg., s. 95-120). Oslo: Akribe.
- Fonn, M. (2016, 20.05.). Sykepleier setter anestesi for raskere smertelindring. Hentet 30.05 fra <https://sykepleien.no/2016/04/sykepleier-setter-anestesi-raskere-smertelindring>

- Foss, N. B., Kristensen, B. B., Bundgaard, M., Bak, M., Heiring, C., Virkelyst, C., Hougaard, S. & Kehlet, H. (2007). Fascia iliaca compartment blockade for acute pain control in hip fracture patients: a randomized, placebo-controlled trial. *Anesthesiology*, 106(4), 773-778. doi: 10.1097/01.anes.0000264764.56544.d2
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Godoy Monzon, D., Iserson, K. V. & Vazquez, J. A. (2007). Single fascia iliaca compartment block for post-hip fracture pain relief. *Journal of Emergency Medicine*, 32(3), 257-262. doi: 10.1016/j.jemermed.2006.08.011
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Guay, J., Parker, M. J., Griffiths, R. & Kopp, S. (2017). Peripheral nerve blocks for hip fractures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). doi: 10.1002/14651858.CD001159.pub2
- Hansen, S. (2011). Gamle pasienter. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg., s. 375-385). Oslo: Akribes.
- Harvey, G. & Kitson, A. (2015). *Implementing evidence-based practice in healthcare : a facilitation guide*. Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- Harvey, G. & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implement Sci*, 11, 33. doi: 10.1186/s13012-016-0398-2
- Helle, J. (2012). Jobbglidning - trussel eller mulighet? *Overlegen*, 2012(1), 4-5.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. (Meld. St. nr. 11). Hentet fra



<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2013). *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten - Kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land*. (IS-2108).

Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/150/Oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-IS-2108.pdf>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hill, J. N., Guihan, M., Hogan, T. P., Smith, B. M., LaVela, S. L., Weaver, F. M., Anaya, H. D. & Evans, C. T. (2017). Use of the PARIHS Framework for Retrospective and Prospective Implementation Evaluations. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(2), 99-107. doi: 10.1111/wvn.12211

Jeng, C. L. & Rosenblatt, M. A. (2018a, 02.02.2018). Lower extremity nerve blocks: Techniques. *UpToDate*. Hentet 11.04.2018 fra <https://www.uptodate.com/contents/100070>

Jeng, C. L. & Rosenblatt, M. A. (2018b, 11.04.2018). Overview of peripheral nerve blocks. *UpToDate*. Hentet 19.04.2018 fra <https://www.uptodate.com/contents/397>

Kates, S. L., O'Malley, N., Friedman, S. M. & Mendelson, D. A. (2012). Barriers to Implementation of an Organized Geriatric Fracture Program. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 3(1), 8-16. doi: 10.1177/2151458512436423

Kristensen, N., Nymann, C. & Konradsen, H. (2016). Implementing research results in clinical practice- the experiences of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 16, 48. doi: 10.1186/s12913-016-1292-y

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leeper, A., Brandon, P., Morgan, A., Cutts, S. & Cohen, A. (2012). Fascia iliaca compartment block reduces morphine requirement pre-operatively for patients with fractured neck of femur. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 38(6), 673-677. doi: 10.1007/s00068-012-0230-x
- Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Tidsskriftet Sykepleien*, 101(2), 47-49. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0002
- Madsen, J. E. (2018). Hoftebrudd. *Store Norske Leksikon*. Hentet 14.03.18 fra <https://sml.snø.no/hoftebrudd>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McCullough, M. B., Chou, A. F., Solomon, J. L., Petrakis, B. A., Kim, B., Park, A. M., Benedict, A. J., Hamilton, A. B. & Rose, A. J. (2015). The interplay of contextual elements in implementation: an ethnographic case study. *BMC Health Services Research*, 15, 62. doi: 10.1186/s12913-015-0713-7
- McRae, P. J., Bendall, J. C., Madigan, V. & Middleton, P. M. (2015). Paramedic-performed Fascia Iliaca Compartment Block for Femoral Fractures: A Controlled Trial. *Journal of Emergency Medicine*, 48(5), 581-589. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.12.016
- Morrison, R. S., Magaziner, J., Gilbert, M., Koval, K. J., McLaughlin, M. A., Orosz, G., Strauss, E. & Siu, A. L. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(1), 76-81. doi: 10.1093/gerona/58.1.M76
- Mouzopoulos, G., Vasiliadis, G., Lasanianos, N., Nikolaras, G., Morakis, E. & Kaminaris, M. (2009). Fascia iliaca block prophylaxis for hip fracture patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 10(3), 127-133. doi: 10.1007/s10195-009-0062-6

- Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd. (2017). *Rapport juni 2017*. (1893-8914). Hentet fra <http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Rapport2017.pdf>
- Newman, B., McCarthy, L., Thomas, P. W., May, P., Layzell, M. & Horn, K. (2013). A comparison of pre-operative nerve stimulator-guided femoral nerve block and fascia iliaca compartment block in patients with a femoral neck fracture. *Anaesthesia*, 68(9), 899-903. doi: 10.1111/anae.12321
- Nilsen, P. (2010). *Implementering : teori og tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsen, P. (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups utbildning.
- Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleierenes landsgruppe av NSF. (2016, 27.10.2016). Norsk Standard for anestesi. Hentet fra <https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/norsk-standard-for-anestesi/151-norsk-standard-for-anestesi-2016/file.html>
- Norsk sykepleierforbund. (2013). Norsk sykepleierforbunds prinsipper for ansvars- og oppgavefordeling i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2195192/cache=20150806145238/NSFs%20Prinsipper%20om%20ansvars-%20og%20oppgavefordeling%20-%20PDF.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Nordheim, B. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Plaus, K. L. & Nagelhout, J. J. (2014). *Nurse anesthesia* (5. utg.). St. Louis, Mo: Elsevier.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (8 utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Powrie, S. L., Danly, D., Corbett, C. F., Purath, J. & Dupler, A. (2014). Using implementation science to facilitate evidence-based practice changes to promote optimal outcomes for

- orthopaedic patients. *Orthopaedic Nursing*, 33(2), 109-114. doi: 10.1097/NOR.0000000000000036
- Randall, A., Grigg, L., Obideyi, A. & Srikantharajah, I. (2008). Fascia Iliaca compartment block: A nurse-led initiative for preoperative pain management in patients with a fractured neck of femur. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 12(2), 69-74. doi: 10.1016/j.joon.2008.07.007
- Rapport, F., Clay-Williams, R., Churrua, K., Shih, P., Hogden, A. & Braithwaite, J. (2018). The struggle of translating science into action: Foundational concepts of implementation science. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(1), 117-126. doi: 10.1111/jep.12741
- Rasmussen, L. S. (2014). Anæstesi til ældre. I L. S. Rasmussen & J. Steinmetz (Red.), *Anæstesi* (4. utg., s. 208-210). København: FADL.
- Reavley, P., Montgomery, A. A., Smith, J. E., Binks, S., Edwards, J., Elder, G. & Bengler, J. (2015). Randomised trial of the fascia iliaca block versus the '3-in-1' block for femoral neck fractures in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 32(9), 685-689. doi: 10.1136/emered-2013-203407
- Ritcey, B., Pageau, P., Woo, M. Y. & Perry, J. J. (2016). Regional Nerve Blocks For Hip and Femoral Neck Fractures in the Emergency Department: A Systematic Review. *CJEM*, 18(1), 37-47. doi: 10.1017/cem.2015.75
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework--a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297-304. doi: 10.1097/00001786-200410000-00002
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Chandler, J., Hawkes, C. A., Crichton, N., Allen, C., Bullock, I. & Strunin, L. (2013). The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: implications for the development of the PARIHS framework. *Implementation Science*, 8(1), 28. doi: 10.1186/1748-5908-8-28
- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbaser praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*, 6(2), 158-165. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0098

- Schaffer, M. A., Sandau, K. E. & Diedrick, L. (2013). Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1197-1209. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06122.x
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelse>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Dette er Norge 2017 Tall som forteller*. Hentet fra [https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/317854?\\_ts=15e7aefaba8](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/317854?_ts=15e7aefaba8)
- Stone, A. B., Yuan, C. T., Rosen, M. A. & et al. (2018). Barriers to and facilitators of implementing enhanced recovery pathways using an implementation framework: A systematic review. *JAMA Surgery*, 153(3), 270-279. doi: 10.1001/jamasurg.2017.5565
- Stubberud, D.-G. (2015). Delirium. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 272-286). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Torgersen, J. (2014). Oppgaveglidning - fra fornuftig praksis til helsepolitisk virkemiddel? *Utposten*, 43(1), 38-39.
- Universitetet i Agder. (2017-18). ME-519 Masteroppgave i spesialsykepleie med fordypning i anesthesi-, barne-, intensiv- eller operasjonssykepleie. Hentet fra <https://www.uia.no/studieplaner/topic/ME-519-1>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i anesthesisykepleie*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269383-rammeplan\\_for\\_anesthesisykepleie\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269383-rammeplan_for_anesthesisykepleie_05.pdf)
- Williams, H., Paringe, V., Shenoy, S., Michaels, P. & Ramesh, B. (2016). Standard preoperative analgesia with or without fascia iliaca compartment block for femoral

neck fractures. *Journal of Orthopaedic Surgery (Hong Kong)*, 24(1), 31-35. doi: 10.1177/230949901602400109

World Health Organization. (2007). *Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce team : global recommendations and guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053

Wyller, V. B. (2014). *Syk : mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin : B.2 : Syk 2 : kapittel 12-24* (3. utg. Vol. B.2). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Øverby, N. C., Fegran, L., Bjørnstad, J. O. & Johansen, B. T. (2014). *Masterhåndbok - Veiledende retningslinjer for mastergrad i helsefag, psykisk helsearbeid, folkehelsevitenskap, idrettsvitenskap og spesialsykepleie*.: Universitetet i Agder.

Hentet fra

[https:// Fronter.com/uia/links/files.phtml/5ac75f315801c.559502363\\$223978000\\$/Dokumenter/Skal+du+starte+arbeidet+med+Masteroppgaven\\_percent\\_3F+Se+her\\_percent\\_21/091115Masterh\\_percent\\_E5ndbok+2015.pdf](https:// Fronter.com/uia/links/files.phtml/5ac75f315801c.559502363$223978000$/Dokumenter/Skal+du+starte+arbeidet+med+Masteroppgaven_percent_3F+Se+her_percent_21/091115Masterh_percent_E5ndbok+2015.pdf)

# VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE 1 OG 2

## Intervjuguide nummer 1

### Organisering/implementering

- 1) Hvordan gikk dere frem for å få denne prosedyren implementert?
- 2) Brukte dere noen form for implementeringsstrategi? I så fall hvilken strategi?
  - a) Er implementeringen bygget på noen spesiell teori/ forskning? I så fall hvilke?
- 3) Hva mener du er det viktigste tiltaket for vellykket implementering?
- 4) Hva tror du er viktig for at implementeringen skal fungere bra?
- 5) Hvilke utfordringer oppsto ved implementeringen av denne prosedyren hos dere?
- 6) Hvordan organiserer dere prosedyren i en travel arbeidsdag? Hvordan opplever du organisering og kommunikasjon.
- 7) På hvilken måte opplever du at eventuelle organisatoriske endringer og driften av sykehuset generelt har betydning for prioritering av prosedyrer som denne?
- 8) Hvordan er ressursbruken fordelt? Er oppgaven lagt på en spesiell ressurs, eller er ressursfordelingen tilfeldig? Dersom det ikke er tilgjengelig ressurser, blir da prosedyren ikke gjennomført?
- 9) Har det vært økt ressursbruk etter at denne prosedyren ble implementert? I så fall på hvilken måte?
  - a) Kan du si noe om dere trengte flere ressurser, eller brukte dere de ressursene dere allerede hadde tilgjengelig? Her tenker vi på personell.
- 10) Har det vært økt kostnadsbruk etter i forbindelse med prosedyren?
  - a) Hvilke ekstra kostnader og ekstra ressurser kreves for implementering av denne prosedyren?
- 11) Er prosedyren bygget på kunnskapsbasert praksis?
- 12) Har det vært behov for noen organisatoriske endringer for å gjennomføre implementeringen?

### Prosedyren

- 1) Hvorfor valgte dere å innføre femoralisblokkade som prosedyre hos dere og hvem tok initiativet?
- 2) Kan du beskrive hvordan dere praktiserer denne prosedyren? (Hvilken type blokkade settes av dere)?

- 3) Hvilken faggruppe utfører denne prosedyren hos dere og hvorfor denne faggruppen?
- 4) Hva tenker du om at denne prosedyren blir lagt til anestesisykepleiere?
  - a) Hva er fordelene og ulempene ved at denne prosedyren blir legges til anestesisykepleiere?
- 5) Hva er det med prosedyren som fungerer evt. Ikke fungerer? Har det vært en bedring for pasienten, i så fall hva?

#### Sluttspørsmål

Har du noe å si om temaet som ikke allerede har blitt tatt opp? Har du noe mer å tilføye?



## Intervjuguide nummer 2

- 1) Hva er dine tanker om å kunne implementert fascia iliaca compartment block som en prosedyre anestesisykepleiere kunne hatt?
- 2) Har du erfaringer med at tidligere legeprosedyrer har blitt anestesisykepleierprosedyrer? I så fall hvilke erfaringer?
- 3) Hva tenker du om at vi utvikler faget vårt ved å tilføre profesjonen nye typer prosedyrer?
- 4) Hva slags erfaringer har du med å implementere nye prosedyrer?
- 5) Hvilke implementeringsstrategier bruker dere ved innføring av nye prosedyrer
- 6) Hva slags erfaringer har du med å jobbe kunnskapsbasert på denne avdelingen? Hva slags kultur er det for det?
- 7) Har du opplevd motstand ved implementering av nye prosedyrer, i så fall hvilke utfordringer oppsto?
- 8) Har du erfaringer har du med å implementere prosedyrer som utføres av anestesisykepleiere utenfor anesthesiavdelingen? Hvis det er tilfelle hvilke erfaringer har du?
- 9) Hvordan erfaringer har du i forhold til samarbeid på tvers av avdelinger med tanke på Implementering?
- 10) Hva slags erfaringer har du med å implementere nye prosedyrer uten å få tilført midler?
- 11) Hvordan kultur har dere for å implementere nye prosedyrer her på avdelingen?

### Sluttspørsmål

Har du noe å si om temaet som ikke allerede har blitt tatt opp?

Har du noe mer å tilføye?

# VEDLEGG 2 – GODKJENNING FRA NSD



Ashild Slettebø  
Postboks 422  
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 13.10.2017

Vår ref: 55876 / 3 / EPA

Deres dato:

Deres ref:

## Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 13.09.2017 for prosjektet:

55876	<i>Hvordan kan anestesisykepleier bidra til å implementere femoralisblokkade som prosedyre til eldre pasienter med hoftebrudd</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Ashild Slettebø
Student	Espen Kiledal

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Documentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk sentra for forskningsdata AS    Harald I. Døbbiges gate 29    Tel. +47-55 98 21 17    nsd@nsd.no    Org.no: 984 321 884  
NSD – Norwegian Centre for Research Data    NO-7007 Bergen, NORWAY    Faks. +47-55 38 06 50    www.nsd.no

**Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**  
Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Katrine Utaaker Segadal

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / [eva.payne@nsd.no](mailto:eva.payne@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Espen Kiledal, [ek@kiledal.net](mailto:ek@kiledal.net)

## VEDLEGG 3 – GODKJENNING FRA FEK

### Innlevering skjema - Kommentar

**Navn:** Camilla Lien  
Esen Kiledal

**Les kommentarer i besvarelsen din:**  Søknad FEK Camilla Lien og Espen Kiledal

**Kommentar:** Fek behandlet 18.09.17. deres søknad om etisk godkjenning av prosjektet «Hvordan kan anestesisykepleier bidra til å implementere femoralisblokkade som prosedyre til eldre pasienter med hoftebrudd» Fek har ingen etiske betenkeligheter med prosjektet dersom det gjennomføres som beskrevet.

Lykke til!

Mvh Fek

**Karakter:**

**Evaluerings:** Godkjent

[Avbryt](#)