

Sykepleieres erfaringer med oppfølging av hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling

HENRIETTE RYPESTØL

VEILEDER

Tina Lien Barken

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Master



«Sykepleieres erfaringer med oppfølging av hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk
avdeling»

ME-520-G

Masteroppgave i klinisk helsevitenskap

Henriette Rypestøl

18.05.2022

Kandidatnummer: 318

Veileder: Tina Lien Barken

Antall ord: 15085

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

FORORD

Det er med stolthet at jeg kan levere denne masteroppgaven i klinisk helsevitenskap ved Universitetet i Agder. Med fordypning i geriatrik vurderingskompetanse, og arbeid som sykepleier på ortogeriatrisk avdeling, er ortogeriatri for meg et spennende tema. Jeg ønsket derfor å fremme sykepleiernes erfaringer i arbeid med hoftebruddspasienter og ortogeriatrisk oppfølging.

Jeg vil gjerne få takke deltakerne som ønsket å stille til intervju. Uten deres erfaringer og refleksjoner hadde ikke denne oppgaven blitt til, og dere har hjulpet til med å sette fokus på ortogeriatrisk oppfølging. Jeg ønsker også å takke min arbeidsplass for tilrettelegging i forbindelse med videreutdanningen. Dette har hjulpet meg gjennom studieperioden, noe jeg har satt veldig pris på. Ikke minst ønsker jeg å rette en særlig takk til førsteamanuensis Tina Lien Barken, min veileder, som har veiledet og hjulpet meg gjennom forskningsprosessen på en pedagogisk og dyktig måte. Jeg har satt pris på konstruktive tilbakemeldinger og oppmuntrende ord.

Tusen takk!

Kristiansand, 18.05.22

Henriette Rypestøl

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Rundt 9000 personer i året pådrar seg et hoftebrudd etter et lavenergifall, og eldre mennesker er overrepresentert. I tillegg til hoftebruddet er mange av pasientene skrøpelige, og kan være preget av komplekse medisinske problemstillinger. Av denne grunn er ortogeriatrisk organisering en måte å følge opp denne pasientgruppen på, og sykepleiere har en sentral rolle på sengeposten med kontinuerlig tilstedeværelse.

Hensikt: Hensikten med studien er å få økt forståelse for sykepleieres erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling.

Metode: Kvalitativ metode. Syv sykepleiere med erfaring fra ortogeriatrisk avdeling ble intervjuet med individuelle, semistrukturerte intervjuer. Kvalitativ innholdsanalyse er benyttet, og den vitenskapsteoretiske tilnærmingen er hermeneutisk-fenomenologi.

Resultater: To temaer som favner sykepleiernes erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på ortogeriatrisk avdeling er sentrale i denne studien; todelt faglig fokus krever helhetlig avansert sykepleie, og todelt faglig fokus krever organisatorisk kompetanse.

Konklusjon: Sykepleiere opplever å bli trukket mellom klinisk og organisatorisk kompetanse, og det sammensatte todelte faglige fokuset krever både medisinsk og kirurgisk kunnskap. Pasientoppfølgingen kan være krevende på bakgrunn av pasientenes komplekse sykdomsbilde, samtidig som sykepleierne har en koordinerende bindeleddsfunksjon som krever organisatorisk kompetanse.

Nøkkelord: Sykepleie, erfaring, ortogeriatri, tverrfaglig, hoftebrudd, postoperativ, kompetanse

ABSTRACT

Background: Around 9,000 people a year suffer from a hip fracture after a low energy fall, and older people are overrepresented. In addition to the hip fracture, many of the patients are frail, and can have complex medical issues as well. For this reason, orthogeriatric organization is a way to follow up this patient group, and nurses have a central role in the ward with continuous presence.

Purpose: The purpose of this study is to gain an increased understanding of nurses' experiences with postoperative follow-up of hip fracture patients in an orthogeriatric ward.

Methods: Qualitative method. Seven nurses with experience from the orthogeriatric ward were interviewed using individual, semi-structured interviews. Qualitative content analysis has been used, and the theoretical approach to science is hermeneutic-phenomenology.

Results: Two topics that embrace the nurses' experiences with postoperative follow-up of hip fracture patients in the orthogeriatric ward are central to this study; divided professional clinical focus requires holistic advanced nursing, and divided professional focus requires organizational competence.

Conclusion: Nurses experience being drawn between clinical and organizational competence, and the complex divided professional focus requires both medical and surgical knowledge. Patient follow-up can be demanding on the basis of the patients' complex illness, simultaneously as the nurses have a coordinating link function that requires organizational competence.

Keywords: Nurse, experience, orthogeriatrics, interdisciplinary, hip fracture, post-operative, competence

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2 <i>Hensikt og problemstilling</i>	2
2.0 Teoretisk rammeverk og aktuell forskning	3
2.1 <i>Ortogeriatri</i>	3
2.1.1 <i>Tverrfaglig kompetanse og organisering</i>	4
2.1.2 <i>Helhetlig sykepleie</i>	5
2.2 <i>Den eldre ortogeriatriske hoftebruddspasienten</i>	5
2.2.1 <i>Postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter</i>	6
2.3 <i>Kompetanse</i>	8
2.3.1 <i>Klinisk og organisatorisk kompetanse</i>	9
2.3.2 <i>Fra novise til ekspert – Patricia Benner</i>	10
2.3.3 <i>Usynlig organiseringsarbeid – Davina Allen</i>	10
3.0 Metode	13
3.1 <i>Vitenskapsfilosofisk tilnærming</i>	13
3.2 <i>Kvalitativ metode</i>	14
3.3 <i>Utvalg og rekruttering</i>	14
3.4 <i>Planlegging og gjennomføring av semistrukturert intervju</i>	15
3.5 <i>Forforståelse</i>	16
3.6 <i>Analyse</i>	16
3.6.1 <i>Gjennomføring av analyse</i>	17
3.7 <i>Etiske overveielser</i>	19
4.0 Resultater	20
4.1 <i>Todelt faglig fokus krever helhetlig avansert sykepleie</i>	20
4.1.1 <i>Sammensatt todelt faglig fokus</i>	20
4.1.2 <i>Klinisk krevende og utfordrende pasientoppfølging</i>	22
4.2 <i>Todelt faglig fokus krever organisatorisk kompetanse</i>	25
4.2.1 <i>Koordinerende bindeledd og ressurskrevende organisering</i>	25
4.2.2 <i>Tverrfaglig organisering og samarbeid til det beste for pasienten</i>	27
5.0 Diskusjon.....	30
5.1 <i>Helhetlig avansert sykepleie</i>	30
5.2 <i>Organisatorisk kompetanse</i>	35
6.0 Metodediskusjon	40
6.1 <i>Utvalg og gjennomføring</i>	41
6.2 <i>Forskerrollen</i>	42
6.3 <i>Forforståelse</i>	43
6.4 <i>Analyseprosessen</i>	43
7.0 Konklusjon.....	45
7.1 <i>Implikasjoner for praksis</i>	45

Referanseliste	46
Vedlegg 1	51
Vedlegg 2	52
Vedlegg 3	53
Vedlegg 4	56
Vedlegg 5	60

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Økt levealder i befolkningen kan føre til benskjørhet, ustøhet og risiko for fall. Rundt 50 000 mennesker i året i Norge får såkalte lavenergibrudd, altså brudd etter et minimalt traume. Hoftebrudd oppstår hos rundt 9000 av disse menneskene. Et hoftebrudd kan få store innvirkninger i livene til de eldre når det gjelder gangfunksjon og mobilitet, aktiviteter i dagliglivet og den kognitive funksjonen (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 7). I tillegg kan det føre til økt behov for fast sykehjemsplass i fremtiden, og økt risiko for død det første året dersom man sammenligner med personer i samme aldersgruppe (Wyller, 2018). Komplikasjoner postoperativt er ikke uvanlig, og tidlig mobilisering, legemiddelgjennomgang, og optimalisering av den fysiologiske tilstanden er viktig (Wyller, 2018, s. 415), samt blant annet adekvat smertelindring (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 7).

Da pasientene ofte har sammensatte problemstillinger er ortogeriatrici en relativt ny måte i Norge å organisere slike pasientgrupper på. Dette inkluderer geriatri og et tverrfaglig team samt ortopedi, slik at faggruppene ivaretar pasienten ut i fra kompetansen de innehar (Wyller, 2018, s. 38). Forskning viser blant annet at pasienter som var innlagt på en ortogeriatricisk avdeling sammenlignet med en vanlig ortopedisk avdeling anga bedre livskvalitet, at de klarte seg bedre i mobilisering, og at utføring av aktiviteter i hverdagen var enklere (Prestmo et al., 2015, s. 1630).

Sykepleiere spiller en sentral rolle i behandling og koordinering i den postoperative oppfølgingen av hoftebruddspasienter, med tilstedeværelse på avdelingen hele døgnet (Brent et al., 2018, s. 1411). Evidensbasert sykepleie til ortogeriatriciske pasienter kan blant annet bidra til redusert risiko for komplikasjoner, samt bidra til bedre rehabilitering og pasientforløp (Santy-Tomlinson et al., 2018, s. 151). Samtidig ser man at faktorer som lav bemanning og lite spesialisering innen ortogeriatrici blant sykepleiere kan påvirke oppfølgingen av hoftebruddspasienter i en negativ retning da dette kan være en pasientgruppe med høyt pleiebehov (Fitzgerald et al., 2019, s. 454). Ifølge Brent et al. (2018, s. 1409) vil det være viktig å forske på sykepleierens rolle i arbeidet med ortogeriatriciske pasienter da sykepleierne spiller en viktig rolle i rehabilitering og forebygging av mortalitet. På bakgrunn av dette

ønsker jeg å sette fokus på sykepleieres erfaringer i arbeidet med hoftebruddspasienter på ortogeriatrisk avdeling.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få økt forståelse for sykepleieres erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling. Dette vil kunne ha en nytteverdi for sykepleiere som arbeider på ortogeriatriske avdelinger, samt for oppfølgingen av eldre og ofte skrøpelige pasienter med et sammensatt sykdomsbilde. Dermed har jeg kommet frem til denne problemstillingen:

«Hvordan erfarer sykepleiere postoperativ oppfølging av eldre hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling?»

2.0 Teoretisk rammeverk og aktuell forskning

I det teoretiske rammeverket fokuseres det på sentrale deler av problemstillingen. Dette er aspekter ved ortogeriatri og ortogeriatriisk organisering, sykepleie, den ortogeriatriiske eldre hoftebruddspasienten og oppfølgingen av hoftebruddspasienter ved ortogeriatriisk avdeling. Kompetanse i et sykepleieperspektiv er også inkludert da det er en sentral del av oppgaven. På bakgrunn av dette har jeg i det teoretiske rammeverket valgt å inkludere Patricia Benner (1982) sin kompetanse- og erfaringsteori, samt Davina Allen (2019) sin teori om sykepleiernes usynlige arbeid. Aktuell forskning er også inkludert i dette kapittelet.

2.1 Ortogeriatri

Ortogeriatri et helhetlig sammensatt tilbud til blant annet hoftebruddspasienter med oppfølging av ortoped, geriater og sammensatt tverrfaglig team. Det er ofte flere sammensatte problemstillinger i tilknytning til hoftepasienter i tillegg til hoftebruddet. Pasientene har ofte en grad av skrøpelighet, flere sykdommer (komorbiditet), nedsatt kognitiv funksjon og funksjonssvikt (Mellingsæter et al., 2020). På bakgrunn av dette er egne ortogeriatriiske avdelinger en ny måte å organisere oppfølging av ortogeriatriiske pasienter på (Wyller, 2018, s. 38). Ortogeriatri består av ortopedi som er en kirurgisk gren som tar for seg skader og sykdommer som kan oppstå i bevegelsesapparatet (Randsborg, u.å.), slik som hoftebrudd. Geriatri er en medisinsk gren som tar for seg alle aspekter ved sykdommer og lidelser som er vanlige hos den eldre befolkningen. Dette gjelder både akutt og kronisk sykdom, samt forebygging av sykdommer, rehabilitering og omsorg i en terminal fase (Wyller, 2018, s. 20).

Ortogeriatri kan driftes på ulike måter. For eksempel kan både ortopedi og geriatri kan være integrert på samme avdeling, pasienter kan være innlagt på geriatriisk avdeling og få tilsyn av ortoped, eller innlagt på ortopedisk avdeling og få tilsyn av geriater ved behov (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 9-10). Flere sykehus i Norge har en form for ortogeriatriisk organisering, og er en del av spesialisthelsetjenesten (Mellingsæter et al., 2020). For å kunne implementere og opprettholde ortogeriatriiske avdelinger er det vedtatt i Norge at det skal utgis midler for å sikre spesialisering innen geriatri for både leger og sykepleiere (Pettersen et al., 2018).

Forskning på ortogeriatrisk oppfølging har vist bedring i livskvalitet, og i pasientenes funksjoner i «aktiviteter i dagliglivet» (ADL) (Prestmo et al., 2015, s. 1630). ADL omfatter ulike aktiviteter i dagliglivet som oppfattes meningsfulle og målrettede for den enkelte (Aldring og helse, u.å.). Forskning har også vist at pasientene hadde færre døgn på sykehus det første året etter innleggelsen, og at det i det lange løp førte til mindre bruk av kommunale tjenester sammenlignet med pasientgruppen som ikke var innlagt i ortogeriatrisk regi (Prestmo et al., 2015, s. 1630). Forskning på geriatrisk tverrfaglig vurdering har vist positiv påvirkning på mortaliteten på pasienter, samt at flere pasienter raskere kan bo hjemme igjen etter innleggelsen (Næss & Helbostad, 2012, s. 68).

2.1.1 Tverrfaglig kompetanse og organisering

Ortogeriatri har et tverrfaglig fokus for oppfølging av pasienter med lavenergibrudd da de ofte både har ortopediske og geriatriske problemstillinger (Mellingsæter et al., 2020).

Lavenergibrudd vil si brudd etter et minimalt traume, for eksempel fall fra egen høyde (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 7). Den tverrfaglige kompetansen er helt nødvendig i en ortogeriatrisk modell, og samarbeidet på tvers av de ulike yrkesgruppene er nødvendig for å optimalisere adekvate tiltak i behandlingen. Ulike sentrale yrkesgrupper på ortogeriatrisk avdeling er blant annet geriater, ortoped, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. De forskjellige yrkesgruppene har hver sine oppgaver, og kartleggingen bør innebære vurdering av kognitiv funksjon, smerter, ADL, funksjonsstatus og den medisinske tilstanden pasienten er i. De ulike faggruppene bør ha kompetanse som spesielt retter seg mot ortopedi og/eller geriatri (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 10-11).

Et tverrfaglig møte skal ha en struktur hvor alle yrkesgruppene legger frem sine vurderinger og observasjoner. Legenes oppgaver vil være å informere om akuttbehandlingen, kroniske sykdommer, og årsaker til innleggelsen. Fysioterapeut bidrar blant annet med sin vurdering av gangfunksjon, mobilitet og balanse, og ergoterapeuten legger frem eventuelle resultater av kognitive tester, ADL-vurdering, kartlegging av hjemmesituasjonen, og eventuelt behov for bestilling av hjelpemidler til hjemmet. Sykepleier skal ha oversikt over ADL, ernæring, eventuelle ubehag og plager pasienten uttrykker på sengeposten, og funksjonsnivået til pasienten før innleggelsen (Wyller, 2018, s. 197).

2.1.2 Helhetlig sykepleie

Det finnes mange definisjoner av hva sykepleie er, og de fleste er forankret i et omsorgsperspektiv (Allen, 2019, s. 27). Sykepleiere er en viktig del av pasientoppfølging på fire hovedområder; helsefremming, forebygge sykdom, bidra til gjenopprettelse av helse, og lindre lidelse. Sykepleiere skal bidra til ivaretagelse av pasientens integritet, behov for helhetlig omsorg og selvbestemmelsesrett, og gi riktig og tilpasset informasjon til pasienter (Bondevik, 2012, s. 143). I oppfølgingen av hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling er sykepleiere sentrale. Pleie, observasjoner og kartlegginger er daglige oppgaver for sykepleiere, samt å kommunisere med pårørende, og kommunen for planlegging av utskrivelse (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 10). For å oppnå god kommunikasjon med pasientene krever det at sykepleiere forsøker å sette seg inn i den eldre pasientens perspektiv (Santy-Tomlinson et al., 2018, s. 150), gjennom observasjoner, samtaler og samarbeid med pårørende (Bondevik, 2012, s. 144). Forskning viser at sykepleiere selv oppfatter at de har en helhetlig pasienttilnærming i ortogeriatrisk oppfølging (Abrahamsen et al., 2017, s. 4).

Å arbeide helhetlig krever at sykepleiere har erfaring og kontinuitet i arbeidet (Benner, 1995, s. 158), og innen helhetlig sykepleie vil det være nødvendig å samarbeide med andre yrkesgrupper for å oppnå det beste pasientforløpet (Brent et al., 2018). Sykepleiere skal i tillegg til den kliniske kompetansen også inneha organisatorisk kompetanse, og dette har preget sykepleiefaget i lang tid (Allen, 2019, s. 189). Sykepleiere har en undervisende og veiledende funksjon, så vel som diagnostisk og overvåkende funksjon (Benner, 1995, s. 6-7). Arbeid med eldre pasienter krever sykepleie på et høyt faglig og menneskelig nivå på grunn av pasientenes kompleksitet, og omfattende kunnskap om eldre er nødvendig for å sikre god sykepleie (Bondevik, 2012, s. 143).

2.2 Den eldre ortogeriatriske hoftebruddspasienten

En ortogeriatrisk pasient kjennetegnes både med ortopediske og geriatriske problemstillinger, og de aller fleste hoftebruddspasientene inngår i denne kategorien. «Frailty», også kalt skrøpelig eller sårbar på norsk, er ikke ensbetydende med å være syk, men heller at eldre ofte ikke like bra klarer å opprettholde fysiologisk likevektsbalanse når de utsettes for belastning, og at de har en redusert reservekapasitet. Hos eldre er det ofte komplekse interaksjoner med tanke på sykdommer, legemidler, og lignende, og sykdommer opptrer ofte på en annerledes

måte enn hos yngre. Det er ikke nødvendigvis alderen som bestemmer hvem som er en geriatrisk pasient, men de fleste er over 65 år (Wyller, 2018, s. 20-38).

Årsaken til hoftebrudd blant eldre er som regel fall fra egen høyde (Santy-Tomlinson et al., 2018, s. 27). Å kartlegge hvorfor pasienten faller er en del av det tverrfaglige aspektet. Kronisk falltendens kan blant annet skyldes legemidler, ernæring, hjertesykdommer, synkope, demens og redusert muskelkraft og balanse. Akutt falltendens skyldes ofte akutt sykdom (Wyller, 2020). Mange hoftebruddspasienter har redusert kognitiv og fysisk funksjon før hoftebruddet oppstår (Bentzen & Domaas, 2015), og noe som ofte kjennetegner denne pasientgruppen er at de er skrøpelige (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 7).

2.2.1 Postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter

Ved et hoftebrudd er kirurgi den viktigste behandlingen for å unngå komplikasjoner (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 7, 20-21). Operativ behandling innen 24-48 timer er det som bør tilstrebes da dette kan bidra til å unngå komplikasjoner slik som ubehag og smerter. I Norge i 2021 ble 92,6% av hoftebruddspasientene operert innen 48 timer (Helsedirektoratet, 2021). Kort ventetid før operasjon kan også føre til redusert risiko for delir og urinveisinfeksjoner, samt at mobilisering postoperativt kan bli enklere (Borges et al., 2020, s. 704). Å planlegge operasjonen godt med vurdering av medikamenter og ernæringsstatus har vist seg å være viktig for optimalisering av pasientene (Helsedirektoratet, 2021). Forskning har vist at pasienter kan oppleve ventetiden på operasjon som svært stressende, og at opplevelsen av sult, tørste og munntørrehet var ubehagelig (Hommel et al., 2012). Å bli innlagt på sykehuset med et hoftebrudd er en stor omstilling og påkjenning i livet, og disse pasientene kan oppleve tap av autonomi, tap av selvbestemmelse, og å ikke få nok informasjon, eller huske informasjon de har fått (Jensen et al., 2017, s. 4-6).

Sykepleiere har en helt sentral rolle når det kommer til den postoperative oppfølgingen av hoftebruddspasienter på sengepost. Sykepleierne er til stede på avdelingen hele døgnet, og er den største yrkesgruppen på en ortogeriatrisk avdeling. De fungerer som en bro mellom for eksempel andre helseinstitusjoner og hjemmesykepleie ved utreise (Santy-Tomlinson et al., 2018). Eksempler på sykepleie til hoftebruddspasienter postoperativt er informasjon til pasientene, smertelindring, kartlegge og håndtere delirium, forebygge trykksår, mobilisering, observere og eventuelt utføre tiltak ved redusert ernæring, utføre tiltak mot obstipasjon, og være koordinator ved utreise fra sykehuset (Santy-Tomlinson et al., 2021, s. 297-305). For å

oppnå god kommunikasjon med pasientene bør det legges til rette for kommunikasjons hjelpemidler ved behov, som briller og høreapparat (Santy-Tomlinson et al., 2018, s. 150).

Det er viktig at sykepleier i oppfølging av hoftebruddspasienter har fokus på å unngå ulike komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med kirurgisk behandling. Vanlige komplikasjoner som kan oppstå hos ortogeriatriske pasienter er blant annet ulike infeksjoner, delir, obstipasjon, tarmslyng, trykksår, hjertekomplikasjoner og slag (Wyller, 2018, s. 253). For nyopererte hoftebruddspasienter er mobilisering ansett som et av de viktigste tiltakene for at pasientene skal komme seg etter operasjonen, og unngå komplikasjoner (Wyller, 2018, s. 256, 415).

Sykdommer og traumer, og blant annet et større kirurgisk inngrep, øker risikoen for delir. Delir er en akutt forvirringstilstand, og diagnostiseres klinisk med blant annet redusert oppmerksomhet og bevissthet, redusert kognitiv funksjon, og at ikke nevrologi kan forklare deliret, men at sykehistorien, blodprøver og klinikken kan forklare tilstanden. Nær 50% av hoftebruddspasienter anslås å få delirium, og tilstanden kan gå over raskt, eller det kan vare over lengre tid. Delir kan arte seg som hyperaktivt, hvor pasientene kan utagere, eller hypoaktivt, hvor pasientene reagerer sløvt eller sover mye. Tilstanden kan også fluktuere (Wyller, 2018, s. 308-312). Forskning har vist at sykepleiere på sengepost på sykehus kan oppfatte arbeidet med pasienter i delir som tidskrevende og kompetansekrevende med et tydelig behov for kompetanseheving (Thomas et al., 2021, s. 173).

Smertelindring i god tid før mobilisering er også viktig for sykepleiere å følge opp for å unngå sterke smerter i trenings situasjoner. Det er viktig å spørre pasienten direkte om de har behov for smertestillende da ikke alle nødvendigvis uttrykker behovet selv (Hommel et al., 2012, s. 5). Personer med kognitiv svikt kan ha redusert evne til kommunikasjon, og fører til et behov for sykepleiere å klare å håndtere denne problemstillingen (Krupic et al., 2018, s. 79). Smerter blir ofte undervurdert ved behandling av personer med demens, og å tolke pasientenes nonverbale kommunikasjon krever gjerne et kjennskap til pasienten, samt bruke erfaringsbasert intuisjon (Nygaard, 2012, s. 270).

I sykehusforløpet vil det være behov for systematiserte kartleggingsverktøy. Ved kartlegging av smerter er smerteskala mest brukt. Pasienten angir da en score fra 0 til 10 hvor 0 er ingen

smerter og 10 de verst tenkelige smertene. Det er flere tilfeller blant eldre hvor akutte smerter har oppstått ved et brudd, som igjen har ført til kroniske smerter. Det er derfor også viktig med god smertelindring til hoftebruddspasienter (Wyller, 2018, s. 89-91).

Kartleggingsverktøy for kartlegging av kognitiv funksjon, delir og ADL kan også være relevant (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 39), samt fysisk funksjon og ernæring (Næss & Helbostad, 2012, s. 75). Kartlegging av risiko for delir skal ifølge Norsk Ortopedisk Forening (2018, s. 21) benyttes pre- og postoperativt rutinemessig. Kartleggingsverktøy kan bidra til struktur i undersøkelser, det kan benyttes i tverrfaglig samarbeid for en felles forståelse av resultatene og det kan på senere tidspunkt brukes som sammenligningsgrunnlag for nye kartlegginger. Det kan også bidra til bedre kommunikasjon mellom forvaltningsnivåer, for eksempel mellom sykehus og hjemmesykepleie (Næss & Helbostad, 2012, s. 75). Forskning har også vist at sykepleiere kan oppleve ulike kartleggingsverktøy som tids- og kompetansekrevende, og noe som kan bli nedprioritert ved tidsmangel på en sykehusavdeling (Porter et al., 2009, s. 205-206).

På bakgrunn av pasientenes kompleksitet og sykepleiernes rolle i oppfølgingen bør det ifølge Norsk Ortopedisk Forening (2018, s. 11) tilstrebes 1,5-2 sykepleierårsverk per seng med hoftebruddspasienter være nødvendig da det kan være tung pleietyngde, og Ahus er blant sykehusene som har gjort omdisponeringer med tanke på sykepleierressurser (Mellingsæter et al., 2020). Ifølge Aiken et al. (2014, s. 1827) kan reduksjon i sykepleierbemanningen samt sykepleiernes utdanningsnivå påvirke mortaliteten blant sykehuspasienter. De fleste hoftebruddspasienter bør etter endt sykehusopphold tilbys opptrening på en kommunal institusjon, eller tilrettelegging for det i hjemmet hvis mulig. Planleggingen av utreise skal starte innen de første 24 timene etter innleggelsen (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 29).

2.3 Kompetanse

Kompetanse er kunnskap og evner man har i for eksempel et yrke, eller når beslutninger må tas (Store Norske Leksikon, 2018). I et sykepleieperspektiv er kompetanse ifølge Benner (1995, s. 197) definert gjennom kyndig praksis, samt overveielse av formål, funksjon og forestillinger. Kompetanse kan for sykepleiere være individuelt, men er overordnet et relasjonelt samarbeid mellom fagpersoner, miljøer og organisasjoner (Orvik, 2004, s. 31). Sykepleie har beveget seg i en retning hvor tiden med direkte pasientkontakt blir redusert som et uttrykk for kostnadseffektivisering i helseorganiseringen (Allen, 2019, s. 28).

2.3.1 Klinisk og organisatorisk kompetanse

Sykepleierkompetansen stiller krav til både klinisk og organisatorisk kompetanse. Den kliniske og organisatoriske kompetansen utfyller hverandre, og er nødvendig for å sikre god sykepleie (Orvik, 2009). Den kliniske kompetansen går på den direkte pasientomsorgen sykepleierne utøver, og legger grunnlaget for sykepleiefaget (Orvik, 2004, s. 17). Denne kompetansen omfavner både kunnskaper, ferdigheter, og sykepleiernes holdninger i sitt arbeid (Cowan et al., 2005). Ifølge Benner (1995, s. 47) er den kliniske praksisen alltid mer kompleks enn den kunnskapen som erverves i teorien. Gjennom erfaring i tillegg til teoretisk kunnskap kan sykepleieren utvikle sin praktiske kompetanse (Benner, 1995, s. 48). Klinisk spesialisering og erfaring på en pasientgruppe gjennom gjentatte pasientmøter er også viktig for sykepleiere og deres kompetanseheving (Benner, 1995, s. 162).

Organisatorisk kompetanse kan deles inn i to områder; organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse. Organisasjonskompetanse innebærer en forståelse av organisasjonen, rollekonflikter og kravet om arbeidseffektivitet. Å inneha organiseringskompetanse vil si å kunne være en leder og omstille seg der det er nødvendig (Orvik, 2009). Sykepleie og organisering av pasientarbeid er tett knyttet opp mot hverandre (Orvik, 2015, s. 21). Organisatorisk kompetanse er noe som er forventet at sykepleiere innehar, og sykepleiere skal dermed inneha en dobbel sykepleierkompetanse (Orvik, 2009). Forskning har vist at en relativt liten del av sykepleiernes hverdag går med til pasientnært arbeid (Furåker, 2009, s. 276).

Ulike dimensjoner ved organisatorisk kompetanse er å identifisere og takle verdispørsmål, se sammenhenger i helseorganiseringen, og strukturere pasientoppfølgingen (Orvik, 2015, s. 22). Patricia Benner legger vekt på hvor lite søkelys det har blitt satt på sykepleiernes organisatoriske kompetanse, og at den har blitt tatt for gitt. Hun understreker hvor viktig det er for sykepleiere å inneha denne evnen i pasientoppfølging (Benner, 1984 sitert i Orvik, 2015, s. 20). Samtidig er sykepleiernes evne til planlegging og organisering av arbeidet ifølge Benner (1995, s. 135) i stor grad avhengig av erfaring på arbeidsplassen da denne form for arbeid er kompleks. Prioritering av arbeidsoppgaver, arbeid i tverrfaglig team og å takle underbemanning av sykepleiere er oppgaver Benner (1995) i denne sammenheng fremhever.

2.3.2 Fra novise til ekspert – Patricia Benner

Patricia Benner er en sykepleieteoretiker som er kjent for sin «Fra Novise til Ekspert»-modell, inspirert av Dreyfusmodellen (Benner, 1982, s. 402). Dreyfusmodellen baserer seg på situasjonsorientert tilegnelse av ferdigheter (Benner, 1995, s. 195). Benner sin modell omhandler fem punkter for hvordan sykepleiere tilegner seg erfaringsbasert kunnskap og ferdigheter på ulike stadier (Benner, 1982, s. 402).

Det første stadiet i modellen er «novise». Sykepleieren har i dette stadiet ingen erfaring i arbeidet, men tilegner seg kunnskap gjennom undervisning og utførelse av oppgaver. Et eksempel på forventede oppgaver er å registrere målbare parametere som diuresemengde, blodtrykk og puls. Neste stadium er «avansert nybegynner». Her begynner sykepleieren å utvise akseptabel utøvelse av oppgaver. Erfaringer fra forrige stadium gjenkjennes og sykepleieren kan benytte dette i pasientsituasjoner. Fortsatt har ikke sykepleieren nok erfaring til å se hele situasjonen da mye fortsatt er nytt (Benner, 1982, s. 402-403).

Tredje stadium er «kompetent». Sykepleieren har nå hatt jobb på samme sted i to-tre år, og begynner å se sammenhenger og legge langsiktige planer i arbeidet. Dette er basert på abstrahering og analytisk tankegang av problemer og situasjoner. Evnen til å organisere dagen øker. Det fjerde stadiet er «kyndig». Den kyndige sykepleier ser helhetlig på situasjonen, og kan identifisere en situasjon som unormal ved fravær av det normale. Den lagte planen kan da endres i respons til dette. Det siste stadiet er «ekspert». Eksperten trenger ikke alltid å benytte seg av analytiske prinsipper lenger for å oppnå en forståelse i en situasjon, men kan med sin lange erfaring bruke sin intuisjon i pasientarbeidet. Sykepleieren arbeider med en dyp helhetlig forståelse av situasjonen (Benner, 1982, s. 404-406).

2.3.3 Usynlig organiseringsarbeid – Davina Allen

Sykepleieforsker og medisinsk sosiolog Davina Allen (2019) setter fokus på sykepleieres usynlige arbeid i form av organiseringsarbeid, og skriver at dette arbeidet har blitt omtalt som limet i helseorganiseringen. Sykepleiere spiller en betydelig rolle i organiseringsarbeidet på sykehuset, og er et bindeledd mellom mange aktører slik at pasientforløpet skal foregå på best mulig måte (Allen, 2019, s. 178). I tillegg til den kliniske kompetansen har sykepleiere arbeidsoppgaver som koordinering av pasientinnleggelser og -utreise, oversikt over pasientsenger, koordinering av aktiviteter, og samhandling og kommunikasjon med andre yrkesgrupper og instanser for best mulig flyt (Allen, 2019, s. 29). Det usynlige arbeidet

henspiller på nettopp slike oppgaver, som det i lang tid ikke ble satt søkelys på (Allen, 2019, s. 23). Allen (2019, s. 196) fremhever videre at organiseringsarbeidet til sykepleierne fører til bedring i kvalitet, effektivisering og bedre sikkerhet i helsetjenestene.

En helhetlig pasienttilnærming er, ifølge Allen (2019, s. 77), noe omtrent kun sykepleiere har på et sykehus, men dette omhandler ikke bare omsorg og relasjonsbygging. Hun mener derimot at det helhetlige for sykepleierne i pasientforløpet omhandler å inneha en oversikt over hele forløpet av helsetjenester, og beskriver sykepleiere som et «obligatorisk passeringpunkt» for pasientene på sykehuset da det er yrkesgruppen pasientene ikke kommer utenom. Sykepleierne blir videre beskrevet som de viktigste bidragsyterne i relasjonsbygging til andre aktører (Allen, 2019, s. 181). utfordringer kan blant annet oppstå når sykepleierne til stadighet ble avbrutt fra sitt arbeid på grunn av et travelt arbeidsmiljø, og i etterkant må bruke tid på å innhente informasjon om noe som har blitt bestemt og ført til endringer i helsetjenesteforløpet (Allen, 2019, s. 78).

At sykepleiere blir et bindeledd i sitt arbeid blir av Allen (2019, s. 90) betegnet som artikulasjonsarbeid, og ofte er ikke dette synlig for andre. Eksempler på artikulasjonsarbeidet i hennes forskning var sykepleiernes koordinerende funksjon ved pasientinnleggelse, utvikling av helsetjenesteforløpet, å identifisere, prioritere og fordele oppgaver til andre yrkesgrupper, innhenting av nødvendig materiell, og bidrag til helhetlig pasientbeslutninger på legevisitt. Flere av disse oppgavene sykepleierne har er tidkrevende i deres arbeidshverdag (Allen, 2019). I den tverrfaglige rollen i Allen (2019, s. 106) bidro sykepleier med å sette i gang de tverrfaglige møtene, var en pådriver for at pasientmål ble satt, og forsikret seg om at oppgavefordelingen ble avklart.

Sykepleiere spiller en viktig rolle også i utskrivelsesprosessen til pasienter, og eventuelt overflytningsprosessen dersom de skal til en annen helseinstans. Pasientene har ulike behov ved utreise eller overflytning, og det stiller krav både til den kliniske og organisatoriske kompetansen til sykepleiere (Allen, 2019, s. 154). Sykepleierne måtte i Allen (2019, s. 163) sin forskning ha en forståelse for hvilken informasjon den nye helseinstansen hadde behov for, samt pasientens behov i en ny setting. Videreformidlingen av informasjon om pasienten var sykepleiernes ansvar. Dette ble basert på dokumenter fra sykepleiere, samt andre sentrale yrkesgrupper, og sykepleierne kunne oppleve dette som frustrerende. Dette fordi det var

tidkrevende å samle den nødvendige informasjonen, men også fordi pasientsikkerheten kunne trues ved manglende informasjon i overflyttingen (Allen, 2019, s. 170)

3.0 Metode

Hensikten med prosjektet er å få en økt forståelse for sykepleieres erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling. Kjentegn på kvalitativ metode er forskning på fenomener gjennom narrativ datainnsamling. Datainnsamlingen foregår gjerne i dybden, og er helhetlig (Polit & Beck, 2021, s. 396). Derfor er kvalitativ metode benyttet i denne studien.

3.1 Vitenskapsfilosofisk tilnærming

Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk vitenskapsfilosofisk tilnærming. Valget er tatt på bakgrunn av studiens problemstilling og hensikt. Innen helseforskning er en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming vanlig (Wifstad, 2019). En hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming vil si at forskeren jobber med deler og helheten i teksten på en sirkulær, åpen og undersøkende måte. Målet er å skape forståelse for deltakerne, personen som utfører studien, og til slutt fenomenet som forskes på (Siddick et al., 2020, s. 12).

Fenomenologi er en metode innen kvalitativ forskning som fokuserer på menneskers erfaringer fra eget liv (Polit & Beck, 2021, s. 393), og deres opplevelser av fenomener (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 33). Grunnleggeren av fenomenologi var Edmund Husserl. Han mente at vitenskapen hadde utviklet seg i en retning som ikke lenger verdsatte menneskers livserfaringer, og bidro med gjeninnføring av dette i vitenskapen. Ulike retninger innen fenomenologien har siden blitt utviklet (Siddick et al., 2020, s. 1-2), men ifølge Polit og Beck (2021, s. 165) kan fenomenologi deles inn i to hovedretninger. Disse er deskriptiv fenomenologi, utviklet av Husserl, og fortolkende fenomenologi (hermeneutikk), utviklet av Martin Heidegger.

Heidegger mente at menneskelige erfaringer ikke bare burde beskrives, men også tolkes og forstås (Polit & Beck, 2021, s. 166). Hermeneutikk var opprinnelig fortolkning av tekster innenfor religion, litteratur og det juridiske. I senere tid har det også blitt åpnet for å omhandle diskurs og handling. Noe av ideen er at tekster får ulike meninger ut i fra ulike kontekster (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73-74). Den hermeneutiske sirkel er et sentralt begrep innen hermeneutikken. Dette beskriver en sirkulær prosess hvor forskeren hele tiden beveger seg frem og tilbake mellom deler og helhet. Slik dannes det ny relasjon mellom de ulike delene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237).

Datainnsamlingsmetoden som oftest benyttes i begge retningene er dybdeintervjuer (Polit & Beck, 2021, s. 165-166).

3.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning er en sirkulær metode (Polit & Beck, 2021, s. 36). Generelle fellesnevnerer for kvalitativt forskningsdesign er at det er fleksibelt, involverer gjerne triangulering, ofte holistisk tilnærming, og forskeren må være dypt involvert i studien og vise refleksivitet (Polit & Beck, 2021, s. 194). Innen kvalitativ forskning er selvrapporing, for eksempel intervju og observasjon ofte brukte datainnsamlingsmetoder (Polit & Beck, 2021, s. 146-147).

Datainnsamlingsmetoden jeg har valgt å benytte meg av er semistrukturerte individuelle intervjuer for å fange sykepleiernes erfaringer. Studien har en induktiv tilnærming. Induksjon vil si at man finner sammenhenger som kan generaliseres ut i fra enkelte observasjoner (Tjora, 2018, s. 14).

3.3 Utvalg og rekruttering

Deltakerne ble rekruttert ved at spesialrådgiver på sykehuset, som hadde ansvar for godkjenning av datainnsamlinger, sendte informasjon om studien til avdelingen med ortogeriatrisk organisering. Fagsykepleieren på avdelingen bidro med formidling av prosjektet til sykepleiere som jobbet med og hadde erfaring med ortogeriatrisk, og delte ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til aktuelle deltakere. Etter at deltakerne takket ja til å delta, kontaktet jeg dem for å avtale tidspunkt og møtested. Jeg ønsket å være fleksibel i når og hvor intervjuene skulle ta sted. Jeg foreslo ulike datoer til deltakerne, men hvis ikke det passet for dem møtte jeg dem på tidspunktet de foreslo.

Utvalget i studien bestod av syv sykepleiere som jobbet på en sykehusavdeling med en ortogeriatrisk pasientgruppe. Arbeidserfaringen varierte fra åtte måneder til elleve år, og alderen på deltakerne var mellom 23 og 55 år. Alle var kvinner. Ønsket mitt var å inkludere ti-tolv informanter. Et vanlig antall intervjuobjekter er 15 personer, og eventuelt legge til eller trekke fra inntil ti personer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). På grunn av rekrutteringsutfordringer var det ikke mulig å rekruttere det ønskede antallet deltakere. Det ble forsøkt å rekruttere deltakere på ortogeriatriske avdelingen ved andre sykehus, men uten respons.

3.4 Planlegging og gjennomføring av semistrukturert intervju

Datainnsamlingsmetoden i studien er individuelle semistrukturerte intervjuer. Et semistrukturert livsverdenintervju er et intervju som setter søkelys på informantens beskrivelse av sin livsverden, og deretter fortolkning av fenomener gjennom en planlagt og fleksibel samtale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 357). Datainnsamlingen fant sted på et regionalt sykehus i Helse Sør-Øst vinteren 2021/2022. Til intervjuet hadde jeg laget en intervjuguide (vedlegg 3).

Intervjueren benytter seg av en guide i intervjuet som dekker ulike emner eller vide spørsmål som han/hun tar for seg i intervjuet, i stedet for å stille lukkede spørsmål i en bestemt rekkefølge (Polit & Beck, 2021, s. 400). Fem av intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass i deres arbeidstid. To av intervjuene ble gjennomført over telefon etter deltakernes ønske. I oppstarten av intervjuet presenterte jeg meg selv og prosjektet. Jeg spurte om deltakerne hadde spørsmål før jeg startet intervjuet og slo på taleopptakeren.

Spørsmålene som først ble stilt var demografiske; navn, kjønn, alder, bosted/boforhold, yrke/utdanning, arbeidserfaring som sykepleier og arbeidserfaring på avdelingen. Dette for å kunne skille de ulike deltakerne i analysen. Intervjuguiden favnet fire hovedområder; erfaring med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter og tverrfaglig samarbeid, organisering av avdelingen, kompetanse og pasienter med sammensatt sykdomsbilde. Spørsmålene innebar en åpen spørsmålsformulering, slik som; «Hvordan erfarer du å jobbe tverrfaglig med ulike yrkesgrupper?» og «Hvordan opplever du det todelte fokuset på avdelingen?».

Underveis i intervjuene stilte jeg oppfølgingsspørsmål der jeg opplevde det som naturlig. Å stille gode oppfølgingsspørsmål krever ferdighet i aktiv lytting. Intervjueren stiller spørsmål til det svaret han/hun ønsker fordypning i, og inviterer deltakeren til å utdype. På denne måten kan intervjuet bli fruktbart, uten å kun fokusere på intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 166,170). Intervjuet ble avsluttet med spørsmålene «Hva tenker du om det vi har snakket om i dag?» og «Har du noen spørsmål?». Prosessen videre i studien ble deretter forklart til deltakerne.

Transkribering av intervjuene var neste gjøremål, og det var en tidkrevende prosess. Å transkribere vil si å gjøre muntlig tale om til skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s.

210). Jeg lagret alle intervjuene på OneDrive UiA, og transkriberte intervjuene på et Word-dokument som resulterte i 64 sider med tekst.

3.5 Forforståelse

Forforståelse ligger til grunn for hvordan mennesker forstår verden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 268). Forforståelsen og kunnskapen vi har bruker vi for å tolke ulike situasjoner, noe som kan påvirke forskning, og bør derfor synliggjøres i studier. Forforståelsen har betydning for troverdigheten, og at man unngår å «gå i ring» i forskningen (Nilsson, 2007). Min egen forforståelse er stor i denne studien da jeg arbeider med hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling. Dette er noe jeg har tatt med meg gjennom hele forskningsprosessen. Jeg opplever selv at ortogeriatri er noe som burde fokuseres mer på da jeg ser hvor annerledes, i positiv forstand, pasientene blir tatt vare på med ortogeriatrisk fokus enn uten. Jeg hadde altså min oppfatning av svaret på problemstillingen, men ønsket å tilsidesette forforståelsen min så det ikke påvirket resultatene. Fokuset har vært å ha et åpent sinn, og omfavne alle aspekter ved dette fenomenet, både positivt og negativt. Spesielt bevisst var jeg på intervjuguiden min, unngå å stille ledende spørsmål under intervjuet, og unngå at forforståelsen min påvirker analyseprosessen i for stor grad. Jeg har reflektert over at stor forforståelse både kan ha påvirket denne studien i positiv og negativ retning. Min forforståelse kan ha farget utførelsen av intervjuene, samt tolkningen av data og deretter påvirket resultater og konklusjon. Samtidig tenker jeg at kunnskapen og erfaringen jeg har kan ha bidratt til en dypere tolkning og forståelse enn dersom noen uten kjennskap til temaet hadde forsket på temaet.

3.6 Analyse

Intervjuene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). Kvalitativ innholdsanalyse er en systematisk metode for å analysere kvalitativ data. Dataene analyseres inn i temaer og mønstre som går igjen. Teksten brytes ned meningsenheter, kondenserte meningsenheter, koder, kategorier/sub-kategorier og temaer. Både det beskrivende manifeste innholdet, og det latente fortolkende innholdet er en del av kvalitativ innholdsanalyse. Det manifeste deles ofte inn i kategorier, og det latente inn i temaer (Graneheim & Lundman, 2004).

Kvalitativ innholdsanalyse benyttes som regel når teorier og litteratur er begrenset på et fenomen som forskes på. Funnene i forskningen tar utgangspunkt i informasjon direkte fra deltakerne i forskningen. En utfordring derimot kan være å få full forståelse for konteksten. Dette kan påvirke kategoriseringsprosessen, og å identifisere de riktige funnene slik at de er representative (Hsieh & Shannon, 2005, s. 1279-1280). Det er alltid en viss grad av ulik tolkning av en tekst, og tolkningen påvirkes av forskerens forforståelse (Graneheim & Lundman, 2004, s. 111).

3.6.1 Gjennomføring av analyse

Etter kvalitativ innholdsanalyse av Graneheim og Lundman (2004) fulgte analysen disse punktene; identifisere analyseenheten, meningsenheter, kondensere meningsenheter, koder, sub-kategorier, kategorier og temaer.

Analyseenheten i denne sammenhengen var intervjueteksten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Jeg leste teksten nøye for å bli kjent med innholdet. De transkriberte intervjuene delte jeg opp i meningsenheter. Meningsenheter i denne sammenhengen var setninger med relatert innhold (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). I denne prosessen jobbet jeg tekstnært. Samtidig startet allerede fortolkningen her da jeg som forsker delte inn meningsenhetene (Lindgren et al., 2020, s. 3). Deretter kondenserte jeg meningsenhetene, som vil si at teksten ble forkortet, men kjerneinnholdet ble bevart (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Kondenseringen ble utført i analyseprogrammet NVivo 12 som er et analyseprogram for kvalitativ data (QRS International, u.å.). Jeg opplevde dette programmet som nyttig for systematisering av teksten.

I NVivo 12 fortsatte jeg med å dele de kondenserte meningsenhetene inn i koder som er en merkelapp på meningsenhetene (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). Her jobbet jeg fortsatt tekstnært og beskrivende for å ikke miste viktig innhold i teksten. I denne prosessen kan det være vanskelig å unngå abstrahering til et nytt nivå (Lindgren et al., 2020, s. 4). Jeg opplevde derfor dette som en krevende del av analysen. Totalt endte jeg opp med 16 koder som beskrev innholdet i de kondenserte meningsenhetene (se figur 1 for eksempler på koder). Kodene sorterte jeg deretter til å danne sub-kategorier, og kategorier. Kategoriene er en oversikt over det manifeste innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107), og er et kjernemoment i analyseprosessen. Kodene ble sortert ut i fra hvilke som passet sammen (Lindgren et al., 2020, s. 4).

Videre benyttet jeg meg av abstrahering og fortolkning for å danne temaene, som vil si det latente innholdet i teksten. Temaene omfavnet flere av de ulike meningsenhetene, kodene og kategoriene (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). Jeg endte opp med to temaer; todelt faglig fokus krever organisatorisk kompetanse, og todelt faglig fokus krever helhetlig avansert sykepleie. Se figur 1 for eksempel på analyse fra kode til tema, og vedlegg 5 for eksempel på analyse fra meningsenheter til tema.

Tema	Todelt fokus krever organisatorisk kompetanse			
Kategori	Koordinerende bindeledd og ressurskrevende organisering		Tverrfaglig samarbeid og organisering til det beste for pasienten	
Sub-kategori	Ortoped mangler tid og kunnskap om ortogeriatri og avdelingens rutiner	Sykepleier samlende part	Helhetlig tverrfaglig tenkning	Måltrettet pasientforløp
Kode	Sykepleier assisterende leger Kompetanse	Kommunalt samarbeid Utskrivelse	Tverrfaglig samarbeid Ortopedisk og geriatrisk legevissitt Organisering	Opptrening og rehabilitering Samarbeid med pasient

Figur 1: Eksempel på analyse

3.7 Etiske overveielser

Helseforskningsloven ble vedtatt i 2008, og trekker fram viktigheten av fokus på etikk og forsvarlighet i medisinsk forskning. Forskningsetiske komiteer bedømmer hvorvidt forskningen man ønsker å utføre er nyttig, samt grad av kvalitet og behovet for forskningen, forsvarligheten, og vurdere forsøkspersonene og samtykkekompetansen (Ruyter et al., 2014). Før datainnsamlingen startet fikk jeg godkjent søknad fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (vedlegg 1) (referansenummer 834966), Fakultetets Etiske Komité (FEK) (vedlegg 2), samt fra arbeidsstedet til sykepleierne jeg skulle intervjuer, som hadde samme konklusjon som NSD. Vedlegg i søknadene var intervjuguide (vedlegg 3), informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 4), og prosjektskisse.

Etiske spørsmål er viktig i intervjusituasjonen da samspillet mellom intervjueren og deltaker påvirker begge parter. Forskeren bør derfor reflektere over etiske problemstillinger gjennom alle forskningsstadiene. Samfunnsforskning bør ha som formål å bidra med kunnskap til vitenskapen, og samtidig tjene menneskelig interesse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95-97).

Deltakerne i studien fikk tilsendt prosjektskisse, informasjonsskriv og samtykkeerklæring fra fagsykepleier på den ortogeriatriske avdelingen. Deltakerne ble informert om formålet med studien, og at de kunne trekke seg når som helst fra prosjektet uten konsekvenser. Deltakerne hadde i forkant av intervjuet signert samtykkeskjemaet. Skjemaene ble oppbevart i et låsbart skap. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker, og skal slettes etter prosjektets slutt (juni 2022). Lydfil og transkriberte intervjuer er lagret på UiA sin dataservert for å sikre deltakernes anonymitet og personvern.

4.0 Resultater

Ved å benytte kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004) har jeg kommet frem til to temaer som favner sykepleiernes erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på ortogeriatrisk avdeling; todelt faglig fokus krever helhetlig avansert sykepleie, og todelt faglig fokus krever organisatorisk kompetanse.

4.1 Todelt faglig fokus krever helhetlig avansert sykepleie

Ortogeriatrisk organisering medførte både et medisinsk og kirurgisk fokus på avdelingen. Et todelt faglig fokus ble erfart som positivt da det bidro til pasientrettet helhetlig tenkning, og flere av deltakerne opplevde den postoperative oppfølgingen av hoftebruddspasienter som givende og lærerikt da det todelt faglige fokuset førte til helhetlig tilnærming til pasientoppfølgingen. Kompetansegrunnlaget var derimot ikke alltid tilpasset det todelt fokuset. Hverdagen til sykepleierne var preget av til tider krevende og utfordrende pasientoppfølging, og i dette arbeidet måtte de i stor grad benytte sin sykepleierkompetanse.

4.1.1 Sammensatt todelt faglig fokus

Et sammensatt todelt faglig fokus henspiller på behovet for både medisinsk og kirurgisk kompetanse i arbeidet med ortogeriatriske hoftebruddspasienter. Det todelt fokuset på avdelingen stilte krav til avansert kunnskap og kompetanse hos sykepleierne. En av deltakerne med lang erfaring beskrev en stor kvalitetsforbedring i kompetansen til sykepleierne sammenlignet med før den ortogeriatriske organiseringen. Flere av deltakerne mente at kirurgi og medisin var riktig kombinasjon i arbeidet med hoftebruddspasienter fordi det førte til kompetanseheving blant sykepleierne i oppfølgingen av hoftebruddspasienter. En av deltakerne beskrev kunnskapsbehovet slik:

«Man bør jo ha en del kompetanse om forskjellige typer brudd, men mye om geriatriske pasienter, fordi at med de så er det jo ofte ikke bare bruddet som er et problem» (deltaker 7)

Deltakerne beskrev videre at de brukte både klinisk kunnskap fra utdanningen og erfaringskunnskap i arbeidet med ortogeriatriske pasienter, men de fleste mente at erfaring var det de benyttet seg av mest. Flere av deltakerne nevnte at de syntes det var vanskelig å skille mellom klinisk kunnskap og erfaring da kunnskapen ofte gikk inn i hverandre. De tilegnet seg

mer og mer erfaringskunnskap jo flere pasienter de hadde ansvaret for. Sykepleierne med minst erfaring oppgav at opplæringen på ortogeriatreri kun hadde vart et par dager. Mange mente den ikke hadde vært spesielt god, mye på grunn av overordnede utfordringer på avdelingen med blant annet mye sykemeldinger. Dagene med opplæring var nå blitt økt, og dette var positivt for å øke kompetansegrunnlaget for nye sykepleiere.

Hele den overordnede avdelingen deltakerne jobbet på var delt inn i fire pasientgrupper. Disse gruppene bestod av både medisinske og kirurgiske pasientgrupper, slik som ortogeriatreri. Flere av deltakerne nevnte at de fleste av sykepleierne hadde ansvar for inntil to av de andre gruppene, i tillegg til ortogeriatreri. Dette stilte krav til den medisinske og kirurgiske kompetansen hos sykepleierne. Det ble beskrevet av en deltaker at ved å jobbe mye på den ortogeriatrisk gruppen tilegnet du deg både medisinsk og kirurgisk kunnskap. Dette gav grunnlag for økt kunnskaps- og erfaringskompetanse hos sykepleierne, både innenfor medisin og kirurgi. Det ble også trukket frem at det kunne være en fordel for den overordnede avdelingen ved behov for å flytte på personell, som beskrevet slik:

«Men ofte de som er der kan gjerne være på de andre gruppene òg, fordi de kjenner til både medisinske og det kirurgiske. Så de er mye lettere da å flytte på til de andre»
(deltaker 2)

Ingen av sykepleierne oppga at de var utrygge på kompetansen sin, men sykepleieren med minst erfaring uttrykte at hun opplevde det mer trygt å jobbe i team med sykepleiere med lengre erfaring ved behov for rådføring. Flere av deltakerne erfarte det som krevende å veksle faglig mellom det medisinske og kirurgiske fokuset, og pasientgruppene. Dette fordi det var forskjellige spesialiserte fokusområder, og for å bli trygg som sykepleier krevde det erfaring og kontinuitet. En deltaker beskrev det slik:

«Men jeg har jo hvert fall erfart selv at det er mange som syntes at, hvis de er bare vant til det medisinske, at de syntes det er veldig skummelt når det bare er litt ortopedisk i tillegg. For det er jo på en måte ... det er jo litt som geriatri bare at du putter på litt brudd. Men jeg har hvert fall erfaring om at mange syntes at det er veldig skummelt med en gang det er noe sånn ekstra» (deltaker 5)

Flere av deltakerne nevnte at de var tilbudt videreutdanning innen geriatri med kompensasjon på avdelingen, og at avdelingslederen var interessert i at noen skulle ta denne utdanningen. Dette for å øke den medisinske kompetansen på grunn av dens kompleksitet. Noen av sykepleierne ønsket videreutdanning innen ortopedi, eller ortogeriatrici, men det var lite tilbud blant utdanningsinstitusjonene i disse emnene. Flere av deltakerne trakk derimot frem et ønske om flere kurs og fagdager innen ortogeriatrici for kompetanseheving.

4.1.2 Klinisk krevende og utfordrende pasientoppfølging

Oppfølgingen av de ortogeriatriciske pasientene ble beskrevet som til tider krevende og klinisk utfordrende da pasientene ofte hadde utfordrende problemstillinger i sammenheng med et sammensatt sykdomsbilde. Eksempelvis hadde pasientene ofte nedsatt kognitiv funksjon, demens og delir, i tillegg til å ha gjennomgått operasjon. Et slikt utfordrende sykdomsbilde hos pasientene førte ofte til at informasjonen måtte tilpasses hver enkelt pasient, og sykepleierne måtte utvise særlig trygghet i pasientoppfølgingen. I tillegg måtte deltakerne i oppfølgingen av denne pasientgruppen bruke sin kunnskap på å tidlig se tegnene på uro, slik som økt forvirring, desorientering og hallusinasjoner. En sykepleier sa det slik:

«Det er jo liksom det å kunne se det gjerne før det står på for fullt, og være observant på det hvert fall. Å kunne trygge og tilrettelegge» (deltaker 6)

Forekomsten av delir var høy på avdelingen, noe som deltakerne beskrev som ekstra utfordrende i oppfølgingen av ortogeriatriciske pasienter. Årsaker til delir kunne blant annet være operasjon, smerter, utrygghet, høy alder, skrøpelighet og demens. Utvikling av delir kunne forlenge det postoperative forløpet. Det kunne også føre til et fastvaktsbehov ved utagering, noe som igjen kunne føre til et mangelfullt samarbeid med pasienten. En deltaker beskrev det som tilfredsstillende å finne et godt samarbeid med pasientene:

«Og det er jo veldig spennende å kunne bruke kunnskapen sin for å se at det går i riktig retning. Og at noen ganger så er det ... ja, man bruker tid på å finne ut hvordan man skal finne et godt samarbeid som fungerer for gjerne de med kognitiv svikt. Men når man først knekker koden så er jo det veldig gøy» (deltaker 4)

Samarbeidsutfordringene var med på å bidra til en klinisk krevende og hektisk arbeidshverdag, og deltakerne beskrev viktigheten av sykepleiernes bruk av det kliniske

blikket, og kliniske observasjoner i pasientoppfølgingen. Deltakerne beskrev at det var spesielt fokus på forebygging og behandling av delir med skjerming av pasientene, opprettholdelse av normal døgnrytme, besøk av pårørende og tydelig kommunikasjon. Flere av deltakerne erfarte at hos pasienter med nedsatt kognitiv funksjon og/eller delir, strittet ofte pasientene imot mobiliseringen. Dette kunne blant annet føre til at viktig mobilisering måtte utsettes, noe som kunne gi økt risiko for lungebetennelse og trykksår. Dette igjen kunne føre til krevende pasientoppfølging postoperativt da fokuset til sykepleierne ikke kun var på behandling av hoftebruddet. Dette førte igjen til at deltakerne i større grad måtte tenke annerledes enn ved oppfølging av andre pasienter.

Kognitiv svikt krevde også ekstra oppmerksom på smertelindringen. Sykepleierne måtte i større grad tolke signalene fra pasientene, som uro, og gi smertelindring ut ifra sin intuisjon og non-verbale kommunikasjonsevne da kognitiv svikt kunne føre til nedsatt kommunikasjonsevne. Deltakerne beskrev blant annet en utfordring med medisinerer ved at det var en risiko for at pasientene tygget smertestillende depottabletter, istedenfor å svelge disse direkte. Depottablettene frigjør medikamenter litt etter litt i kroppen. Ved å tygge tablettene kunne det føre til feil distribusjon av legemiddelet, og et for hurtig opptak av medikamentet. Sykepleierne måtte derfor bidra til å finne en annen smertelindring enn vanlig i samarbeid med lege. Også for pasientene uten kognitiv svikt var smertelindring viktig for å komme i gang med opptreningen, men å finne riktig dose kunne derimot være vanskelig. Noen pasienter brukte mye smertestillende grunnet andre sykdommer og plager, og hadde høy toleranse, mens andre pasienter tålte lite. Spesielt var dette utfordrende ved for eksempel underernæring. Sykepleierne måtte derfor bruke sin kliniske kompetanse på å observere og vurdere hvilken smertelindring som hadde tilfredsstillende effekt hos hver enkelt pasient.

Deltakerne beskrev videre at et av de overordnede målene med faglig todelt pasientoppfølging var å øke muligheten for å gjenvinne funksjon for pasientene postoperativt gjennom opptrening. Flere av pasientene hadde et sammensatt sykdomsbilde med flere sykdommer samtidig (komorbiditet). Komorbiditet kunne påvirke pasientene ved økt grad av skrøpelighet, nedsatt gangfunksjon, eller nedsatt kommunikasjonsevne. Dette førte ofte til at sykepleierne måtte ha ekstra fokus på trygging og oppfølging ved opptreningen. I tillegg kunne kroniske lidelser slik som KOLS, slag, angst og hjerteproblematikk føre til at sykepleierne måtte bruke sin kliniske kompetanse på å tilpasse opptreningen til hver enkelt pasient. Flere av deltakerne fremhevet derimot også at noen av pasientene hadde god fysisk funksjon fra tidligere, og

hadde et godt utgangspunkt for å gjenvinne funksjonen. Flere av deltakerne hadde fått gode tilbakemeldinger på sykehusoppholdet fra pasientene, og at de følte seg godt ivaretatt. En deltaker nevnte at pasientene fort kunne oppleve mestring ved at de tidlig kom i gang med mobilisering.

På avdelingen ble flere ulike kartleggingsverktøy benyttet i pasientoppfølgingen. Disse hadde blant annet fokus på kognitiv funksjon, pårørendesamtale, trykksår, ernæring, fysisk funksjon, smerter, og vitale målinger. Flere av deltakerne beskrev det som gode kartleggingsverktøy, og at det var nødvendig med denne type oppfølging på de ortogeriatriske pasientene på grunn av pasientenes potensielle kompleksitet. Samtidig kunne det være tidkrevende for sykepleierne, og det stilte krav til både kompetanse og personell for å gjennomføre disse kartleggingene. En deltaker beskrev at de datatekniske oppgavene ofte kunne bli nedprioritert ved redusert bemanning, og på denne måten ble ikke kartleggingsverktøyene fulgt opp slik retningslinjene sa de skulle, noe som igjen kunne gå utover kvaliteten i pasientoppfølgingen. En deltaker beskrev det slik:

«... men det er jo mye innenfor ortogeriatri. Vi har jo mye vi skal sjekke opp i. De driver jo testes litt kognitivt, og vi skal jo gjerne følge de i forhold til ortostatisk blodtrykk, og altså de har en del sånne ting vi skal gjøre som ikke en gjør alltid på en vanlig ortopedisk pasient. For at det liksom skal kunne fortsette med de kartleggingene og sånn vi driver med så bør det jo være ganske høy pleiedekning på en sånn gruppe»
(deltaker 3)

Pleiedekning ble også trukket frem i forbindelse med kontinuiteten i pasientarbeidet. I det tverrfaglige teamet var det stort sett stabilitet blant hvem som samarbeidet. Av ulike årsaker, for eksempel sykdom, kunne derimot kontinuiteten i sykepleiergruppen påvirkes ved at sykepleierne av og til måtte veksle mellom hvilke pasientgrupper de skulle arbeide med på vaktene. Dette ble brakt opp som en negativ faktor for pasientene, spesielt ved kognitiv svikt, da redusert kontinuitet blant sykepleierne annet kunne være med på å forverre den kognitive funksjonen hos pasientene. Dette ble av en deltaker beskrevet slik:

«... men det som ikke er bra det er jo den vekslingen mellom gruppene. At hvis du har en pasient du har fulgt den ene vekten, så skal du ikke følge den neste vakt, liksom. At en annen skal ta over som ikke kjenner, og ... Det er jo ikke noe bra for pasientgruppen

heller som med ... som sliter med kognitive problemer og sånn også, at de skal forholde seg til så veldig mange av oss» (deltaker 3)

Komorbiditet, delir, samarbeidsutfordringer og kartleggingsverktøy kunne være tidkrevende. Det ble beskrevet at for eksempel mobilisering kunne bli utsatt, og medisiner kunne bli gitt til feil tid ved redusert bemanning. Derfor stilte den todelte organiseringen på ortogeriatrisk avdeling krav til sykepleierbemanningen. En av sykepleierne med mest erfaring opplevde at bemanningen var lavere enn ved oppstarten av den ortogeriatriske organiseringen, men de fleste mente at sykepleierbemanningen generelt var tilstrekkelig for oppfølgingen av de ortogeriatriske pasientene. En sykepleier beskrev hvordan tid er en nødvendighet i arbeidet med ortogeriatriske pasienter:

«For jeg føler at det er en pasientgruppe som ... for å kunne gjøre det alt etter boka, for at de på en måte skal få best mulig opptrening, da, så må en jo ha tiden, og da bør jo alt gjøres, som egentlig skal gjøres. At en ikke dropper ting fordi en ikke har tid» (deltaker 5)

4.2 Todelt faglig fokus krever organisatorisk kompetanse

Det todelte faglige fokuset med både medisinsk og kirurgisk pasientoppfølging på avdelingen førte til at sykepleierne erfarte å være et koordinerende bindeledd mellom de ulike yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet på avdelingen, og i samhandlingen med kommunen. I den postoperative oppfølgingen hadde pasientene ofte stort behov for tilrettelegging på avdelingen, og ved utreise. Dette krevde stor grad av organisatorisk kompetanse. Pasientenes kompleksitet stilte krav til tverrfaglig kunnskap, og blant deltakerne var det bred enighet i at tverrfaglig samarbeid var til det beste for pasienten.

4.2.1 Koordinerende bindeledd og ressurskrevende organisering

Deltakerne beskrev at en stor del av deres sykepleierfunksjon og postoperative pasientoppfølging innebar å være et koordinerende bindeledd. Funksjonen som koordinerende bindeledd innebar å ha oversikt over pasientoppfølgingen i samarbeid med lege og det tverrfaglige teamet, samt planlegging og samhandling med kommunen. Det ble også erfart at den ortogeriatriske organiseringen var ressurskrevende.

I samarbeidet med legene syntes det å være enstemmig i at deltakerne opplevde det positivt at geriater hadde det overordnede medisinske ansvaret, samtidig som at ortopedene hadde det kirurgiske ansvaret på avdelingen. Dette fordi pasientene hadde både kirurgiske og medisinske problemstillinger. Ved samarbeid med ulike leger ble det derimot beskrevet av en deltaker at det kunne være utfordrende å ha oversikt over hvilken av legene hun skulle kontakte ettersom avdelingen hadde et todelt faglig fokus. Ortopedene kunne være vanskeligere å få tak på da operasjoner gjorde at de ikke var tilgjengelige hele arbeidsdagen. Dette ble erfart av deltakeren som tidkrevende, og en del av det å være et bindeledd på avdelingen. Det ble foreslått av flere deltakere å øke antall tverrfaglige møter, gjerne som en oppsummering mot slutten av dagen. Både for å redusere bindeleddsfunksjonen mellom de ulike yrkesgruppene, men også for å innhente informasjon da sykepleieren hadde en koordinerende funksjon. En deltaker beskrev den koordinerende funksjonen slik:

«Nei, altså vi har jo den koordinerende biten, og er jo ... Hva skal jeg si, vi har mange tråder ut på en måte for at det her skal flyte best mulig» (deltaker 1)

Deltakerne erfarte at ortopedene var dyktige i sitt fagfelt, og spesielt når de samtidig fokuserte på de geriatrike utfordringene til pasientene. Når det derimot ikke var geriater på avdelingen, og det kun var ortoped som gikk visitt, hadde sykepleierne ofte større oversikt over de ortogeriatriske og medisinske rutinene enn ortopedene hadde. Med den todelte faglige organiseringen av avdelingen opplevdes dette som et krevende ekstra ansvar, og et større ansvar enn de trengte å ha. En deltaker beskrev sykepleierne som assisterende leger. Flere av deltakerne beskrev også at ortopedene hadde mindre tid til pasientene. En deltaker beskrev det slik:

«Vi har jo på en måte ortogeriatri, men vi har ikke geriater nå på grunn av Covid da. Så da blir vi i hvert fall veldig mye brukt som sykepleiere, for ortopedene spør jo liksom «ja, hvordan var det i forhold til d-vitamin og kalk og behandlingen av osteoporose», og sånt noe da» (deltaker 3)

Flere deltakere beskrev at det tverrfaglige samarbeidet var positivt ved hjemreise for pasienten ved at det kunne bidra til bedre kommunal samhandling da mye av informasjonen kunne overføres til kommunen. Flere av deltakerne beskrev derimot også utfordring med organisering og samhandling i forbindelse med utreise, og at det kunne være hektisk og

krevende. Deltakerne var avhengige av relevant informasjon fra de andre yrkesgruppene før relevant informasjon skulle sendes til kommunen. Informasjonen var derimot ofte ikke klar før sent på dagen, og dette fikk konsekvenser både for pasient og organisering av utreisen. Ved utreise hadde sykepleier stort ansvar, og dette innebar både organisering av transport, informasjon til den kommunale instansen eller hjemmesykepleien ble gitt for trygg overføring til kommunen, og pårørende ble kontaktet for videre plan. En deltaker beskrev sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet slik:

«Det er jo vi som sitter og skal gjøre alt i praksis etterpå. Skrive de ut, følge de opp, medisiner, og sitte å høre og få all informasjon, så kan vi gi en bedre rapport, og man kan videreføre informasjonen bedre til kommunen» (deltaker 2)

Pasientene var innlagt som en hovedregel fire dager på sykehuset postoperativt, og de fleste av deltakerne mente at dette var tilstrekkelig antall dager. På utreisedagen derimot beskrev flere at pasientene selv ikke opplevde at de var klare for utreise. Pasienten kunne oppleve utreisen uoversiktlig og utrygg da de ofte ikke fikk vite om de fikk et korttidsopphold eller måtte reise hjem før sent på utreisedagen. Det var derfor stort behov for trygging av pasientene fra sykepleierne på det området.

Den fysiske organiseringen på avdelingen var det flere som beskrev som god med pasientrommene i nærheten av vaktrommet. Dette var viktig for å kunne ha nærhet til pasientene med uro og delir for å høre dem da de ofte ikke klarte å dra i ringesnoren, eller for å nå frem til dem raskt dersom de for eksempel reiste seg ut av sengen uten tilsyn. Flere av deltakerne beskrev at det var positivt at den ortogeriatriske gruppen lå plassert mellom den ortopediske gruppen og den geriatriske gruppen på avdelingen da tilgangen til både ortopedene og geriaterne var bedre. Det var god tilgang til hjelpemidler på avdelingen, men det ble derimot ytret et ønske om flere enerom for skjerming og tilrettelegging for pasientene.

4.2.2 Tverrfaglig organisering og samarbeid til det beste for pasienten

Deltakerne erfarte at det tverrfaglige samarbeidet fungerte bra, og at de ulike yrkesgruppene var avhengige av hverandres roller og kunnskap for å se det helhetlige bildet av pasienten. De ulike fagfeltene og kompetansen gav spesialisert kunnskap i den postoperative oppfølgingen av hoftebruddspasientene. På de tverrfaglige møtene ble det lagt en felles plan for pasienten og det videre postoperative forløpet. En deltaker mente at den tverrfaglige vurderingen og

samarbeidet blant annet kunne bidra til å forebygge nye fall hos pasientene etter utskrivelse, og dermed også unngå nye innleggelser på ortogeriatrisk avdeling. Flere av deltakerne gav uttrykk for at pasientene satte pris på tett oppfølging ved å bli vurdert av de ulike yrkesgruppene. De følte seg sett ved at flere var innoem dem under sykehusinnleggelsen. Pårørende hadde også gitt gode tilbakemeldinger på godt samarbeid og god informasjon fra avdelingen.

Deltakerne beskrev videre at de hadde daglig kontakt med de ulike yrkesgruppene, og flere nevnte at de opplevde stabilitet i det tverrfaglige teamet. Yrkesgruppene de samarbeidet med i det tverrfaglige teamet var geriater, ortoped, fysioterapeut og ergoterapeut, og eventuelle andre yrkesgrupper ved behov, samt helsefagarbeidere som var en viktig del av personalet. Eksempler på ulike felles fokusområder var trykksårforebygging, fallforebygging, rehabiliteringsnivå, kartlegging av hjemmesituasjonen, ernæring, medikasjon og kognitiv vurdering, i tillegg til selve operasjonen. Dette var til det beste for pasienten fordi det gav en helhetlig pasientoppfølging. En deltaker beskrev sin opplevelse med tverrfaglig samarbeid slik:

«At vi ser at det er en veldig bra metode å jobbe i det her. Som ivaretar pasientene på en helt annen måte enn før vi fikk geriater inn i bildet, og på en måte det tette teamet»
(deltaker 1)

Det positive ved at pasientene fikk oppfølging av både ortoped og geriater ble trukket frem av alle deltakerne. Ortopedene bidro med kirurgisk kompetanse, og geriaterne bidro med helhetlig medisinsk vurdering. Dette førte til helhetlig legevurdering og -behandling av pasientene. Samarbeidet mellom legene var derimot det de fleste av deltakerne trakk frem som mer utfordrende ved spørsmål om det tverrfaglige samarbeidet. Geriaterne hadde ofte mer tid til pasienten enn ortopedene, og undersøkte dem grundigere. Flere nevnte at det var et savn på avdelingen når ikke geriaterne var til stede. Sykepleierne opplevde til tider at pasientene enten ble skrevet ut for fort av ortopedene, eller at de ble skrevet ut for sent da ortopedene ikke tok tak i de medisinske problemstillingene i helgene. Det ble nevnt av flere at det kunne ha vært positivt dersom legene samarbeidet mer enn bare på de tverrfaglige møtene. En deltaker beskrev det slik:

«Det eneste jeg tenker på som er sånn spesielt er jo det her med legene da, at de driver og bytter. For det at de har på en måte helt annerledes fokus. Så kanskje de også burde samarbeidet, på en måte. For det litt sånn prisgitt den legen som er der den dagen. Hva de tenker på» (deltaker 6)

Sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet ble av flere deltakere beskrevet som flytende da arbeidsoppgavene ikke var avgrenset like godt som hos de andre yrkesgruppene. Flere av deltakerne trakk frem at sykepleieren var den som hadde helhetlig oversikt på pasientforløpet. Flere av deltakerne trakk også frem at de opplevde å bli hørt ved forslag om tiltak i pasientforløpet i det tverrfaglige samarbeidet, og at dette kunne være viktig for pasienten. Sykepleierne var tette på pasientene gjennom døgnet, og kjente av denne grunn pasienten best. En deltaker beskrev viktigheten av å være trygg i sykepleierrollen på pasientens vegne, og snakke pasientens sak slik:

«... jeg føler jo at vi har på en måte noe vi skulle ha sagt innimellom i forhold til hvis de blir skrevet ut litt tidlig, og såne ting da, for vi kjenner jo pasienten tross alt best. Det er noen leger som er litt sånn «kan ikke hun hjem», eller «kan ikke han hjem», og så «nei vet du hva, det kan de faktisk ikke». Da er det veldig godt å på en måte være trygg i den rollen som sykepleier å kunne si ifra. På pasientens vegne, da. Så hvis vi ikke klarer det så er det litt negativt, da» (deltaker 6)

5.0 Diskusjon

Hensikten med studien er å få økt forståelse for sykepleieres erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling. Funnene i denne studien er todelt; todelt faglig fokus krever helhetlig avansert sykepleie, og todelt faglig fokus krever organisatorisk kompetanse. Funnene blir videre diskutert opp imot tidligere forskning og teori.

5.1 Helhetlig avansert sykepleie

Behovet for avansert helhetlig sykepleie beskriver i denne studien den klinisk krevende og utfordrende pasientoppfølgingen, samt det sammensatte faglige todelte fokuset med både medisinsk og kirurgisk oppfølging.

Å fokusere helhetlig på pasientoppfølging kom til uttrykk flere ganger i denne studien. Blant annet ved fokus på samarbeid med pasientene, trygging av pasientene og ekstra tilrettelegging ved kroniske sykdommer. Pasienter og pårørende gav gode tilbakemeldinger til sykepleierne på oppfølgingen på den ortogeriatriske avdelingen. Den postoperative oppfølgingen av hoftebruddspasientene og et todelt faglig fokus ble trukket frem som lærerikt. I den helhetlige pasientoppfølging var det spesielt fokus på tidlig mobilisering da målet for de fleste pasientene skulle være å komme tilbake til habituell funksjonsnivå. Ifølge Bondevik (2012, s. 143) skal sykepleie være nettopp helhetlig, tilpasset pasienten og bidra til gjenopprettelse av helse. Dette sammenfaller med Jensen et al. (2017, s. 8) om viktigheten av pasientrettet fokus under sykehusinnleggelsen. Samtidig fremhever Benner (1982, s. 405) at det er den kyndige sykepleier som vil kunne starte å se helhetlig på pasientsituasjoner, og dette påpeker viktigheten av erfaring og kompetanse i møte med pasienter med komplekse problemstillinger. Å starte raskt med mobilisering er ansett som viktig for å gjenvinne funksjon etter operasjonen, og unngå komplikasjoner slik som lungebetennelse eller trykksår (Wyller, 2018, s. 256). Også Watne et al. (2014, s. 1) sin studie viser en positiv effekt på tidlig mobilisering postoperativt, og dette sammenfaller da med sykepleieres arbeid med å forebygge sykdom (Bondevik, 2012, s. 143).

Videre ble det i denne studien også trukket frem at oppfølgingen av hoftebruddspasientene kunne være krevende. Oppfølgingen var til tider preget av komorbiditet, samarbeidsutfordringer og stor pleietyngde. Dette sammenfaller med Abrahamsen et al.

(2017, s. 5) sin forskning hvor sykepleierne erfarte arbeidet og det todelte faglige fokuset på ortogeriatrisk avdeling som lærerikt, men utfordrende. Pasientenes kompleksitet og pleietyngde sammenfaller med tidligere teori om hoftebruddspasientenes grad av skrøpeligheit, og risiko for komplikasjoner i den postoperative oppfølgingen slik som infeksjoner, slag og delir (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 7; Wyller, 2020, s. 20-38).

Postoperative utfordringer i sammenheng med et sammensatt sykdomsbilde og pasientenes reduserte kognitive funksjon ble særlig trukket frem i denne studien som potensielt utfordrende i oppfølgingen av hoftebruddspasienter. Forekomsten av delir var høy på avdelingen. Årsaker kunne være blant annet smerter, nye omgivelser og fasting preoperativt. Dette gav utfordringer i mobilisering av pasientene, sykehusoppholdet kunne bli forlenget, og ved for eksempel utagering kunne det være behov for fastvakt til pasienten. Oppfølging av delir ble sett på som utfordrende når pasientene ikke hadde innsikt i egen situasjon på grunn av nedsatt kognitiv funksjon. Det var stort fokus på forebygging av delir i denne studien, som normal døgnrytme, besøk av pårørende og tydelig kommunikasjon. Forskning har vist at de forebyggende tiltakene mot delir sykepleierne i denne studien utøvde kan ha forebyggende effekt, og å forebygge denne komplikasjonen er generelt enklere enn å behandle den (Cross, 2018, s. 113). Tidligere forskning har også vist at sykepleiere oppfatter arbeid med pasienter i delir som stressende og mentalt tungt, i tillegg til tidkrevende i arbeidshverdagen (Thomas et al., 2021, s. 170).

Den høye forekomsten av delir i denne studien kan samstemme med Wyller (2018, s. 309) hvor det anslås at rundt 50% av hoftebruddspasienter vil gjennomgå et postoperativt delir. Borges et al. (2020) sin studie konkluderer med at kort preoperativ ventetid for pasientene ikke fører til lavere mortalitet eller risiko for komplikasjoner, men kan føre til redusert forekomst av delir postoperativt. Tidlig operasjon kan derfor føre til forbedring for pasientene postoperativt, samt for sykepleierne i den postoperative oppfølgingen da mer tid kunne ha blitt brukt på rehabilitering. Ifølge Helsedirektoratet (2021) derimot kan det være positivt å ikke operere hoftebruddspasienter så tidlig som mulig da optimalisering og kartlegging av legemidler, ernæring og væskebehandling før operasjonen kan være til det beste for pasienten.

Denne studien viser at ved pasienter med nedsatt kognitiv funksjon måtte sykepleierne ofte bruke sin intuisjon og kliniske kunnskap for å kommunisere med pasientene. Informasjonen som ble gitt til pasientene måtte da tilpasses hver enkelt pasient, og ikke alle pasienter hadde

innsikt og forståelse i egen situasjon. Det kunne oppleves tungt for sykepleierne når pasientene ikke forstod sitt eget beste, men bra når samarbeidet fungerte. Sykepleierne måtte særlig bruke trygghet i slike situasjoner. I Segevall et al. (2021) sin studie opplevde sykepleierne på ortopedisk sengepost å ikke kunne involvere alle pasienter med redusert kognisjon i selvbestemmelse da de hadde redusert innsikt i egen situasjon. Samtidig har pasienter rett på riktig informasjon tilpasset dem (Bondevik, 2012, s. 143), noe også deltakerne i denne studien hadde fokus på. Ifølge Nygaard (2012, s. 270) er det enklere å tolke signalene fra pasienter dersom man har kjennskap til pasienten, for eksempel gjennom pårørende. Det vil derfor kunne være hensiktsmessig å inkludere pårørende i oppfølgingen på sengeposten. Dette kan også sammenfalle med Thomas et al. (2021, s. 171) sin forskning som konkluderer med at pårørende spiller en viktig rolle i oppfølgingen av pasienter i delir på sykehuset, noe også deltakerne i dette studien hadde fokus på.

Denne studien viser at det var et stort fokus på bruk av kartleggingsverktøy på avdelingen, blant annet for kartlegging av kognitiv funksjon, smerter og ernæring. Disse ble oppfattet som gode verktøy, men også tidkrevende og kompetansekrevende. Nye sykepleiere på avdelingen måtte få grundig opplæring av de mer erfarne sykepleierne for å kunne bruke kartleggingsverktøyene på best måte. I hektiske perioder kunne derimot kartleggingsverktøyene bli nedprioritert. Ifølge Næss og Helbostad (2012, s. 75) er kartleggingsverktøy en god måte å systematisere undersøkelser på, og bidrar til felles forståelse i et tverrfaglig perspektiv. Forskning har derimot også vist at sykepleiere på sykehus kan velge å nedprioritere kartleggingsverktøy innen blant annet ernæring, fallrisiko og trykksår dersom arbeidsmengden er for stor, eller bemanningen er for lav. Egne observasjoner, medisintildeling og behandlingsplaner ble heller prioritert da dette opplevdes som viktigere oppgaver når tiden ikke strakk til (Porter et al., 2009, s. 205-206).

Utfordringer ved oppfølgingen av pasienter med kognitiv svikt kom blant annet til syne i denne studien ved kartlegging av behovet for smertelindring, noe som kunne være utfordrende i pasientoppfølgingen. Det kunne være vanskelig å tolke pasientenes signaler ved nedsatt kommunikasjonsevne, og sykepleierne måtte blant annet tolke om uro var et tegn på smerter. Dette sammenfaller med Krupic et al. (2018, s. 79) sin studie hvor sykepleierne måtte observere blant annet kroppsspråk og ansiktsuttrykk til pasienter med hoftebrudd og demens, og gi smertelindring ut ifra sin tolkning. Ifølge Nygaard (2012, s. 270) kan demens hos

pasienter føre til at helsepersonell undervurderer behovet for smertelindring, og dette er viktig å være observant på. Dette fremhever viktigheten av sykepleiernes observasjonskompetanse.

Ortogeriatrisk kompetanse ble i denne studien oppfattet som positivt da det todelt faglige fokuset på avdelingen var med på å bidra til kompetanseheving blant sykepleierne. Etter innføringen av ortogeriatri ble det en kvalitetsforbedring i sykepleierkompetansen på avdelingen. Sykepleierne hadde i tillegg til kompetanse på oppfølging av hoftebruddspasienter også et grunnlag til å jobbe med andre medisinske eller kirurgiske pasientgrupper. Sykepleiere har en sentral rolle i pasientoppfølgingen på ortogeriatrisk avdeling med blant annet fokus på rehabilitering og smertelindring, samt komplikasjonsforebygging særlig relatert til geriatriske pasienter (Hommel et al., 2012, s. 5; Wyller, 2018, s. 253). Dette sammenfaller med Santy-Tomlinson et al. (2018, s. 152) som skriver at sykepleiere i arbeid med ortogeriatri vil ha behov for kunnskap og ferdigheter fra både kirurgisk og medisinsk fagfelt. Det blir videre fremhevet at kompetanse innen ortogeriatri vil kunne forbedres ved spesialisert utdanning for sykepleiere, og dermed føre til et bedre pasientforløp (Santy-Tomlinson et al., 2018, s. 152). Også Fitzgerald et al. (2019, s. 454) sin forskning viser at det bør være fokus på spesialisert kompetanse blant sykepleiere i arbeid med hoftebruddspasienter på grunn av det høye pleiebehovet. Ifølge Aiken et al. (2014, s. 1827) kan sykepleiernes utdanningsnivå påvirke mortaliteten blant sykehuspasienter, og dette fremhever viktigheten av fokuset på økt spesialisering til sykepleiere på ortogeriatrisk avdeling i Norge, som beskrevet av Pettersen et al. (2018).

Denne studien viser derimot ikke et stort ønske om spesialisering blant sykepleierne, selv om lederen oppmuntret til videreutdanning innen geriatri. Det ble trukket frem at det finnes få utdanninger med fokus på ortopedi og ortogeriatri, som var det deltakerne ønsket mest. Det var derimot et ønske om kompetanseheving blant sykepleierne, og flere fagdager og kurs ble trukket frem som et tiltak for å bidra til dette. Dette kan sammenfalle med Krupic et al. (2018, s. 79) sin studie hvor flere av sykepleierne i studien hadde et ønske om kompetanseheving innen temaet demens og smertelindring for å kunne gi den beste oppfølgingen til hoftebruddspasienter, og det var ønskelig at avdelingen kunne legge til rette for det. I Thomas et al. (2021, s. 170) sin forskning ble det satt fokus på behovet for kompetanseheving innen temaet delir. Ifølge Bondevik (2012, s. 143) kreves det høy sykepleiefaglig kompetanse i arbeidet med eldre geriatriske pasienter, og kan det vise seg at det er et utdannings- og kunnskapsgap som ikke blir møtt innen ortogeriatri blant sykepleiere (Santy-Tomlinson et al.,

2018, s. 152). Dette fremhever viktigheten av kurs og fagdager, men også utvikling av videreutdanninger tilpasset ortogeriatri.

Sykepleierne erfarte generelt trygghet på egen kompetanse i denne studien i oppfølgingen av hoftebruddspasienter, men jo mindre erfaring deltakerne hadde, jo større trygghet opplevde de med å samarbeide med erfarne sykepleiere. De fleste mente også at den erfaringsbaserte kliniske kompetansen var det de benyttet seg mest av i sin arbeidshverdag, og ikke via utdanning. Dette sammenfaller med Benner (1995, s. 48) sin teori hvor hun mener at teori er nødvendig kunnskap, men det praktiske vil alltid belyse andre sider ved situasjoner enn man kan lære kun ved teori. I stadiet «kompetent» sykepleier begynner sykepleierne å kunne analysere og organisere dagen i større grad enn tidligere, og den «kyndige» begynner å kunne endre sine lagte planer i ut i fra ulike situasjoner (Benner, 1982, s. 404-405). Det kan også sammenfalle med Orvik (2004, s. 31-32) som skriver at kompetanse innen sykepleie er bygget på samarbeid og relasjoner som er knyttet til en kontekst. Det blir videre fremhevet at kompetanse oppstår og utvikles ved kritisk refleksjon på egen kompetanse.

Denne studien viser at det på avdelingen var satt fokus på riktig sykepleiebemanning til oppfølgingen av hoftebruddspasientene, og de fleste mente at bemanningen var tilstrekkelig. Sykepleierne opplevde derimot redusert kontinuitet i sykepleiebemanningen fordi sykepleierne kunne bli flyttet til andre pasientgrupper fra en dag til en annen. Den reduserte kontinuiteten førte til at sykepleiere uten den lengste erfaringen kunne oppleve å ikke utvikle spisskompetanse på avdelingens rutiner og den postoperative oppfølgingen av hoftebruddspasientene. Å veksle mellom ulike pasientgrupper ble derfor erfart som til tider utfordrende. Dette sammenfaller med Benner (1995, s. 162) sin teori hvor sykepleiere trenger gjentatte møter med en pasientgruppe for å erverve seg spesialisering og erfaring. Kunnskap er en viktig del av den kliniske kompetansen i sykepleierarbeid (Cowan et al., 2005, s. 361), og Santy-Tomlinson et al. (2018, s. 152) trekker frem at sykepleiere som har arbeidet kun med ortopediske pasienter tidligere kan mangle viktig kunnskap om kompleksiteten hos geriatriske pasienter. Dette kan være med på å fremheve det problematiske aspektet ved å ofte bytte pasientgrupper.

5.2 Organisatorisk kompetanse

Samtidig som behovet for den kliniske kompetansen i denne studien ble trukket frem var også behovet for den organisatoriske kompetansen fremtredende, og sykepleierne benyttet denne kompetansen i stor grad i arbeidsdagen. Det ble fremhevet at den tverrfaglige ortogeriatriske tilnærmingen og kompetansen i pasientoppfølgingen vil være til det beste for pasienten, og den fysiske organiseringen er viktig i oppfølgingen av hoftebruddspasienter.

Det ble i denne studien trukket frem at sykepleierrollen på avdelingen kan oppleves flytende med en noe manglende definert grense i sykepleierrollen, og sykepleierne var en samlende part på avdelingen. Det var sykepleierne som oftest hadde oversikten over rutiner på avdelingen, samt det helhetlige pasientforløpet. Ved hjelp av sykepleiernes koordinerende bindeleddsfunksjon kunne alle yrkesgruppens pasientbehandlingsforslag flettes sammen og danne et helhetlig pasientforløp. Den flytende rollen kunne føre til utfordringer blant annet i samarbeidet med legene ved at det var tidkrevende og noen ganger vanskelig å vite hvilken lege som skulle kontaktes. Dette sammenfaller med Benner (1995, s. 132) sin teori hvor hun fremhever at sykepleiere må vite hvilke leger de skal kontakte for å få flyt i arbeidet. Allen (2019, s. 90) fremhever sykepleiernes koordinerende funksjon på sykehuset, samt andre oppgaver som fordeling av oppgaver til andre yrkesgrupper, og bidra til helhetlige tverrfaglige pasientbeslutninger. Ifølge Abrahamsen et al. (2017, s. 4) sin forskning opplevde sykepleierne på ortogeriatrisk avdeling å utøve helhetlig sykepleie, og ifølge Brent et al. (2018, s. 1411) er det innen helhetlig sykepleie nødvendig å samarbeide med andre yrkesgrupper for å oppnå det beste pasientforløpet. Allen (2019, s. 77) mener derimot det er få andre yrkesgrupper på sykehuset som faktisk arbeider helhetlig fordi de er mer sentrerte rundt definerte arbeidsoppgaver enn sykepleierne er. Brent et al. (2018, s. 1410) trekker også frem at den udefinerte rollen til sykepleiere har historisk sett ført til en manglende forståelse av hva sykepleie er.

Den koordinerende funksjonen sykepleierne hadde på avdelingen i denne studien kom blant annet til uttrykk i arbeidet med de andre yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet, kommunikasjon med pårørende og i samhandlingen med kommunen i oppfølgingen av hoftebruddspasientene. Allen (2019, s. 23) omtaler sykepleiernes organisatoriske kompetanse som usynlig arbeid hvor sykepleierne bruker en stor andel av arbeidsdagen blant annet på koordinering og fordeling av oppgaver til andre yrkesgrupper. Også Patricia Benner peker på denne form for usynlig arbeid, og hvor viktig denne kompetansen er for sykepleiere å inneha

(Benner, 1984 sitert i Orvik, 2015, s. 20). Samtidig som at den organisatoriske kompetansen i denne studien blant sykepleierne er sentral på den ortogeriatriske avdelingen er det ifølge Hellesø et al. (2016) lite vektlegging på denne typen organiseringsarbeid på sykepleierstudiene i dag. De fremhever at det bør være et fokus på dette for å gjøre utdanningen mer praksisnært, samt at forskningen bør utvikles på dette temaet. Også Orvik (2009) er enig i dette. Samtidig fremhever Benner (1995, s. 135) at den organisatoriske kompetansen i stor grad er basert på erfaring fra arbeidsplassen da den fulle kompleksiteten vanskelig kan innlæres kun ved utdanning.

Denne studien viser at sykepleierne opplevde det tverrfaglige arbeidet i forbindelse med utreisen til pasienten som positiv ved at mye god informasjon fra de ulike yrkesgruppene kunne overføres til kommunen. Samtidig kunne det også oppleves tidkrevende og hektisk. Både fordi sykepleierne måtte vente på viktig informasjon fra de andre yrkesgruppene som skulle følge pasienten videre, men også at kommunen kunne bruke lang tid på å gi svar på hvor pasienten skulle. Dette kunne lede til frustrasjon blant sykepleierne. Ifølge Næss og Helbostad (2012, s. 75) kan informasjon fra tverrfaglig oppfølging overføres til andre forvaltningsnivåer for best mulig samarbeid. I følge Allen (2019, s. 170) derimot bruker sykepleiere mye tid på å samle sammen informasjon fra de ulike yrkesgruppene, og at dette kan føre til frustrasjon blant dem. Det fremheves videre at sykepleiere har mye av ansvaret ved utreiser, og at ved feil tolkning av pasienten eller ufullstendig rapport til primærhelsetjenesten kan det føre til risiko for pasientsikkerheten (Allen, 2019, s. 163, 170). Tønnesen et al. (2016, s. 16) sin forskning viser at kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten ikke fungerte optimalt, og fremhever et behov for økt samarbeid og felles forståelse for hvilken informasjon som er nødvendig ved overflytning av pasienter.

Generelt ble derimot den tverrfaglige pasientoppfølgingen i denne studien trukket frem som positiv for pasientene da de ulike yrkesgruppene har forskjellige fokusområder i tilnærmingen til pasientene. Dette ble beskrevet som tverrfaglig helhetlig pasientoppfølging. Noen av fokusområdene var rehabilitering, ernæring, legemiddelgjennomgang, kartlegging av hjemmesituasjonen og kognitiv vurdering. Den kirurgiske og medisinske oppfølgingen ble trukket frem som positiv og nødvendig for oppfølgingen av pasientenes ofte komplekse sykdomsbilde. Det ble også fremhevet viktigheten av oppfølging både av ortoped og geriater. Yrkesgruppene som arbeidet sammen daglig i denne studien, og som var i det tverrfaglige

teamet, var sykepleier, geriater, ortoped, fysioterapeut og ergoterapeut. Måten den tverrfaglige gruppen er organisert samstemmer med Wyller (2018, s. 197) sitt forslag, og forskning har vist at det gagnar hoftebruddspasientene med todelt faglig oppfølging på sykehus postoperativt (Norsk Ortopedisk Forening, 2018, s. 8). Dette sammenfaller også med Christie et al. (2015, s. 32) sin studie som viser viktigheten av tverrfaglig samarbeid for å øke det pasientsentrerte fokuset i oppfølgingen av hoftebrudd, samt Prestmo et al. (2015, s. 1630) sin forskning som viser at mobiliteten til pasientene var bedre i etterkant av sykehusinnleggelsen enn ved kun ortopedisk oppfølging.

Det ble i denne studien trukket frem at den ortogeriatriske oppfølgingen kunne være med å bidra til å forebygge nye fall og nye innleggelser for pasientene i etterkant av utskrivelsen ved ortogeriatrisk oppfølging. Særlig geriaterens funksjon ble fremhevet med gjennomgang av medisinalister, og vurdering av komplekse medisinske problemstillinger. Betydningen av den tverrfaglige geriatriske oppfølgingen i tillegg til ortopedisk oppfølging samstemmer med Prestmo et al. (2015, s. 1631) sin studie hvor hoftebruddspasientene hadde bedre fysisk funksjon etter ortogeriatrisk oppfølging postoperativt, og det førte til færre reinnleggelser ett år etter utskrivelsen, sammenlignet med pasienter med kun ortopedisk oppfølging. Forskning har også vist at ortogeriatrisk tverrfaglig samarbeid kan redusere mortaliteten hos pasienter, og flere kan bo hjemme i etterkant av sykehusoppholdet (Næss & Helbostad, 2012, s. 68).

Videre ble det i denne studien lagt vekt på at det stort sett var en stabilitet i hvem som deltok i det tverrfaglige teamet. Utfordringer for sykepleierne kunne derimot oppstå dersom ikke geriater gikk legevisitt. Sykepleierne opplevde stort sett å bli hørt i samarbeidet med legene, og dette var viktig da sykepleierne ofte kjente pasientene best. Dette kom til uttrykk blant annet i arbeidet med å finne riktig smertelindring til pasienten, og å bestemme når pasientene var utreiseklare. Sykepleierne kunne derimot oppleve et økt ansvar i pasientoppfølgingen uten geriater da ortopedene spurte sykepleierne om medisinske legeoppgaver som normalt sett geriater tok stilling til. Det var også viktig å være trygg i sykepleierrollen på pasients vegne for å unngå at pasientene ble skrevet ut for tidlig. Forskning har vist at ortopeder kan oppleve deres egen rolle i det tverrfaglige ortogeriatriske samarbeidet som unødvendig og uinteressant (Abrahamsen et al., 2017, s. 7). At ortopeden spør sykepleierne om legekunnskap sammenfaller med Allen (2019, s. 77, 181) sin teori om sykepleiernes helhetlige oversikt i pasientforløpet, samt det tverrfaglige samarbeidet på sykehuset. Det fremhever også viktigheten av stabilitet i det tverrfaglige teamet, og man kan reflektere over hvordan det

påvirker pasientene å miste den geriatriske funksjonen i den ortogeriatriske oppfølgingen. Benner (1995, s. 132) fremhever i sin teori viktigheten av at sykepleiere evner å fremlegge egne observasjoner og anbefalinger i samarbeid med lege til det beste for pasienten.

Det blir videre trukket frem i denne studien at den inneliggende tiden på sykehuset pasientene hadde ble av sykepleierne oppfattet som tilstrekkelig før utreise da de som oftest får kommunal oppfølging i etterkant av innleggelsen. Samtidig som at liggedøgnene oppfattes som tilstrekkelig, viser også studien at sykepleierne erfarer at pasientene opplever særlig utrygghet ved utreise. Sykepleierne gav beskjed om når utreisen kom til å bli tidlig i forløpet, men dagen kom ofte overraskende fort på pasientene. Pasientene kunne også oppleve å ikke ha kontroll over egen situasjon ved sen tilbakemelding fra kommunen om hvor de skulle ved utskrivelsen. Dette sammenfaller med Jensen et al. (2017, s. 5) hvor hoftebruddspasientene uttrykte et ønske om autonomi og selvbestemmelse i det postoperative forløpet, og flere av pasientene opplevde utrygghet ved utreise. Ingen av pasientene eller pårørende opplevde særlig grad av medbestemmelse i utreiseprosessen, samtidig som at sykepleierne opplevde å inkludere dem. Sykepleierne var derimot noe mer usikre på om pasientene var utreiseklare. Også i Hommel et al. (2012, s. 3) sin studie uttrykte pasientene utrygghet og usikkerhet ved utreise. Ifølge Benner (1995, s. 6) har sykepleiere en veiledende og undervisende funksjon, og skal sikre informasjon til pasienter.

Den fysiske organiseringen på avdelingen ble i denne studien både trukket frem som positiv, og med et forbedringspotensial. Det var blant annet kort vei fra vaktrommet til pasientrommene, og dette var positivt da sykepleierne ofte måtte holde et ekstra øye med blant annet pasienter i delir. Det var også tilgang til hjelpemidler i nærheten av vaktrommet, og da den ortogeriatriske pasientgruppen var lokalisert mellom en kirurgisk og en medisinsk pasientgruppe kunne dette føre til bedre tilgang på leger. Forslag til forbedringer i organiseringen ble også trukket frem da den ikke alltid var tilpasset pasientbehovet. Det var ønskelig med enda bedre tilgang til tilpassede stoler til mobiliseringen, samt flere enerom for behov for skjerming av pasienter blant annet ved demens eller delir. Thomas et al. (2021, s. 170) trekker i sin forskning frem at sykepleiere opplever å konstant måtte følge med på pasienter med akutt delir, blant annet ved risiko for at pasientene skulle klarte ut av sengen på egenhånd. Dette fremhever behovet for å ha pasientene i nærheten av vaktrommet, samt flere enerom for skjerming. Det viktige fokuset på mobilisering postoperativt, samt pasientenes ofte skrøpeligheit (Wyller, 2018, s. 256) fremhever behovet for optimal fysisk tilrettelegging.

Ifølge Hommel et al. (2012, s. 3) opplevde hoftebruddspasientene smerter ved toalettbesøk da toalettene ikke var tilpasset skaden, noe som også fremhever behovet for tilrettelegging.

Sykepleiernes erfaringer med krevende pasientoppfølging, samt å være koordinerende bindeledd sammenfaller med Orvik (2009) og hans beskrivelser av at det er forventet av sykepleiere å inneha en dobbel kompetanse; både klinisk og organisatorisk kompetanse. Den kliniske kompetansen inkluderer pasientkontakt. Den organisatoriske kompetansen innebærer en overordnet oversikt over pasientforløpet og samarbeid med andre aktører, samt å kunne innta en lederfunksjon hvis nødvendig (Orvik, 2009). Samtidig som den kliniske kompetansen ofte er det som definerer hva sykepleie er, har derimot sykepleie beveget seg i en retning hvor tiden med direkte pasientkontakt blir redusert som et uttrykk for kostnadseffektivisering i helseorganiseringen (Allen, 2019, s. 28). Dette samstemmer med Furåker (2009, s. 276) sin studie som viser at det har blitt en mindre del av arbeidshverdagen til sykepleiere som inkluderer direkte pasientkontakt.

6.0 Metodediskusjon

Kvalitative studier bør vurderes ut i fra sin vitenskapelige kvalitet. Metodologiske utfordringer innen kvalitative studier er blant annet forskerens rolle, utvalg, og gjennomføring og systematikk i analyseprosessen (Malterud, 2002, s. 2468, 2472). Sentrale aspekter ved metodediskusjon og intervjuer er troverdighet, styrke og overførbarhet av studien. Begreper som ofte diskuteres i forbindelse med dette er objektivitet, reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272). I denne delen diskuteres først teoretiske aspekter før jeg diskuterer mine erfaringer inndelt i fire overskrifter for systematisering; utvalg og gjennomføring, forskerrollen, forforståelse og analyseprosessen.

Objektivitet er evnen til å presentere data uten påvirkning av følelser eller meninger. Man kan stille seg spørsmål om intervjubasert kunnskap kan være objektiv, men Kvale og Brinkmann (2015, s. 275) konkluderer med at dette er mulig. Reliabilitet vil si studiens pålitelighet. Å vurdere pålitelighet handler om i hvilken grad innsamlet data kan endre seg over en periode. Intervju er en utviklende prosess, og man kan oppdage noe som bør endres på i intervjuet (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Validiteten sier noe om i hvor stor grad metoden som er benyttet er det beste valget, og generaliserbarhet sier noe om studien kan overføres til andre settinger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 355-357). I kvalitativ forskning skal kunnskapen være overførbar utover deltakerne og den lokale sammenhengen (Malterud, 2002, s. 2468).

Å vurdere troverdigheten i en kvalitativ innholdsanalyse er et sentralt punkt i Graneheim og Lundman (2004) sin tilnærming. Her blir også begrepet kredibilitet særlig diskutert, i tillegg til pålitelighet og overførbarhet. Å vurdere kredibilitet vil si å vurdere selve forskningen, og i hvor stor grad det tiltenkte fokuset representeres. For eksempel settingen, om utvalget er representativt, og om det er benyttet riktig datainnsamlingsmetode (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109-110). Kredibilitet handler også om å vurdere om hvorvidt analyseprosessen er utført på best måte. For store meningsenheter kan gjøre det vanskelig å gripe det an, eller for snevre meningsenheter kan føre til fragmenterte funn. Det må også vurderes om temaene og kategoriene er dekkende, og ikke utelukker viktige funn, samt vurdere likheter og ulikheter mellom kategorier (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109-110). Noe som kan utfordre troverdigheten i kvalitativ innholdsanalyse er at tolkningen til en viss grad er avhengig av en subjektiv tilnærming. Forskerens tolkning påvirkes av personlig bakgrunn, og det er en

balansegang mellom eget perspektiv, og å la teksten leve sitt liv (Graneheim & Lundman, 2004).

6.1 Utvalg og gjennomføring

Utvalget i denne studien er representativt i form av at deltakerne var sykepleiere, og settingen var en sykehusavdeling med ortogeriatrisk pasientgruppe. Alle deltakerne hadde derimot ikke to års erfaring slik som ønsket. Det ble også kun syv deltakere, og ikke ti-tolv. Rekrutteringen startet som tidligere nevnt med utdeling av informasjonsskriv til aktuelle kandidater ved hjelp av fagsykepleier på avdelingen. Jeg rekrutterte fire deltakere på denne måten, og deretter hørte jeg ikke mer. Jeg fikk vite av fagsykepleieren at på grunn av Covid-situasjonen var rekrutteringen noe utfordrende. Enhetslederen på min arbeidsplass tok da kontakt med enhetslederen på avdelingen der jeg søkte deltakere for å bidra, og tre ekstra deltakere ble deretter rekruttert. På to av intervjuene fant jeg ut at disse sykepleierne ikke hadde to års arbeidserfaring med ortogeriatri.

At ikke alle hadde to års erfaring på ortogeriatrisk avdeling kan ha hatt negativ innvirkning på resultatene da erfaring var viktig for min problemstilling. Deltakerne som hadde minst erfaring fra ortogeriatri opplevde jeg at gav mer beskrivelser av generelt hvordan avdelingen var lagt opp, enn erfaringer. Årsaken til at alle deltakerne ble inkludert var at rekrutteringen var vanskelig. Antallet deltakere var også færre enn ønsket, noe som også kan ha hatt påvirkning på forskningen ved at det kunne ført til en annen vinkling i resultatene. Samtidig kan et for stort antall intervjuobjekter stå i veien for forberedelsene og analysen av intervjuene, og det er en misoppfatning at jo flere intervjuer, jo mer vitenskapelig er studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148).

Underveis i intervjuene endret jeg litt på rekkefølgen i intervjuguiden da det opplevdes som mest naturlig. En av deltakerne sa etter at intervjuet var ferdig at hun syntes det var vanskelig å svare på alle spørsmålene, og sa «du kan jo så mye mer enn meg». Dette fikk meg til å reflektere over om arbeidserfaringen jeg har kan ha påvirket deltakerne til å ikke fortelle alle sine erfaringer, og om dette kan ha påvirket reliabiliteten i intervjuene. Samtidig opplevde jeg ikke dette som representativt for alle deltakerne. Jeg var også bevisst på å ikke stille ledende spørsmål underveis i intervjuet for å bevare reliabiliteten.

I intervjusituasjonen dannet jeg meg flere ulike erfaringer. Å informere om at deltakerne sto fritt til å snakke var noe jeg tenker jeg kunne ha informert flere om. Noen av deltakerne hadde ikke så mye på hjertet, og jeg opplevde at jeg noen ganger «dro ut» svar. To av intervjuene i studien ble holdt over telefon. Telefonintervjuer kan ha fordeler ved for eksempel stor reiseavstand mellom forsker og deltaker. En ulempe derimot kan være at ved å ikke kunne observere kroppsspråket kan man miste mye informasjon til forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 178), og det kan tenkes at telefonintervju kan bidra til utfordringer med å etablere relasjoner. Jeg opplevde selv at flyten i intervjuene ble påvirket, og det ble også gitt opplysninger etter at lydopptakeren var slått av som kunne ha vært interessant å få med i analysen. Allikevel opplevde jeg ikke at dette påvirket resultatene.

6.2 Forskerrollen

Forskeren er redskapet i en intervjusituasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Dette stiller krav til forskerens moralske integritet, empati og evnen til å leve seg inn i moralske spørsmål og handlinger. I tillegg stilles det krav til kvaliteten i forskningen. Funnene i kvalitativ intervjuforskning kan for eksempel påvirkes dersom forskeren har tilknytning til deltakerne, og forskeren selv kan bli påvirket ved sterk identifisering med deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Det er også viktig å reflektere over maktforholdet mellom intervjueren og deltakeren i en intervjusituasjon. Intervjueren har kompetanse med vitenskapelig bakgrunn, bestemmer settingen intervjuet skal bli foretatt i, og spørsmålene er enveisrettet. Intervjueren kan ha en skjult agenda om hvilke funn han/hun ønsker å få frem, og det er intervjueren som bestemmer i hvilken retning intervjuet skal fortolkes. Maktforholdet er dermed asymmetrisk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51-53). Hvilken informasjon man får ut av intervjuet avhenger også av en god relasjon mellom intervjuer og deltaker (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 35).

Jeg hadde ikke kjennskap til deltakerne i forkant av intervjuene, og kunne fokusere på å skape en ny relasjon med deltakerne i intervjusituasjonen. Dette opplevde jeg som positivt, og at det fører til bedre kvalitet på forskningen enn dersom jeg hadde intervjuet sykepleiere på egen arbeidsplass. Jeg ønsket å være fleksibel på møtested og -tidspunkt for å unngå at deltakerne opplevde situasjonen som ekstra stressende. Jeg identifiserte meg med deltakerne som sykepleiere som jobbet på ortogeriatrisk avdeling, men opplevde ikke dette som noe negativt for forskningen. Relasjonsbygging hadde jeg fokus på ved å vise varhet og åpenhet i møtet med deltakerne, og lot dem bruke den tiden de trengte på å svare på spørsmålene. For å

gjennomføre et godt intervju kreves det at intervjueren evner å ta metodologiske beslutninger under selve intervjuet ettersom det finnes få oppskrifter på hvordan et kvalitativt intervju skal utføres (Kvale & Brinkmann, 2015). Beslutninger jeg tok under intervjuet var å endre rekkefølge på noen av spørsmålene i intervjuguiden for å få flyt i samtalen, og jeg benyttet meg av kunnskapen jeg hadde på temaet for å hjelpe deltakerne i tankeprosessen underveis i intervjuet.

6.3 Forforståelse

Min forforståelse innen temaet er stort da jeg selv jobber med pasienter med hoftebrudd på en avdeling med ortogeriatrisk organisering. Å tilsidesette forforståelsen min helt har jeg derimot sett på som vanskelig da forforståelsen min er stor, og dette har reflektert over gjennom forskningsprosessen. Den vitenskapsfilosofiske tilnærmingen jeg har i denne studien er hermeneutisk-fenomenologisk. I den deskriptive fenomenologien er det blant annet sentralt å tilsidesette sin egen forforståelse (bracketing). Dette for å fange hverdagslige opplevelser og forstå essensen av det. I den fortolkende fenomenologien derimot mente Heidegger at bracketing ikke var noe man kunne oppnå (Polit & Beck, 2021, s. 165-166). På bakgrunn av min forforståelse, samt hensikt og problemstilling i denne studien, har jeg forsøkt å kombinere disse vitenskapsfilosofiske retningene.

6.4 Analyseprosessen

Analyseprosessen var for meg personlig en utviklende prosess. Jeg startet opp med flere store meningsenheter. I prosessen med å kondensere og lage koder gjorde jeg om på noen av meningsenhetene da jeg så de kunne inneholde flere meninger. Å lage koder var neste krevende prosess hvor jeg opplevde at flere av meningsenhetene kunne passe i ulike koder, og det var vanskelig å bestemme hvilke koder jeg skulle ende opp med. Jeg endte til slutt opp med 16 dekkende koder, og deretter sub-kategorier og kategorier. Å konkludere med det latente innholdet som temaer var også krevende. Som tidligere nevnt har studien en induktiv tilnærming. Dette kan by på utfordringer dersom bare overflaten blir beskrevet, og at resultatene blir for generelle (Graneheim et al., 2017). I denne prosessen så jeg at kompetanse var et sentralt begrep, og jeg opplever dette som dekkende og fortolkende av deltakernes intervjuer.

Resultatene i denne studien kan overføres til andre ortogeriatriske avdelinger på grunn av settingen og deltakerne som arbeidet med ortogeriatriske hoftebruddspasienter. Den vil for eksempel også kunne være overførbar til andre sengeposter på sykehus, både medisinske og kirurgiske. Grunnen til at den kan være overførbar også til medisinske sengeposter er at omtrent 50% av pasienter som innlegges akutt på sykehus er over 70 år, og eldre dominerer derfor pasientbildet på mange avdelinger (Wyller, 2018, s. 21). Tverrfaglig geriatri og sykepleieres erfaringer vil være nyttig i slike kontekster. Det vil også kunne være nyttig i hjemmesykepleien hvor mange eldre har komplekse helseproblemer (Wyller, 2018, s. 43), samt hos andre profesjoner som fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger som arbeider tverrfaglig.

7.0 Konklusjon

Sykepleiere erfarer oppfølging av hoftebruddspasienter på ortogeriatrisk avdeling som positivt for pasientene da pasientene ofte har et komplekst sykdomsbilde i tillegg til hoftebruddet. Den tverrfaglige vurderingen er til det beste for pasienten da ulike fokusområder blir belyst og fulgt opp. Sykepleierne har en sentral rolle på avdelingen, kjenner ofte pasientene best og bidrar med en helhetlig pasientvurdering. Samtidig er den dobbelte sykepleierkompetansen fremtredende, og sykepleiere på ortogeriatrisk avdeling trekkes mellom organisatorisk og klinisk kompetanse i oppfølgingen av hoftebruddspasienter. Den kliniske kompetansen er preget av det sammensatte todelt faglige fokuset, og stiller krav til både sykepleiernes kirurgiske og medisinske kompetanse da pasientoppfølgingen krever avansert helhetlig sykepleie. Studien viser at pasientenes sykdomsbilde gir utfordringer til sykepleierne som hele tiden krever årvåkenhet og beslutningstiltak. Den organisatoriske kompetanse viser seg ved at sykepleierne har en koordinerende rolle på avdelingen som til tider er udefinert. Ettersom sykepleierne har en overordnet oversikt over pasientforløpet er de bindeleddet mellom de ulike yrkesgruppene, samt i samhandlingen med kommunen. Dette oppleves krevende da sykepleierne kan få ansvar de i utgangspunktet ikke har kompetanse til, og sykepleierne bruker mye tid på å samle all informasjonen fra de ulike yrkesgruppene for å få et mest mulig optimalt pasientforløp.

7.1 Implikasjoner for praksis

- Det ble i denne studien fremhevet et ønske fra sykepleierne om flere tverrfaglige møter, gjerne som en oppsummering mot slutten av dagen. Dette vil kunne være nyttig for å få en total oversikt over de andre yrkesgruppenes arbeid ettersom sykepleieren har en koordinerende funksjon.
- Sykepleierne erfarte at hoftebruddspasientene opplevde utrygghet ved utreise, noe som støttes av tidligere forskning. Et ekstra fokus på pasientinvolvering og informasjon til pasientene tidlig i det postoperative forløpet kan derfor være forslag til forbedring for pasientene.
- Det ble ytret av flere deltakere et ønske om flere kurs og fagdager for kompetanseheving i ortogeriatriske på avdelingen. Behovet for å utvikle videreutdanning innen ortopedi og ortogeriatriske syntes også å være nødvendig med et komplekst faglig todelt fokus. Et økt fokus på organiseringsarbeid i sykepleierutdannelsen er av flere teoretikere belyst, noe også denne studien fremhever.

Referanseliste

- Abrahamsen, C., Nørgaard, B., Draborg, E. & Nilsen, D. (2017). Reflections on two years after establishing an orthogeriatric unit: a focus group study of healthcare professionals' expectations and experiences. *BMC Health Services Research*, 602(17), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2550-3>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Heede, K. V. d., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Achterberg, T. v. & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aldring og helse. (u.å.). *ADL (Aktiviteter i dagliglivet)*. Hentet 02.05.22 fra <https://www.aldringoghelse.no/ordbok/adl-aktiviteter-i-dagliglivet/>
- Allen, D. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid* (1. utg.). Fagbokforlaget
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407. <https://doi.org/10.2307/3462928>
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert. Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepsaksis* (1. utg.). Munksgaard.
- Bentzen, H. & Domaas, K. (2015). Trenger oppfølging etter hoftebrudd. *Sykepleien*, 12, 56-59. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55900>
- Bondevik, M. (2012). Sykepleie til eldre - grunnleggende prinsipper. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (3. utg.). Vigmostad & Bjørke AS.
- Borges et al. (2020). Accelerated surgery versus standard care in hip fracture (HIP ATTACK): an international, randomised, controlled trial. *Lancet*, 395, 698-708. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30058-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30058-1)
- Brent, L., Hommel, A., Maher, A. B., Hertz, K., Meehan, A. J. & Santy-Tomlinson, J. (2018). Nursing care of fragility fracture patients. *Injury*, 49, 1409-1412. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.06.036>
- Christie, J., Macmillan, M., Currie, C. & Matthews-Smith, G. (2015). Improving the experience of hip fracture care: A multidisciplinary collaborative approach to implementing evidence-based, person-centred practice. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19, 24-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2014.03.003>

- Cowan, D. T., Norman, I. & Coopamah, V. P. (2005). Competence in nursing practice: A controversial concept - A focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25(5), 355-362. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.03.002>
- Cross, J. (2018). Nursing the Patient with Altered Cognitive Function. I K. Hertz & J. Santy-Tomlinson (Red.), *Fragility Fracture Nursing. Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2>
- Fitzgerald, A., Verrall, C., Hendorson, J. & Willis, E. (2019). Factors influencing missed nursing care for older people following fragility hip fracture. *Collegian*, 27, 450-458. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.12.003>
- Furåker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Management*, 17, 269-277. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00832.x>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundmann, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hellesø, R., Larsen, L. S., Obstfelder, A. & Olsvold, N. (2016). Hva er sykepleie? . *Sykepleien*, 08, 58-60. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58491>
- Helsedirektoratet. (2021). *Hoftebrudd operert innen henholdsvis 24 timer og 48 timer*. Hentet 09.12.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/hoftebrudd-operert-innen-henholdsvis-24-timer-og-48-timer>
- Hommel, A., Kock, M. L., Persson, J. & Werntoft, E. (2012). The Patient's View of Nursing Care after Hip Fracture. *ISRN Nursing*, 2012(6). <https://doi.org/10.5402/2012/863291>
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jensen, C. M., Smith, A. C., Overgaard, S., Wiil, U. K. & Clemetsen, J. (2017). «If only had I known»: a qualitative study investigating a treatment of patients with a hip fracture with short time stay in hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1307061>

- Krupic, F., Sadic, S., Seffo, N., Biscevic, M., Fazlic, M., Custovic, S. & Samuelsson, K. (2018). Experience of registered nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients with dementia. . *Medicinski Glasnik*, 15(1), 75-80.
<https://doi.org/10.17392/942-18>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 122(25), 2468-2472.
- Mellingsæter, M. R., Johannessen, H. I. & Saltvedt, I. (2020). *Ortogeriatr i Norge*. Hentet 18.08.21 fra <https://indremedisineren.no/2020/06/ortogeriatr-i-norge/>
- Nilsson, B. (2007). Gadammers hermeneutikk. *Sykepleien* 1(14).
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0009>
- Norsk Ortopedisk Forening. (2018). *Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd*. Hentet 21.05.2021 fra
<http://nrlweb.ihelse.net/Anbefalinger/Norske%20retningslinjer%20for%20tverrfaglig%20behandling%20av%20hoftebrudd.pdf>
- Nygaard, H. A. (2012). Kroniske, ikke-ondartede smerter hos gamle. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (3. utg.). Vigmostad & Bjørke.
- Næss, G. & Helbostad, J. L. (2012). Geriatrisk vurdering og behandling - tverrfaglig samarbeid. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (3. utg.). Vigmostad & Bjørke.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid* (1. utg.). Cappelen Akademisk Forlag.
- Orvik, A. (2009). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien*.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0023>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). CAPPELEN DAMM AS.
- Pettersen, P. M., Frihagen, F., Saltvedt, I. & Figved, W. (2018). *På tide å innføre ortogeriatr i Norge?* . Hentet 18.08.21 fra <https://tidsskriftet.no/2018/09/debatt/pa-tide-innfore-ortogeriatr-i-norge>

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Porter, J., Raja, R., Cant, R. & Aroni, R. (2009). Exploring issues influencing the use of the Malnutrition Universal Screening Tool by nurses in two Australian hospitals. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22, 203-209. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2008.00932.x>
- Prestmo, A., Hagen, G., Sletvold, O., Helbostad, J. L., Thingstad, P., Taraldsen, K., Lydersen, S., Halsteinli, V., Saltnes, T., Lamb, S. E., Johnsen, L. G. & Saltvedt, I. (2015). Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, reandomised, controlled trial. *Lancet*, 385, 1623-1633. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62409-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0)
- QRS International. (u.å.). *NVIVO*. Hentet 24.04.22 fra <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Randsborg, P. H. (u.å.). *Ortopedi*. Hentet 26.04.21 fra <http://sml.snl.no/ortopedi>
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Santy-Tomlinson, J., Hertz, K. & Kaminska, M. (2018). Orthogeriatric Nursing. I K. Hertz & J. Santy-Tomlinson (Red.), *Fragility Fracture Nursing. Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2>
- Santy-Tomlinson, J., Hertz, K., Myhre-Jensen, C. & Brent, L. (2021). Nursing in the Orthogeriatric Setting. I P. Falaschi & D. Marsh (Red.), *Orthogeriatrics. The Management of Older Patients with Fragility Fractures*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1>
- Segevall, C., Randström, K. B. & Söderberg, S. (2021). Meanings of participation in care for older people after hip fracture surgery and nurses working in an orthopaedic ward. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16, 1-12. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1970302>
- Siddick, K. M., Cross, V., Vuoskoski, P., Galvin, K. T. & Stew, G. (2020). The Work of Hermeneutic Phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1-14. <https://doi.org/10.1177/1609406920947600>
- Store Norske Leksikon. (2018). *Kompetanse*. Hentet 04.05.22 fra <https://snl.no/kompetanse>

- Thomas, N., Coleman, M. & Terry, D. (2021). Nurses' Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis. *Nursing reports*, 11, 164-174. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010016>
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Tønnesen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien* 11, 14-23. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
- Watne, L. O., Torbergsen, A. C., Conroy, S., Engedal, K., Frihagen, F., Hjorthaug, G. A., Juliebo, V., Ræder, J., Saltvedt, I., Skovlund, E. & Wyller, T. B. (2014). The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: reandomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). *BMC Medicine*, 12(63), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-63>
- Wifstad, Å. (2019). Vitenskapsteori. *Sykepleien*, 14. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78763>
- Wyller, T. B. (2018). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wyller, T. B. (2020). Hvorfor faller eldre? . *Sykepleien*, 108. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82071>

Vedlegg 1

Vurdering NSD

Referansenummer

834966

Prosjektittel

Sykepleieres erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på ortogeriatrisk avdeling - en kvalitativ studie

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Tina Lien Barken, tina.l.barken@uia.no, tlf: 97794879

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Henriette Rypestøl, henrietterypestol@gmail.com, tlf: 92657736

Prosjektperiode

04.10.2021 - 31.12.2022

Vurdering (1)

03.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 03.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Vedlegg 2



Henriette Rypestøl

Besøksadresse: Universitetsveien 25 Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 28/10/2021

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Sykepleieres erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling – en kvalitativ studie.

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

HilsenForskningsetisk komiteFakultet for helse - og idrettsvitenskap Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND TELEFON 38 14 10 00ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no - www.uia.no

FAKTURAADRESSE: UNIVERSITETET I AGDER, FAKTURAMOTTAKPOSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

Vedlegg 3

Intervjuguide

«Hvordan erfarer sykepleier postoperativ oppfølging av eldre hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling?»

Innledning

- Presentasjon av intervjuer og formål med forskningsprosjektet
- Spørsmål før vi starter?

Hensikt

Hensikten med prosjektet er å få en økt forståelse for sykepleieres erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling. Dette vil kunne ha en nytteverdi for sykepleiere som arbeider på ortogeriatriske avdelinger, samt for oppfølgingen av eldre og ofte skrøpelige pasienter med et sammensatt sykdomsbilde.

Demografiske data

- Navn
- Kjønn
- Alder
- Bosted og boforhold
- Yrke/utdanning
- Arbeidserfaring som sykepleier. Kan du si litt om dine erfaringer med å jobbe som sykepleier på en ortogeriatrisk avdeling, og kan du si litt om din erfaring med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter?
- Hvor lenge har du arbeidet på avdelingen?

Hoveddel

1. Erfaring med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter og det tverrfaglige samarbeidet:
 - Hvordan erfarer du å jobbe tverrfaglig med ulike yrkesgrupper?
 - Ortoped, geriater, fysioterapeut, ergoterapeut, m.m. (positivt/negativt)
 - Hvordan erfarer du sykepleierens rolle i det tverrfaglige samarbeidet?
 - Er det noe du tenker kunne vært gjort annerledes? Hva/hvordan?

- Har du et inntrykk av hvordan pasientene erfarer det tverrfaglige samarbeidet?
2. Erfaring med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter og organisering av ortogeriatrisk avdeling:
- Hvilke tanker har du om organiseringen av avdelingen?
 - Hva er bra/ikke bra?
 - Eventuelt, hva kunne vært gjort annerledes?
 - Hvilke tanker har du om sykepleierbemanningen på avdelingen?
 - Hvordan opplever du det todelte fokuset på avdelingen (ortopedi og geriatri)?
 - Hvordan erfarer du utreisedagen til pasientene?
 - Opplever du at pasientene skrives ut for fort?
 - Hvordan erfarer du at pasientene opplever utreisedagen?
3. Erfaring med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter og kompetanse:
- Har du fått noen form for opplæring innen ortogeriatri, eller tilbud om videreutdanning på avdelingen?
 - Hva slags?
 - Eventuelt, er videreutdanning noe du ønsker deg? Hvorfor/hvorfor ikke?
Hvilken videreutdanning ønsker du deg?
 - Kan du gi eksempler på hvordan du bruker din kompetanse ved postoperativ oppfølging av eldre pasienter med hoftebrudd?
 - Erfaring
 - Klinisk kunnskap
 - Hvilke tanker har du om din egen kompetanse knyttet til postoperativ oppfølging av eldre pasienter med hoftebrudd?
 - Hvilke tanker har du om kompetansen til sykepleier når avdelingen både har fokus på ortopedi og geriatri?
4. Erfaring med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter og pasienter med sammensatt sykdomsbilde:
- Kan du gi eksempler på hva som kan være utfordrende ved oppfølging av pasienter med et sammensatt sykdomsbilde ved ortogeriatrisk avdeling?

- Smertelindring, trykksårforebygging, ernæring, mobilisering, obstipasjon, delir/komorbiditet/kognitiv svikt/m.m.
- Kan du gi eksempler på hva som kan være positivt ved oppfølgingen av pasienter med et sammensatt sykdomsbilde på en ortogeriatrisk avdeling?
- I den postoperative delen av oppfølgingen, bruker dere kartleggingsverktøy? I så fall hvilke, og kan du si litt om din erfaring med bruken av disse?
 - For eksempel 4AT, CAM, IQCODE

Avslutning

- Hva tenker du om det vi har snakket om i dag?
- Har du noen spørsmål?
- Prosessen videre

Vedlegg 4

Vil du delta i forskningsprosjektet:

«Sykepleieres erfaring med oppfølging av eldre hoftebruddspasienter på en ortogeriatriisk avdeling»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en forståelse for sykepleieres erfaringer med postoperativ oppfølging av nyopererte og eldre hoftebruddspasienter på en ortogeriatriisk avdeling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om hensikten med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Dette er et masterprosjekt i studiet Klinisk Helsevitenskap ved Universitetet i Agder (UiA).

Formål

Hensikten med prosjektet er å få en økt forståelse for sykepleieres erfaringer med postoperativ oppfølging av hoftebruddspasienter på en ortogeriatriisk avdeling. Dette vil kunne ha en nytteverdi for sykepleiere som arbeider på ortogeriatriiske avdelinger, samt for oppfølgingen av eldre og ofte skrøpelige pasienter med et sammensatt sykdomsbilde. Problemstillingen som skal undersøkes er: «Hvordan erfarer sykepleier postoperativ oppfølging av nyopererte og eldre hoftebruddspasienter på en ortogeriatriisk avdeling?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder (UiA) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne henvendelsen via leder på din avdeling. Det er ønskelig å gjennomføre individuelle intervjuer med sykepleiere som arbeider på en ortogeriatriisk avdeling på et sykehus, og som følger opp eldre pasienter postoperativt etter et hoftebrudd. Du får spørsmål om å delta fordi du er sykepleier og jobber på en ortogeriatriisk avdeling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du samtykker til å delta i prosjektet innebærer det at du får en henvendelse om å bli intervjuet. Intervjuene gjennomføres på din arbeidsplass, eller digitalt (for eksempel Zoom).

Du vil bli kontaktet av prosjektansvarlig for å avtale sted og tidspunkt. Du vil få spørsmål om din erfaring med post-operativ oppfølging av eldre hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling. Det settes av maks en time til gjennomføring av intervju, og intervjuet vil bli tatt opp med lydopptak.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Lydfilen fra intervjuet vil bli transkribert ved hjelp av programmet NVivo av student og prosjektforfatter (Henriette Rypestøl). Lydfilen og transkripsjonen vil bli lagret på UiAs servere som ivaretar persondata. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som oppbevares innelåst.
- Det er kun prosjektforfatter og veileder (Tina Lien Barken) som vil ha tilgang til navnelisten og innsamlede data.
- Det vil ikke være mulig å identifisere deg ved publisering av resultatene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydfiler og personopplysninger slettes ved prosjektslutt, noe som etter planen er våren 2022. I tilfelle det blir forsinkelser er seneste sluttdato satt til 31/12/22.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved student Henriette Rypestøl, telefon 926 57 736, e-post henrir11@uia.no, eller veileder Tina Lien Barken, telefon 977 94 879, e-post tina.l.barken@uia.no.
- Vårt personvernombud: Johanne Warberg Lavold, telefon 38 14 13 28/412 12 048, e-post johanne.lavold@uia.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Tine Lien Barken

Student

Henriette Rypestøl

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Sykepleieres erfaring med oppfølging av eldre hoftebruddspasienter på en ortogeriatrisk avdeling», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju, og at mine personopplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Sub-kategori	Kategori	Tema
Men jeg har jo hvert fall erfart selv at det er mange som syntes at, hvis de er bare vant til det medisinske, at de syntes det er veldig skummelt når det bare er litt ortopedisk i tillegg, da.	Mange sykepleiere kan syntes det er skummelt å bytte pasientgrupper mellom kirurgisk og medisinsk	Kompetanse	Ulikt kompetansegrunnlag	Sammensatt todelt faglig fokus	Todelt faglig fokus krever helhetlig avansert sykepleie
lederen er veldig interessert i at noen skal ta litt videreutdanning innenfor geriatri, og sånn da.	Lederen interessert i at noen tar videreutdanning i geriatri	Faglig påfyll	Ønske om økt kompetanse		
og trener de til på en måte å komme tilbake til sitt opprinnelige nivå.	Trening for å komme tilbake til habituell funksjon	Opptrening og rehabilitering	Målrettet pasientforløp	Klinisk krevende og utfordrende pasientoppfølging	
At medisiner og nytt ... nye omgivelser, personer, større inngrep ... alt kan jo påvirke det kognitive hos de.	Alt kan påvirke det kognitive - medisiner, omgivelser, personer, operasjon.	Kognitiv funksjon	Skrøpelig pasientgruppe		
mens mange av de eldre kan være underernærte og tåler mindre medisiner.	Mange er underernærte og trenger oppfølging.	Ernæring			

