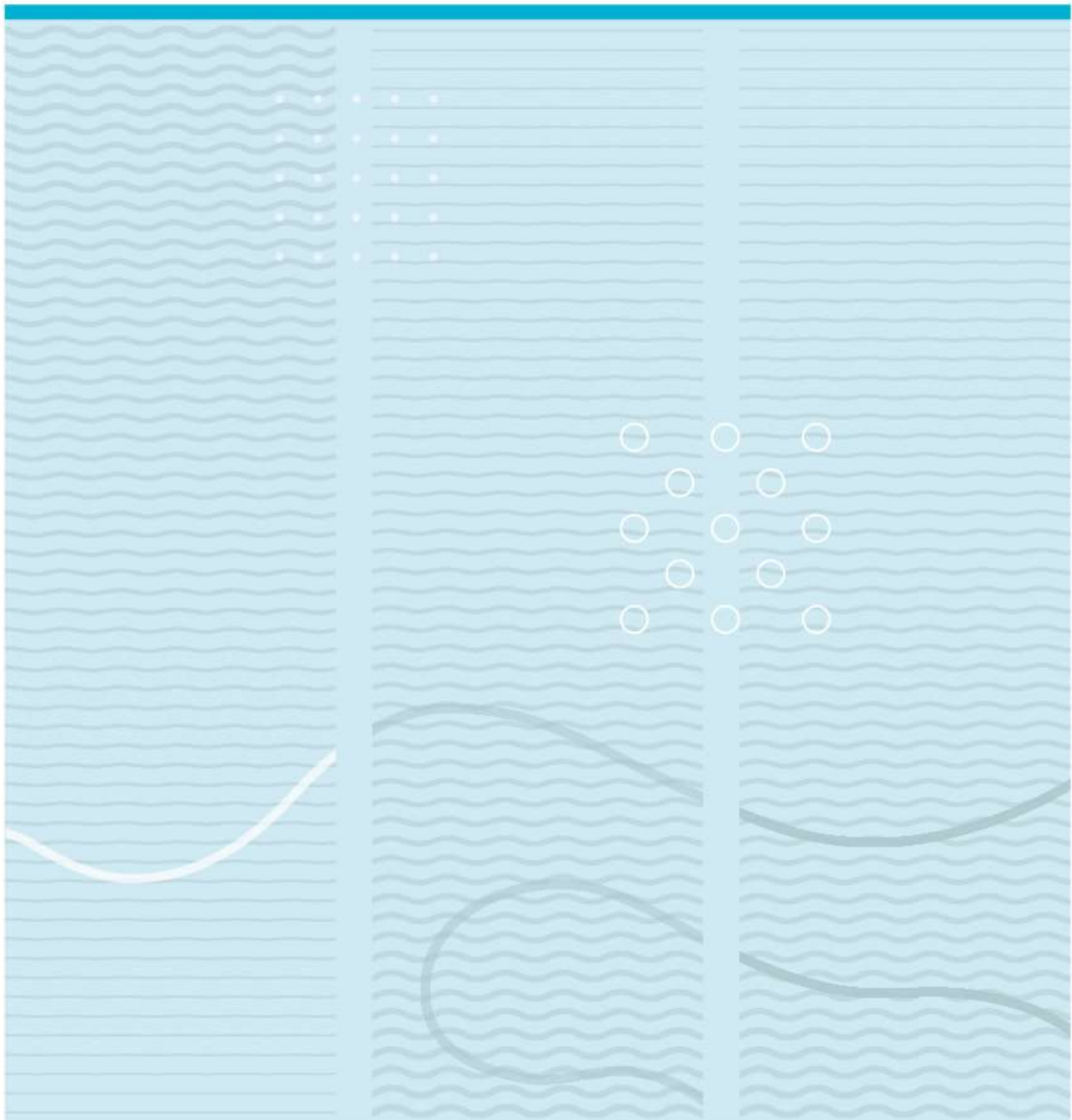


Claudia Andrea Toro Lisboa

Pasientenes perspektiver i opplæring av ultralydveiledet nervus femoralisblokkade

En studie om oppgaveglidning fra anestesileger til spesialtreneede sykepleiere



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2020 Claudia Andrea Toro Lisboa

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng
Antall ord: 16.459

Sammendrag

Bakgrunn: Ved Akuttsenteret på Sykehuset i Vestfold pågår det et pilotprosjekt, der en oppgaveglidning fra anestesileger til spesialtrene sykepleiere testes ut, ved at et utvalg sykepleiere opplæres i å sette ultralydveiledet nervus femoralisblokkade på pasienter med påvist hoftebrudd, før operasjon.

Mål: Denne masterstudien har hatt som formål å undersøke noen av disse pasientenes perspektiver som deltakere i dette pilotprosjektet, for å undersøke om oppgaveglidning i denne sammenhengen er vellykket, og å se om pasientenes tilbakemeldinger kan brukes i arbeidet med å forbedre behandlingen på Akuttsenteret.

Metode: For å evaluere pasientenes erfaringer med opplæringsprosedyren for ultralydveiledet nervus femoralisblokkaden, intervjuet jeg pasientene omtrent 24 timer etter smertebehandlingen. Pasientenes utsagn er kodet og fortolket i et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv, for å forstå pasientenes inntrykk, erfaringer og perspektiver. I studien er det sett på faktorer som påvirker pasientens grad av tilfredshet, opplevelse av smerte, stress og mestring, opplevd ventetid, samt hvor mye informasjon de satt igjen med, av den som ble gitt på akuttmottaket. Kommentarer om selve oppgaveglidningen er også tatt med.

Resultat: Pasientene i denne studien var gjennomgående veldig fornøyd med måten de ble tatt imot på Akuttsenteret, og behandlingen de fikk der. Ingen har klaget på at det ble for lenge å vente, og alle mente de fikk god og rask effekt av smertebehandlingen. På spørsmål om hvordan de reagerte på at smertebehandlingen ble utført av en sykepleier, beskrev pasientene sykepleierne som «rolige», «profesjonelle», «veldig flinke» og «fantastiske» i måten de utførte smertebehandlingen på. Samtidig sa de fleste at de ikke hadde noe imot at dette ble gjort av en sykepleier, så lenge behandlingen ble gjort på en ordentlig måte, av en faglig dreven person.

Konklusjon: Studien har vist at det er viktig å behandle pasientene individuelt, og ta hensyn til eventuelle utfordringer som mange eldre mennesker har, med tanke på mulig kognitiv svikt, spesielt hørsel og evnen til å bearbeide mye informasjon. Det å skape en trygg ramme rundt oppholdet på Akuttsenteret er viktig, omsorg, kommunikasjon og informasjon er sentrale begreper. Profesjonalitet blant helsearbeiderne er også med på å fjerne eventuell usikkerhet og redsel hos pasientene. Oppgaveglidning i den form som ble gjort her, har fungert godt, og viser at så lenge det

blir gitt god opplæring, og at endringer forankres i tverrfaglig samarbeid og i sykehusets organisasjon, kan flere legeoppgaver gjøres av sykepleiere.

Abstract

Background: At Vestfold Hospital Trust, a pilot project, in which a task shifting from anesthesiologists to specially trained nurses is tested, where a selection of nurses is trained to apply preoperative ultrasound-guided femoral nerve block to patients with proven hip fractures.

Aim: This Master thesis was conducted to examine some of these patients' perspectives as participants in the pilot project, to see if task shifting in this context are successful, and if the patients' feedback can be used to improve the treatment at the Emergency Department.

Method: In order to evaluate the patients' experience with the ultrasound-guided femoral nerve block training procedure, we interviewed the patients approximately 24 hours after the nerve block procedure. In this study, we define Emergency Department as an *inpatient acute care hospital setting*. The patients' statements were coded and interpreted in a phenomenological and hermeneutic perspective, in order to understand the patients' impressions, experiences and perspectives. We have looked at factors that affect the patients' degree of satisfaction, including the patients' experience of pain, stress and coping, experienced waiting time, as well as how much information they remembered, information provided during the stay at the Emergency Department. Comments about the actual task shift are also included.

Results: The patients in this study were generally very satisfied with the admission at the Emergency Center, and with the treatment received. No one complained about long waiting time, everyone thought they got a good and fast effect from the pain management. When asked how they reacted to the fact that the pain management was performed by a nurse, the patients described the nurses as "calm", "professional", "very good" and "fantastic" how they performed this task. And most of the patients said that they did not mind that this was done by a nurse, as long as the treatment was done in a proper way, by a skilled person.

Conclusion: This study has shown that it is important to treat patients individually, remembering any challenges that many older people have; possible cognitive impairment, especially loss of hearing and the ability to process a lot of information. Creating a safe environment during the stay at the Emergency Department is important - communication and information are keywords. Professionalism among health workers also helps to remove possible uncertainty and fear among patients. Task shifting in the form that was done here, was successful, and shows that as long as

good training is provided, and changes are anchored in the hospital's organization and interaction between nurses and doctors, a number of medical tasks can be done by nurses.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	8
1 INNLEDNING	9
1.1 Oppgaveglidning	9
1.2 Master i Avansert Klinisk Sykepleie	10
1.3 Avgrensninger og oppbygging	10
2 TEORETISK BAKGRUNN	13
2.1 Litteratursøk.....	13
2.2 Pasientperspektivet	13
2.2.1 Pasientmedvirkning	15
2.2.2 Essensen i sykepleie.....	15
2.3 Hoftebrudd.....	15
2.4 Smertelindring og nerveblokkade	17
2.5 Oppgaveglidning	18
3 PROBLEMSTILLING OG METODE	21
3.1 Etiske krav og vurderinger	22
3.2 Godkjenninger og samtykke	23
3.3 Utvalg og utvalgsriterier.....	24
3.3.1 Inklusjonskriterier	24
3.3.2 Eksklusjonskriterier	24
3.4 Intervjuguide.....	24
3.5 Datainnsamling	25
3.5.1 Tidspunkt for Intervjuene	25
3.5.2 Intervjuene.....	27
3.5.3 Språkbarrierer	29
3.6 Transkripsjon av intervjuene	30
3.7 Dataanalyse/koding	30

4	FUNN	32
4.1	Pasientperspektivet	32
4.1.1	Å føle seg sett.....	32
4.1.2	Kommunikasjon – informasjon	33
4.2	Totalopplevelse	34
4.2.1	Smerte, stress, mestring	34
4.2.2	Ventetid.....	38
4.3	Oppgaveglidning – pasientenes tilbakemeldinger.....	39
5	DISKUSJON.....	41
5.1	Pasienten i sentrum	41
5.1.1	Omsorgsperspektivet.....	41
5.1.2	Å være profesjonell.....	42
5.1.3	Informasjon.....	43
5.1.4	Kommunikasjon og svekkede kognitive evner.....	44
5.2	Forventninger og forutsigbarhet	46
5.2.1	Tid.....	46
5.2.2	Tillit.....	47
5.2.3	Trygghet	47
5.2.4	Smerteperspektivet	48
5.2.5	Stress og mestring.....	49
5.2.6	Ventetid.....	51
5.3	Oppgaveglidning	52
5.4	Styrker og svakheter ved studien	55
6	KONKLUSJON	57
	Litteraturliste	60
	Vedlegg.....	67
	Vedlegg 1	68
	Vedlegg 2	72

Forord

Til mine barn, som jeg savner veldig mye! Deres fravær har hjulpet meg til å skrive denne oppgaven ferdig!

Til den mest krevende og mest irriterende stavekontrolløren; Takk, Arne!

Til mine myndige veiledere, for kloke ord, nøyaktig og konstruktiv kritikk; Takk Pia og Elin!
Det var verdt å vente!

Larvik, 8.9.2020

Claudia Andrea Toro Lisboa

1 INNLEDNING

Helsevesenet må til enhver tid bestrebe seg på å gi best mulige behandling, pleie og omsorg til pasientene. Legenes og sykepleiernes faglige kvalifikasjoner spiller inn, men underveis er det viktig å lytte til pasientenes egne perspektiver og erfaringer, da disse gir helsearbeidere verdifull innsikt for å oppnå et godt helhetlig behandlingsforløp i møtet med sykehuset.

Helsevesenet i Norge (og verden for øvrig) møter nå en rekke utfordringer; økonomi, «eldrebølge» og teknologiske fremskritt er momenter som setter nye krav til helsepersonell og organisering av helsevesenet. Samtidig setter pasientene større krav til effektivitet og fleksibilitet (Brusselkontoret, 2012, s. 4).

Økt tilstrømming av eldre pasienter med hoftebrudd oppleves overalt (Lindholm, 2019). Pasienttilfredshet har i mange år vært en utfordring internasjonalt, akutt smerte er ofte årsaken til at pasienter kommer til akuttmottakene. Lindholm påpeker også at det rapporteres om under behandling av smerte, spesielt i forbindelse med hoftebrudd.

1.1 Oppgaveglidning

På Akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold (SiV) pågår det nå et pilotprosjekt, der et utvalg av sykepleiere har gjennomgått opplæring i å sette ultralydveiledet nervus femoralisblokkade (ULNFB) på hoftebruddspasienter før operasjon. Dette har tidligere kun vært administrert av anestesileger/leger med spesialopplæring, så for SiV er denne oppgaveglidningen ny. Som et eksempel har Drammen sykehus allerede innført denne endringen (Fagerström 2019, s. 153-156).

Pilotprosjektet ved SiV kom i gang for å undersøke om ULNFB ved hoftebrudd, utført av sykepleiere på Akuttsenteret, vil resultere i bedre smertebehandling de første 120 minuttene etter ankomst, sett i forhold til dagens metode. Denne studien tar sikte på å iverksette og evaluere oppstarten for bruk av spesialutdannede sykepleiere som utfører ultralydveiledet nerveblokkade hos pasienter med hoftebrudd på Akuttsenteret. Dette kan være gunstig for pasienter i form av hurtigere analgesi, redusert opioidforbruk, med påfølgende reduserte opioidbivirkninger, og det kan redusere risikoen for komplikasjoner og lengde på sykehusoppholdet (Beaudoin, Nagdev, Merchant & Becker, 2010, s. 80; Scurrah, Shiner, Stevens & Faux, 2018, s. 774-775).

Opplæringen til sykepleierne, som deltok i pilotprosjektet, besto av a); en dag teoretisk og praktisk opplæring, og b); tre påfølgende blokader satt på pasienter, veiledet av anestesileger. Denne masterstudien har vært en del pilotprosjektet i den pågående doktorgradsavhandling ved SiV. Oppgaveglidning fra leger til spesialtrente sykepleiere er en strategi for å innfri krav om økende behov for ressurser og å opprettholde høy standard i helsesektoren (Fagerström 2019, s. 154).

1.2 Master i Avansert Klinisk Sykepleie

Flere land har i flere år tilbudt videreutdanning i Avansert Klinisk Sykepleie (AKS). Norge er nå i gang, der de første kandidatene allerede er uteksaminert. Utdannelsen handler ikke bare om å skaffe seg ferdigheter til å utføre avanserte prosedyrer, men også kunnskapen om indikasjon, kontraindikasjon, komplikasjoner og håndtering av disse (Fagerström, 2019, s. 154), slik at en AKS-utdannet sykepleier kan ta selvstendige avgjørelser uten at en lege styrer dette. AKS-utdannelsen skal gi sykepleierne mer kunnskap innenfor anatomi, farmakologi, fysiologi og kliniske undersøkelser. Dette kan gi disse et bredere beslutningsgrunnlag når det gjelder å se pasientenes behov enn hva man får etter grunnutdanning i sykepleie (Donald et al., 2014, s. 1-2).

Dagens regelverk sier at pasientene selv skal være en del av helheten i behandlingen som helsetjenesten gir (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Brukerperspektivet gir viktige bidrag til pasienttilfredshet og hvordan helsepersonell kan tilpasse opplæring til hva som er viktig for pasienten. For oss sykepleiere er det derfor viktig å ha evnen til å kunne sette seg inn i pasientens situasjon, slik at mine bidrag i behandlingen av pasienten dekker flere ulike sider av deres behov, utover det rent medisinske.

1.3 Avgrensninger og oppbygging

Denne masteravhandlingen handler om hvilke tilbakemeldinger en gruppe pasienter gir på et prøveprosjekt på SiV der sykepleiere utfører en oppgave som tidligere ble utført av leger. Det vi har ønsket å finne ut, er hvordan pasientene har reagert på denne endringen, og om denne oppgaveglidningen kan føre til at smertelindring blir gitt både raskere og med like god effekt som det gjøres i dag. Samtidig å finne ut hvilke tilbakemeldinger disse pasientene gir med tanke på opplevd smerte, stress og mestring, hva de sier og husker om informasjon som er gitt, og hvor tilfredse de er med behandlingen og oppholdet på akuttmottaket.

Disse momentene er viktige å få fram for å se på om det er muligheter til forbedring på Akuttsenteret, for pasienter generelt, og eldre hoftebruddspasienter spesielt. Pasientenes kommentarer kan også vektlegges i forbindelse med reformer og endringer av rutiner og praksis, og kan også brukes i forbindelse med opplæring på avdelingen.

Pasientens perspektiver i forbindelse med oppgaveglidning er belyst i flere artikler, og alle hevder at slik tilnærming er udelt positiv (Boman, Egilsdottir, Ley-Malmberg & Fagerström, 2019b, s. 1070; Fagerström, 2019, s. 79, 80). Ved enhver endring av rutiner og systemer, som oppgaveglidningen i pilotprosjektet er, er det viktig å involvere de berørte parter, som i dette tilfelle er pasienter, leger og sykepleiere. Da vil man lettere og raskere kunne komme fram til gode løsninger i forbindelse med endringene.

For å besvare problemstilling er det intervjuet en gruppe pasienter, alle involvert i pilotprosjektet ved SiV. Intervjuene har foregått samme dag, eller dagen etter at nerveblokaden ble satt i forbindelse med opplæringen av sykepleierne på Akuttsenteret.

Masteroppgaven er inndelt i følgende kapitler:

Innledning, Teoretisk bakgrunn, Problemstilling og metode, Funn, Diskusjon og Konklusjon

For å presentere mine funn, har jeg brukt en kvalitativ semistrukturert metode, basert på intervjuene, for å få fram pasientenes egne erfaringer og tanker. Denne metoden passer godt på en liten gruppe informanter (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 46-47; Thagaard, 2009, s. 88-90).

Intervjuene ble gjennomført med støtte i en intervjuguide, laget med åpne spørsmål, for å få muligheten til å få pasientens egne refleksjoner fram i lyset. Pasientene har alle fått smertelindring av en sykepleier som har deltatt i pilotprosjektet om oppgaveglidning. Jeg satte opp retningslinjer med inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvem som skulle være med i intervjugruppen, for å få et best mulig faglig grunnlag. Slik ble for eksempel forvirrede pasienter utelukket, da man hos disse ikke vil få fram et reelt bilde av deres opplevelser. Alle informantene samtykket muntlig og skriftlig til å delta i undersøkelsen¹.

For å tilegne meg kunnskap om aktuell teoretisk og empirisk litteratur, har jeg lest i artiklene funnet i litteratursøket som nevnt i kapittel 2.1 under. Kunnskapen herfra ble brukt til å lage en intervjuguide, stille oppfølgingsspørsmål, og til i drøftingskapittelet senere i oppgaven. Denne

¹ Se vedlegg 1

bakgrunnskunnskapen satte meg i stand til å gjøre om pasientenes utsagn til koder, og ved hjelp av kodeprogrammet NVIVO 12 kunne jeg organisere utsagnene og etter hvert se et mønster i det som kom fram under intervjuene.

Underveis har jeg også tatt hensyn til krav om etikk og pålitelighet, for å kunne forsvare både funn og konklusjon.

2 TEORETISK BAKGRUNN

2.1 Litteratursøk

For å finne bakgrunnsmateriale for de temaene som skulle tas opp med pasientene i denne studien, har jeg søkt på forskjellige nøkkelord i de medisinske databasene OVID, Oria, Embase, CINAHL, Medline, PubMed og ProQuest. Der finnes anerkjente forskningsrapporter, som oppfyller kontrollpunktene i sjekkliste for vurdering av forskningsartikler, funnet på helsebiblioteket.no og hos Norsk sykepleierforbund.

Etttersom arbeidet med masteroppgaven utviklet seg, og problemstillingen ble klarere, ble det lettere å velge aktuelle forskningsrapporter, og ved forskjellige sammensetninger av søkeord fant jeg til slutt et utvalg som jeg har støttet meg til for å beskrive tidligere forskning om mine temaer.

Søkeordene som ble brukt var “Task shifting”, “Nurse Practitioner”, “Advanced Nurse Practitioner”, “Hip fractures”, “Elderly patients”, “Femoral nerve block/Ultrasound guided femoral nerve block”, “Emergency Department”, “Patients’ perceptions”. Noe informasjon ble funnet via referanser i artikler/bøker som jeg fant aktuelle for denne oppgaven.

Faglitteraturen bruker ikke bare «task shifting» som begrep om oppgaveglidning; «*delegation of tasks*», «*change of routine*» og andre begreper vanskeliggjorde søket etter relevante artikler.

Det ble ikke funnet mye norsk litteratur om temaet, men noe ble funnet gjennom SveMed+, og jeg har hentet informasjon fra enkelte av disse i min bakgrunnsstudie. NORART, en samling av norske og nordiske tidsskriftartikler, biblioteket på SiV, og kildehenvisninger i aktuelle artikler er også brukt.

2.2 Pasientperspektivet

Personer vil ofte legge sin skjebne i helsepersonellens hender hvis de blir utsatt for et uhell som krever akutt hjelp (Holmberg, Forslund, Wahlberg & Fagerberg, 2014, s. 544). Det er derfor viktig at disse, fra første stund, viser pasienten den respekt og omsorg som de har krav på, og tar pasientenes bekymringer på alvor. Selv om det kan vise seg at uhellet ikke er så alvorlig som pasienten selv tror, skal dette ikke avfeies fra helsepersonellens side, men man kan, etter å ha lyttet

til pasientens historie, fortelle og informere om situasjonen, og berolige pasienten ved korrekt informasjon.

Pasientsentrert kommunikasjon har positiv innflytelse på behandlingsresultatene, og kan gi bedret helse for pasienten (Boman et al., 2019b, s 1070). Fagerström (2019, s. 64) sier at sykepleier og pasient kan oppnå et dynamisk og gjensidig forhold, basert på tillit fra begge parter. Gjennom samtale og dialog mellom pasient og sykepleier, kommer pasientens behov fram. Pasienten åpner seg, og sykepleieren tolker dette, og bruker av sin kunnskap og ekspertise til å møte pasientens medisinske og personlige behov.

I en amerikansk undersøkelse fra 1999 (Watson, Marshall & Fosbinder, 1999, s. 88-90) om eldre pasienters oppfatning av omsorg og pleie på akuttmottaket, påpekes det flere områder som pasientene i denne undersøkelsen mener det er viktig å fokusere på, for å gjøre oppholdet for dem best mulig. Blant disse er behov for informasjon, ventetid, profesjonalitet og kompetanse i omsorgen og pasientenes bekymringer i forbindelse med behandlingen.

I en svensk undersøkelse ble det funnet at samhandling mellom pleier og pasient på akuttmottaket, angående triagering, sjelden forekom. Dette kunne virke negativt, fordi pasientenes forventninger kunne være totalt forskjellige fra sykepleier/leges syn. Bedret kommunikasjon mellom behandler og pasient i løpet av ventetiden på akuttmottaket kan eliminere noe av denne forskjellen, da har man stor mulighet for å rydde unna misforståelser, som igjen kan senke bekymringsnivået hos pasienten, og til slutt øke pasienttilfredsheten. I samtale med pasienten kan behandleren hjelpe pasienten til å forstå dennes situasjon og alvorligheten av pasientens tilstand (Ekwall, 2013, s. 534).

To nyere norske studier, hevder at det finnes betydelige bevis for en god effekt av oppgaveglidning mellom nivåene (vertikal oppgaveforskyvning) når det gjelder kostnadsbesparelser, bedret pasientflyt og effektivitet, tilfredshet blant de ansatte, kvalitet på omsorgen, brukertilfredshet og helseeffekt. Nettopp det at brukertilfredsheten øker, er viktig å ta med, når det gjelder å ta hensyn til pasientperspektivet (Feiring & Lie, 2018, s. 2; Malterud, Aamland & Fosse, 2020).

2.2.1 Pasientmedvirkning

En pasient har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). I § 3-1 står det:

«...Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud ...»

Videre står det i § 3-2 at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

2.2.2 Essensen i sykepleie

Som sykepleier er man nødt til å bry seg for å kunne gi best mulig pleie og omsorg. Man setter pasienten i sentrum, og handler ut fra pasientens spesielle situasjon og behov. Det forventes ikke at man skal knytte for tette bånd til pasientene, men man kan bruke egne erfaringer til å sette seg inn i, og klare å forstå pasientens situasjon. Gjengedal & Hanestad (2003, s. 205) hevder at «omsorg er essensen i sykepleie», at en sykepleiers omsorg er det viktigste bidraget til pasientens mestring.

2.3 Hoftebrudd

Blant eldre mennesker er hoftebrudd et utbredt helseproblem. Slike brudd er i utgangspunktet assosiert med alderdom, skrøpelighet og komorbide sykdommer, samt at pasienter som blir utsatt for dette, også er i risikozonen for andre komplikasjoner (Boman, Duvaland, Gaarde, Leary & Fagerström, 2019a, s. 1070 -1071).

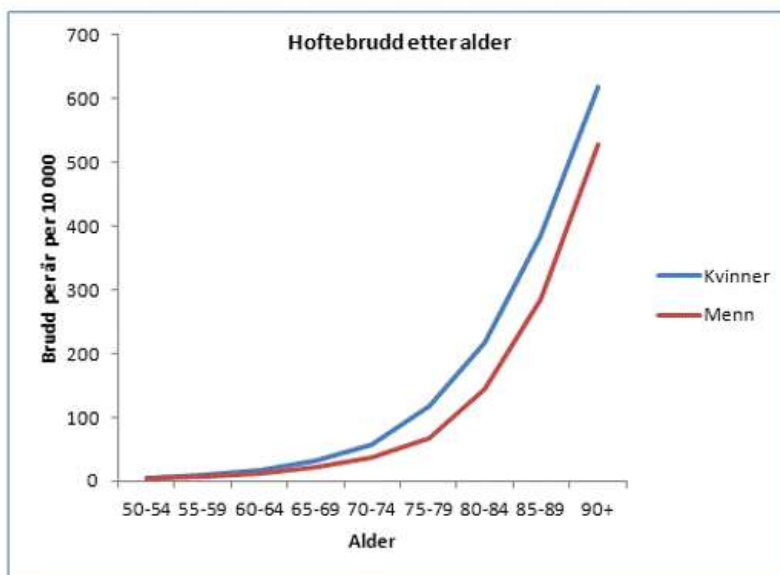
Å bli utsatt for hoftebrudd kan få en plutselig endring i eldre personers livssituasjon; hoftebruddspasienter opplever ofte redusert bevegelighet, med påfølgende funksjons-avhengighet, redusert helse og nedsatt livskvalitet, og mange hoftebruddspasienter ender opp på en institusjon for kortere eller lengre tid (Krogseth, Wyller, Engedal & Juliebø, 2014, s. 71-72; Fagerström 2019, s. 180).

Hoftebrudd har også blitt identifisert som en viktig årsak til for tidlig død. Ifølge Boman et al. (2019a, s. 1071) forekommer flest hoftebrudd i Skandinavia, og Norge har den høyeste forekomsten av hoftebrudd i verden. I underkant av 9000 personer med en gjennomsnittsalder på 80 år blir rammet av hoftebrudd hvert år i Norge, 70 % av disse er kvinner. Gjennomsnittskostnadene for en

pasient etter ett år er 500.000 kr., og det er sannsynlig at dette øker til 800.000 – 1.000.000 kr/pasient etter to år (Folkehelseinstituttet, 2016).

Hoftefrakturer står for 87 % av totalkostnadene for alle skjørhetsbrudd, og er dermed de dyreste frakturer forbundet med osteoporose. På verdensbasis i 1990 var antallet hoftefrakturer 1,26 millioner, og ut fra en stipulert vekst av eldre personer i verden, vil det i 2025 være 2,6 millioner, og i 2050 4,5 millioner hoftefrakturer (Gullberg, Johnell & Kanis, 1997, s. 407). Ved Sykehuset i Vestfold ble det i 2019 rapportert inn 446 primæroperasjoner for hoftebrudd (Haukland universitetssjukehus, 2020, s. 250).

Eldre pasienter med hoftebrudd er en sårbar gruppe, og er spesielt utsatt for delirium. Kognitiv svekkelse, sensorisk svekkelse og øvrige sirkulasjonssykdommer er medvirkende til dette. Kombinasjonen av et høyt antall av predisponerte faktorer og et alvorlig brudd kan forklare en høy forekomst av delir hos hoftebruddspasienter, opp til 58 % (Krogseth, et al., 2014, s. 68-69).



Tabell 1

Tabellen viser forekomsten av hoftebrudd i Norge, fordelt på alder og kjønn (Folkehelseinstituttet, 2016)

Andel hoftebruddspasienter vil således øke kraftig i tiden fremover, og forskning på god og effektiv behandling av denne gruppen må sies å være nødvendig. Statistikken viser at fall med påfølgende lårhals- og lårbensbrudd er vanlig blant eldre mennesker, samtidig som konsekvensene kan bli alvorlige. Dødeligheten én måned etter fall er 10%, og øker til 30% når det har gått ett år. Mange av

dem som kommer seg, får imidlertid redusert bevegelighet og økt avhengighet av bl. a. hjelpemidler og kommunale tjenester. For denne pasientgruppen er gjennomsnittsalderen over 80 år, majoriteten er kvinner (Norsk ortopedisk forening, 2018, s. 7).

2.4 Smertelindring og nerveblokade

I artiklene vedrørende hoftebrudd, nevnes smertelindring som et viktig tiltak. Bevegelse etter et hoftebrudd vil nesten alltid medfører sterk smerte (Norsk ortopedisk forening, 2018, s. 17-18) Hensiktsmessig bruk av smertelindringstiltak er også viktig for å redusere bivirkninger og senere komplikasjoner. Norsk ortopedisk forening (2018, s. 18) hevder, sammen med flere, at ULNFB nå er ansett som en effektiv og anerkjent metode, med rask effekt og få komplikasjoner (Beaudoin et al., 2010, s. 80; Beaudoin, Haran & Liebmann, 2013, s. 589-590; Scurrah et al., 2018, s. 774-775).

Selv om smerte og smertelindring nevnes i forbindelse med artiklene jeg har lest om hoftebrudd, så vil ulike personer oppleve smerten forskjellig – noen tolerer mer smerte enn andre. Smerte er en subjektiv opplevelse, i tillegg vil også forhold rundt pasienten kunne påvirke selve smerteopplevelse. Dette blir nærmere beskrevet i kapittel 5.3 nedenfor. I studien vil opplevelsen av smerte, men også helhetsopplevelsen av selve smertebehandlingen, være et tema, der pasientenes egne forventninger, opplevelser og erfaringer blir beskrevet.

Eldre pasienter med hoftebrudd har høy frekvens av annen sykdom og dødelighet, og er ofte underbehandlet for smerter (Scurrah et al., 2018, s. 770). Akutt smertehåndtering hos eldre er utfordrende, de er ofte fysisk svekket, har samtidige sykdommer og kognitiv svikt, med sammensatt smertevurdering og behandling. Retningslinjer for akutt smertebehandling hos eldre finnes, men undersøkelser viser at disse ikke nødvendigvis følges, og at det fortsatt er muligheter for forbedring.

Det er jevnt over bevist at nerveblokade effektivt kan redusere smerter ved hoftebrudd, den gir hurtig, steds spesifikk smertelindring som er mer effektivt enn andre metoder, for eksempel intravenøs morfin (Beaudoin et al., 2013, s. 589-590). Det er også moderate bevis for at nerveblokade kan bidra til å redusere faren for delirium, sykелighet og dødelighet. Samtidig viser studier at pasienter som har mottatt femoralis nerveblokade, har fått redusert oppholdet på sykehuset med opptil 10 dager. Videre er det bevist at nerveblokade kan administreres trygt og raskt under ultralydveiledning av både leger og spesialtrene de sykepleiere (Scurrah et al., 2018, s. 774-775).

Selv om det er mer sjelden beskrevet, er pasienttilfredshet et annet viktig element når man skal evaluere smertelindring/-behandling. Scurrah et al. (2018) viser til en liten studie utført av Diakomi et al., som antyder at pasienter som har fått ultralydassistert nerveblokkade, var mer fornøyde enn pasienter som hadde fått intravenøs fentanyl. På spørsmål hadde alle deltakende pasienter som fikk nerveblokkade, indikert at de foretrakk å motta samme behandling i tilfelle fremtidig operasjon, sammenlignet med bare 25 % av de som fikk intravenøs fentanyl (Scurrah et al., 2018, s. 776).

I og med at nedsatt preoperativ kognitiv tilstand er en risiko for delir, er det spesielt viktig å administrere tidlig smertelindring. Ved ankomst sykehuset er de fleste hoftebruddspasientene blitt behandlet for smerte av ambulanspersonellet, og på akuttmottaket bør det da velges en metode som er rask og effektiv, med minst mulig ekstra ubehag for pasientene. Siden pasienter med nedsatt kognitiv status erfaringsmessig får mindre smertebehandling (Wennberg, Möller, Herlitz & Kenne Sarenmalm, 2019, s. 2), vil bruk av ultralydveiledet smerteblokkade gi lik behandling for alle kategorier hoftebruddspasienter, uansett kognitiv status.

I pilotprosjektets studie ble pasientens smerte kartlagt ved innleggelse, samt etter administrasjon av ultralydassistert nerveblokkade før operasjonen. Sykepleieren som administrerte nerveblokkade brukte «Numeric Rate Scale» (NRS) som kartleggingsverktøy, der 0 tilsvarer ingen smerte og 10 pasientens uttrykk for verst tenkelig smerte. De målte pasientens smerte ved innkomst, ut fra pasientens egen gradering av sin smerte. Deretter ble smerteblokkaden satt, og etter 30 minutter ble pasientene igjen spurt om å beskrive sin smerte på skalaen fra 0 til 10. Så gjentas dette hver halvtime til smerteblokkaden er tilfredsstillende effektiv.

2.5 Oppgaveglidning

Lindring av smerte hos pasienter med hoftebrudd er ikke alltid optimal i akuttmottak (Lindholm, 2019). Anestesileger utfører tradisjonelt ULNFB. I en travel arbeidshverdag opplever disse legene ofte at de må la hoftebruddspasientene vente ufoholdsmesig lenge på adekvat smertelindring. Årsaken er ofte at andre oppgaver som er mer akutte må prioriteres.

Oppgaveglidning der sykepleier utfører tidligere legeoppgaver er en mulig løsning på denne utfordringen.

Oppgaveglidning har tidligere vært særlig nyttig og viktig i U-land (Laurant et al., 2018, s. 7), og spesielt i forbindelse med å bekjempe HIV/Aids og andre infeksjonssykdommer der. World Health

Organisation (WHO) hevder at mangelen på kvalifisert helsepersonell vil øke i tiden framover, og viser til situasjonen når det gjelder behandling av HIV/Aids i Afrika. I en studie fra 70- og 80-tallet i Uganda, ble det konkludert at oppgaveglidning fra lege til sykepleiere frigjorde kapasiteten til legene, slik at disse kunne konsentrere seg om mer kompliserte tilfeller (WHO, 2007). Det har også vist seg at mange leger og sykepleiere fra fattige land forlater sitt hjemland, noe som medfører mangel på kvalifisert helsepersonell i de aktuelle landene. Dette har fremprovosert en situasjon der arbeidsoppgaver må utføres av annet helsepersonell (Ystgaard & Bolkan, 2013, s.1618).

WHO anbefaler derfor at i land der det er mangel på kvalifisert helsepersonell, bør man styrke mulighetene for bruk av oppgaveglidning, ved spesialprogrammer som gir helsepersonell med lavere utdanning, spesialutdanning i spesifikke oppgaver, slik at for eksempel leger kan fristilles til mer komplekse gjøremål (WHO, 2008).

Internasjonalt har oppgaveglidning vært et tema i mange tiår, der endringene fungerer godt (Maier, Koppen, Busse & Munros team, 2018, s. 5). Man er nå i gang med å formalisere denne oppgaveglidningen i flere land. I Sierra Leone ser man for seg at ved å utdanne et visst antall sykepleiere til et nivå tilsvarende AKS, vil man kunne gi adekvat medisinsk hjelp til et vesentlig større antall pasienter enn det som er tilfelle i dag. I et prosjekt for dette i hovedstaden Freetown, antydes det at det kan utføres ca. 15.000 flere operasjoner årlig, utført av spesialutdannede sykepleiere. Dette er basert på erfaringer fra land i Øst-Afrika (Ystgaard & Bolkan, 2013, s. 1618).

Europakommisjonen, som er en institusjon innen EU, hvis oppgave er å fremme lovforslag overfor EUs to lovgivende institusjoner (Europarådet og Den europeiske unions råd), har diskutert Europas fremtidige arbeidsmarked, inkludert helsesektoren, og la fram meldingen «Ny kompetanse, nye jobber» i november 2010. Gjennom EØS-avtalen er Norge knyttet til EU, både når det gjelder plikter og rettigheter. I meldingen fra Europakommisjonen hevdes det at fokuset på riktig kompetanse må økes. Videre i meldingen antyder kommisjonen at Norge vil trenge 95 – 135.000 nye årsverk i helsesektoren fram mot 2030. De skriver også at norske myndigheter i liten grad fokuserer på oppgaveglidning som et virkemiddel i seg selv, for å nå dette målet, men at oppgaveglidning blir et av flere verktøy som skal vurderes for å oppnå bedre ressursutnyttelse innen helsesektoren (Brusselkontoret, 2012, s.7).

En av grunnene er at befolkningsutviklingen går mot en eldrebølge, og helsetjenestene må ta høyde for dette. Selv om dagens eldre på mange måter er yngre enn for en generasjoner siden, så vil et større antall eldre medføre økt press på helsevesenet, som vil kreve flere ansatte i helsesektoren (Fagerström, 2019, s. 21).

I Norge er selve begrepet oppgaveglidning relativt nytt, samt at innføring av AKS i helsevesenet er i startfasen (Boman et al., 2019a). Selv om vi i dag ligger noe etter andre land, har det i prinsippet vært utført tiltak som kan kalles oppgaveglidning i Norge i flere år, se eksempler i neste avsnitt. Lokale opplæringstiltak har vært brukt for å få gjennomført slike oppgaveglidninger, min masteroppgave er et resultat av en slik lokal opplæring ved Sykehuset i Vestfold. Men oppgaveglidning er fortsatt kontroversielt for mange (Feiring & Lie, 2018, s. 2; Fagerström, 2019, s. 20-23), noe som jeg kommer tilbake til i kapittel 5.3 nedenfor.

For å effektivisere ressursene på et sykehus, vil oppgaveglidning kunne være et virkemiddel (Boman et al., 2019b, s. 48). Leger vil da kunne brukes til de kompliserte tilfellene, mens sykepleiere med noe ekstra opplæring/utdannelse og trening, kan utføre noe av de enklere oppgavene som en lege i dag gjør. Forenklet kan dette forklares med at legene ikke har kapasitet til å utføre disse oppgavene selv, uten å utsette pasientene for ekstra ventetid. Spesialutdannede sykepleiere åpner for mulighetene for slik oppgaveglidning, og dette har i de senere år blitt et tema blant ansatte i spesialhelsetjenesten i Norge. Benmargsbiopsi utføres i dag også av sykepleiere på et universitetssykehus i Oslo (Feiring og Lie, 2018, s. 2). Medikamenthåndtering, sondenedleggelse og innlegging av urinkateter gjøres i dag av sykepleiere, handlinger som i utgangspunktet var legeoppgaver. Ved sykehusene i Drammen har det i en tid blitt brukt spesialtreneede sykepleiere til smertebehandling av pasienter med hoftefrakturer, noe som tidligere bare ble utført av leger (Fagerström, 2019, s. 23-24, 155). Gipsing av brudd har også vært en ren legeoppgave, men som blant annet ved SiV også utføres av spesialtreneede sykepleiere.

3 PROBLEMSTILLING OG METODE

Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie, med semistrukturerte intervjuer av en avgrenset pasientgruppe, 14 eldre personer med hoftebrudd. Jeg har hatt en fenomenolistisk tilnærming, der det er pasientenes subjektive virkelighetsoppfatning av forhold rundt smertelindringen de fikk i akuttmottaket som undersøkes, også med tanke på at denne smertelindringen er administrert av en sykepleier, og ikke en lege. På denne måten prøver jeg å få fram en reaksjon fra pasientene i intervjugruppen på denne oppgaveglidningen (NEM, 2010, s. 7, 11-12). I fortolkningen har jeg samtidig støttet meg til hermeneutikken, for å hente ut meningen i, og betydningen av pasientenes svar, for å forstå hvordan pasientene opplevde behandlingen de fikk.

Denne masteroppgaven har følgende problemstilling:

Pasientenes perspektiver som deltakere i opplæring av ultralydveiledet nervus femoralisblokkade.

-En studie om oppgaveglidning fra anestesileger til spesialtrene sykepleiere.

Underliggende informasjon er funnet i forskningsartikler fra Vest-Europa, da det er der man har mest erfaring med bruk av oppgaveglidning, men også fra Norge, som sakte, men sikkert kommer etter. I disse er det beskrevet praktiske utfordringer man har møtt i forbindelse med oppgaveglidning, samt erfaringer man har høstet der dette har blitt utprøvd/implementert over tid (Kvale & Brinkmann, 2009). Noe nyere norsk forskning finnes om temaet oppgaveglidning (Feiring og Lie, 2018; Fagerström, 2019). Temaet er nå også drøftet og debattert i fagtidsskrifter for leger og sykepleiere (Bing-Johnsen, 2019; Bordvik, 2019a; Bordvik, 2019b; Fonn, 2019).

Kvalitativ studie ble valgt fordi jeg i samtale med berørte pasienter har fått høre deres beskrivelser av opplevelsene de hadde i forbindelse med smertebehandlingen. Jeg har også fått fram informasjon som sier noe om hvordan helhetsopplevelsen rundt smertebehandlingen var, og pasientenes kommentarer på at smertebehandlingen ble utført av en sykepleier. I og med at tilgjengelig norsk og utenlandsk litteratur sier litt om dette, har jeg fått et visst grunnlag for å kunne sammenligne min studie med disse (Fagerström, 2019; Laurant et al., 2018; Maier et al., 2018).

En kvalitativ studie går mer i dybden enn en kvantitativ metode. En kvalitativ metode passer til undersøkelser der vi ønsker å få fram deltakernes meninger og erfaringer, der man intervjuer en mindre gruppe personer, og ikke sender ut et stort antall spørreskjemaer der deltakerne bare krysser av ferdig gitte svar (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2015, s. 28). Siden jeg vil få fram pasientenes erfaringer med oppgaveglidningen i forbindelse med administreringen av preoperativ smertelindring, passer den kvalitative metoden godt, da det er personlige forhold jeg vil få frem (Thagaard, 2009, s. 12).

3.1 Ethiske krav og vurderinger

Forskningsetiske retningslinjer er blitt fulgt underveis i arbeidet med studien (Johannessen et al., 2015). I enhver forskning skal det tas hensyn til personvernet, slik at personer eller grupper ikke blir utsatt for utilbørlig fokus, uansett hva temaet i forskningen er. Eventuelle sensitive opplysninger skal oppbevares slik at informasjon ikke kommer på avveie eller kunne bli misbrukt.

Personopplysninger skal anonymiseres. Data skal slettes så fort dette kan gjøres, uten å ødelegge for forskningsresultatet (NSD, 2018; NEM, 2010, s. 27-30).

Videre skal forskningen forsøke å vise et riktig bilde av forholdene som undersøkes, slik at konklusjonen blir så sannferdig og korrekt som mulig. Dette oppnås ved at man bruker forskningsdata som kommer fram i sin helhet, og ikke utelater deler av materialet, som kan gi et annet svar enn det man ønsker selv (NEM, 2010, s. 25; Thagaard, 2009, s. 111).

Underveis i min studie er ikke navn notert eller brukt underveis. Kun kjønn og alder har vært relevant å bruke. Alle kandidatene i min undersøkelse er blitt informert om at de på ethvert tidspunkt kan trekke sitt samtykke tilbake. Eget skjema om dette er delt ut til deltakerne, med informasjon om ansvarlig student og veileder, samt hvordan innsamlet materiale skal oppbevares.

For å unngå påstander om plagiat, har jeg i denne studien vært påpasselig med å oppgi kilder, og på hvilken måte informasjonen er innhentet. Jeg har søkt etter og funnet så mange kilder som mulig, for å unngå å bare støtte meg til én kilde, og for at mine funn kan støtte seg til et så bredt forskningsgrunnlag som mulig. Både internasjonal og nasjonal forskning er gjennomgått.

3.2 Godkjenninger og samtykke

Personvernet står sterkt i et demokrati, og Datatilsynet (2019), sier «*personvern handler om retten til et privatliv og retten til å bestemme over egne personopplysninger*». Dette omfatter også «*enkeltpersoners rett til å ha innflytelse på bruk og spredning av personopplysninger om seg selv*». Studien omfatter innsamling av informasjon om en gruppe pasienter, i form av intervjuer, hvor det stilles personlige spørsmål.

I denne kvalitative undersøkelsen har jeg intervjuet en gruppe pasienter. Intervjuene som er gjennomført i denne masteroppgaven, er en del av en doktorgradsavhandling ved SiV. Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har vurdert doktorgradsavhandlingen, inkludert min studie, samlet til å være helsetjenesteforskning, sak 2019/343. Norsk senter for forskningsdata (NSD) (sak 2019/06011) og personvernombudet (PVO) internt ved SiV, har godkjent doktorgradsavhandlingen. Datainnsamling til denne masteroppgaven er godkjent gjennom dette PhD-arbeidet.

I studien har jeg ikke hatt behov for navn, personnummer eller andre personidentifiserbare opplysninger. Pasientene som har blitt intervjuet, har samtykket til å bli intervjuet i løpet av oppholdet på SiV. Samtykkeskjemaene blir oppbevart forskriftsmessig hos doktorgradsstipendiaten.

Pasientene ble møtt med ydmykhet og empati; vi satt på samme nivå, og hadde god øyekontakt. Det ble uttrykt takknemlighet at de sa seg villige til å delta i undersøkelsen, og spørsmålet om de fortsatt var villige til å delta ble gjentatt. Det ble lagt opp til en kort innledende samtale for at vi skulle bli litt kjent, litt mer informasjon om prosjektet, dette for å skape god kjemi og et godt klima for samtalerne. For å underbygge deres betydning for prosjektet, ble de informert om at deres fortellinger og erfaringer var viktig for å forbedre helsetjenesten, og at vi har mye å lære av deres erfaringer. Det ble lagt vekt på å bruke et dagligdags språk, og å unngå faguttrykk. Dette er tiltak for å skape en god relasjon mellom informant og intervjuer, for å få de beste resultater (Malterud, 2012, s. 69-70, 141).

3.3 Utvalg og utvalgskriterier

I undersøkelsen blir det brukt et strategisk utvalg av pasienter. Det var ikke tilfeldig hvilke pasienter som ble intervjuet, det ble foretatt et utvalg som var hensiktsmessig for forskningen (Malterud, 2012, s. 42).

Følgende kriterier ble lagt til grunn for utvelgelsen av pasienter i undersøkelsen:

3.3.1 Inklusjonskriterier

- Pasienter på kirurgisk avdeling mellom 60 og 99 år, som er nylig er innlagt med hoftefraktur lårhalsbrudd, pertrokantært brudd eller subtrokantært brudd gjennom akuttmottaket.
- Pasienter som har fått ultralydveiledet femoralisblokkade på akuttmottaket utført av spesialtrent sykepleiere, under veiledning av anestesilege
- Pasientene må være i stand til å gi skriftlig informert samtykke.

3.3.2 Eksklusjonskriterier

- Pasienter med allergi for legemidler som brukes til bedøvelse
- Pasienter med delir eller demens.
- Kognitiv svikt som gjør at forsøkspersonen ikke er samtykkekompetent.

3.4 Intervjuguide

På forhånd hadde jeg laget en strukturert intervjuguide², med 6 spørsmål, noen med underspørsmål. Alle spørsmålene var utformet med tanke på masteroppgavens problemstilling.

En undersøkelse med lukkede spørsmål vil kunne gi høy tilfredshet, men unyanserte svar, og kvalitative undersøkelser har vist at eventuelle negative erfaringer ikke kommer fram med lukkede spørsmål (Thagaard, 2009, s. 88-89). I intervjuguiden skrev jeg derfor ikke spørsmål som kunne gi ja/nei-svar, men formulerte åpne spørsmål, som ga pasientene anledning til å utbrodere svarene.

Etter intervjuet med den første pasienten, ble intervjuguiden revidert, det ble blant annet lagt til et spørsmål som gikk direkte på det at smerteblokaden ble utført av en sykepleier, for å i større grad

² Se vedlegg 2

kunne kartlegge hvordan pasientene hadde opplevd denne spesielle oppgaveglidningen. Spørsmålene var åpne, men korte og presise. Dette var et hensiktsmessig valg da hoftebruddspasienter er en pasientgruppe som ofte består av eldre personer, mange med underliggende sykdommer, med kognitiv svekkelse, som nå har gjennomgått et omfattende traume, har smerter, og er svært utsatt for å bli akutt forvirret eller deliriske, og dermed kan være sårbare og skjøre (Boman et al., 2019a, s. 1070-1071). Derfor bør de ikke utsettes for unødig ekstra belastning.

3.5 Datainnsamling

Fem sykepleiere var med på pilotprosjektet «smertelindring ved hjelp av ultralydassistert nerveblokkade for hoftebruddspasienter», som nevnt tidligere. Alle disse var ansatt på akuttmottaket ved SiV, og siden masterstudiens intervjuobjekter skulle velges blant deres pasienter, ble disse fem sykepleierne gjort kjent med bakgrunnen for min studie. Pasienter som ikke møtte inklusjonskriteriene som var satt opp for deltakelse i studien, ble ikke intervjuet. I de tilfeller der det kom inn en aktuell pasient for min studie, basert på kriteriene nevnt over, fikk jeg beskjed fra en av de fem sykepleierne, om at det nå var kommet inn en slik pasient. Dette uavhengig om jeg var på jobb eller hadde fri, og uavhengig når på døgnet dette var. Utvalget ble til slutt en gruppe på 14 pasienter.

Sykepleieren, som utførte treningsblokkader på hoftebruddspasienter, informerte samtidig pasienter som falt inn under inklusjonskriteriene, om pilotprosjektet og om min rolle der, og om behovet for kandidater som skal intervjues. Informasjonen ble gitt muntlig. De av pasientene som sa ja til å bli med på intervjuet, signerte på et samtykkeskjema, der den samme informasjonen sto skriftlig. Idet samtykket ble innhentet, ble jeg varslet med en SMS på telefon, og jeg kunne da forberede neste intervju.

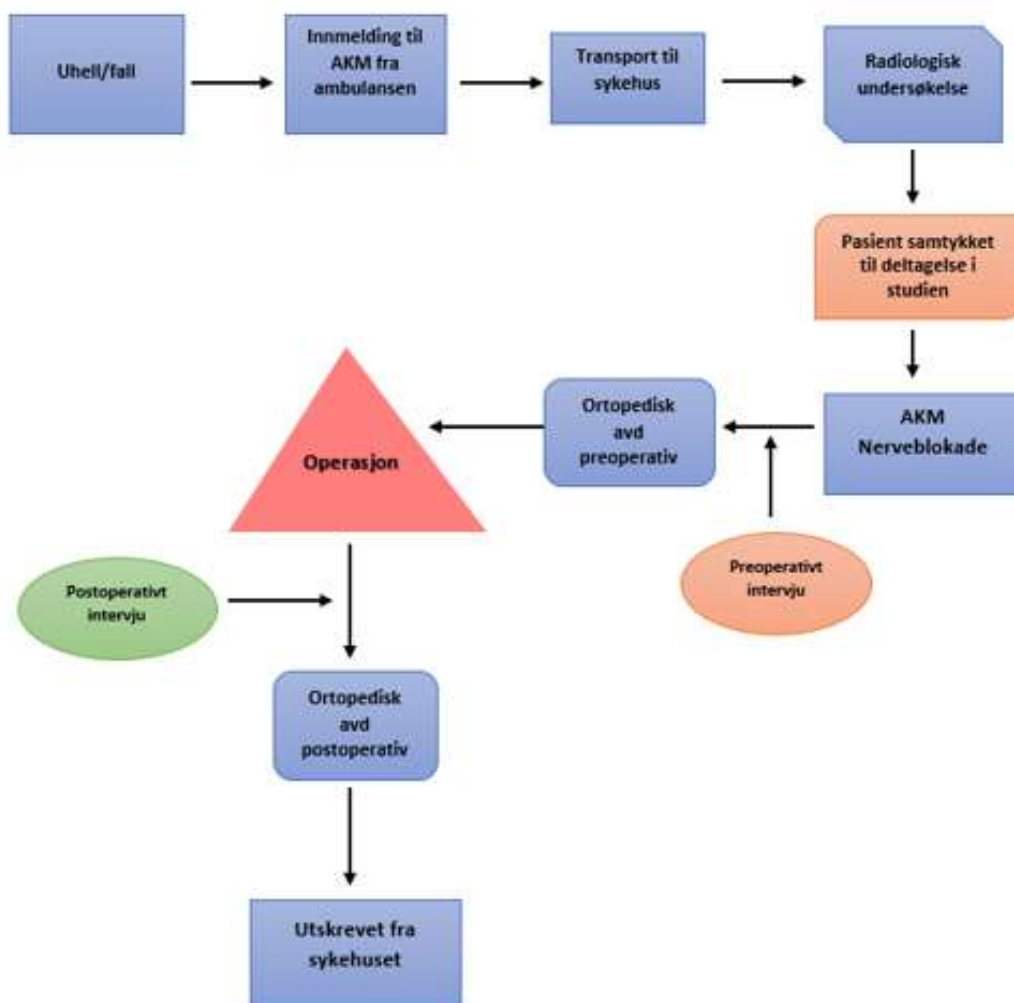
3.5.1 Tidspunkt for Intervjuene

I de tilfellene jeg var på jobb, tok jeg kontakt med pasienten på et tidlig tidspunkt, og fikk avtalt tid for intervjuet. Jeg kunne da intervju pasienten rett etter at min vakt var ferdig. Ca. halvparten av intervjuene har blitt tatt før operasjonen, resterende er tatt på ortopedisk avdeling etter at de var ferdig operert.

Preoperativt har jeg intervjuet pasienten tidligst en time etter at de har fått smertelindringen.

Postoperativt samme dag som operasjonen, eller dagen etter.

Dersom jeg var hjemme da jeg fikk SMS-meldingen, har jeg i noen tilfeller reist på jobb, og tatt kontakt med pasienten for å avtale intervjuet, enten samme dag eller dagen etter. Ellers har jeg tatt kontakt med pasienten neste dag, etter at jeg kom på jobb, og avtalt tid for intervjuet.



Figur 1

Flytskjema som viser pasientens vei fra hoftebruddet inntraff, til sykehuset og til utskrivning. Pasienten ble informert om prosjektet og spurt om vedkommende ville være med på spørreundersøkelsen av sykepleieren på akuttmottaket, etter at hoftebrudd var bekreftet. Intervjuene har blitt utført preoperativt på Akuttmottaket, eller postoperativt på Ortopedisk avdeling.

I det elektroniske kvalitetskontrollsystemet DIPS v/SiV, finnes retningslinjer for rask og forsvarlig pasientflyt for pasienter med «Fraktur i øvre femurende», som beskriver arbeidsprosesser for sykepleiere ved Akuttsenteret. Denne pasientkategorien kommer inn under det som på SiV betegnes

som «FØF Fasttrack», der forberedelsene for eventuelle inngrep på sykehuset, allerede startes av ambulanspersonalet.

3.5.2 Intervjuene

Alle pasientene ble intervjuet én og én, på det rommet pasienten allerede befant seg, slik at pasienten slapp å flytte på seg. Intervjuene ble tatt mens pasienten var alene på rommet der de lå, for å ivareta taushetsplikten.

Alle pasientene hadde blitt gitt en kort informasjon, både muntlig og skriftlig, av en av de fem sykepleierne på Akuttsenteret, om deltakelsen i mitt prosjekt, i forbindelse med ankomsten til Akuttsenteret. Før alle intervjuene forsikret jeg meg allikevel om at pasientene var klare for disse, ved at ansvarlig sykepleier på avdelingen, der de lå, gjentok forespørselen om å bli intervjuet, og at det passet at jeg kom. På den måten ga jeg alle muligheten til å trekke seg, dersom de ønsket dette. Alle pasientene gjentok samtykket til å være med på min undersøkelse.

Selve intervjuene tok omtrent 40 minutter, i begynnelsen brukte jeg litt tid på å bli kjent med pasienten, og gjøre pasienten kjent med meg, for å skape et godt miljø for intervjuet. Jeg brukte også litt tid i starten av samtalen, for å utdype hensikten med min studie. Pasientene ble igjen forklart at de ville bli anonymisert, og at verken navn, fødselsdata eller andre identifiserende opplysninger ville bli notert.

Intervjuguiden ble fulgt i alle intervjuene, fra spørsmål 1 til spørsmål 6, med underspørsmål.

Nedsatt hørsel hos flere av pasientene var en utfordring. Jeg valgte å løse dette ved å gjennomføre en-til-én intervjuer i egnet rom, uten forstyrrende uro. Samtlige pasientene brukte høreapparat, enten sporadisk eller hele tiden. Seks hadde høreapparatet med seg på sykehuset, de øvrige hadde apparatene hjemme. Jeg løste eventuelle problemer med kandidatenes svekkede hørsel, ved at de brukte eget høreapparat, eller tilbød dem taleforsterker fra sykehuset. Akuttmottaket hadde ikke egne taleforsterkere, men jeg fikk låne dette på andre avdelinger på sykehuset, der jeg var kjent. På denne måten unngikk vi unødvendige misforståelser, og jeg fikk forsikret meg om at intervjuobjektene fikk med seg alt hva jeg spurte dem om.

Etter mitt første intervju fikk jeg bedre inntrykk av hvordan jeg kunne gjennomføre resten av intervjuene. Jeg la til et spørsmål under spørsmål 4, som gikk direkte på om pasientene hadde noen tanker om at smertelindringen ble gitt av en sykepleier, og om pasienten var redd/engstelig. Pasient 1 ga meg imidlertid utfyllende svar på de øvrige spørsmålene, og jeg ønsket å beholde den første

pasienten med tanke på de øvrige spørsmålene. Jeg oppdaget også at jeg måtte være veldig oppmerksom på bevegelsene og uttrykkene til intervjuobjektet, for å kompensere for mangelen på en opptaker. Dette gjorde arbeidet med intervjuene svært omfattende og krevde all min oppmerksomhet.

Pasientene hadde jo på forhånd blitt oppfordret til å være konkrete, dette for å unngå at intervjuene tok for lang tid. Allikevel lot jeg pasientene fortelle det som lå dem på hjertet, for ikke å avbryte dem. På denne måten mener jeg at jeg fikk med meg det som lå pasientene på hjertet. Samtalene ble ikke tatt opp med lydopptaker, men svarene ble notert ordrett av meg. Dette for å belaste pasienten minst mulig, da de allerede var slitne og redusert som følge av hoftebruddet. Lydopptak ble ikke brukt fordi jeg mener at dette kunne stresse pasienten ekstra, og at dette kunne virke intimiderende, og også gjøre pasientene utrygge og redde for å svare. Ved å ikke ha lydopptak, mener jeg at jeg fikk en mer naturlig, utvungen samtale med pasienten, og pasienten behøvde ikke å bekymre seg for hvordan hun besvarte spørsmålene (Malterud, 2011, s. 201-202). Forskning tyder på at der det kan komme fram sensitiv informasjon fra de intervjuede, var det en stor fordel å ikke bruke lydopptak. Dette fordi pasientene kunne snakke mer utvunget, de følte at deres intimone ble mindre invadert, og de følte seg mer anonymisert, fordi ingen kunne kjenne dem igjen på stemmen (Johannessen et al., 2015, s. 155-156; Rutakumwa et al., 2019, s. 4, 13).

Dette kommer også godt fram hos en av pasientene i studien min, som kommenterte fraværet av lydopptaker:

«Gudskjelov at du ikke skal bruke den greia, da hadde jeg ikke sagt ja til å være med på undersøkelsen».

Pasientenes integritet og private sfære vil alltid være et tema når man foretar et intervju, der man snakker om deres personlige erfaringer og opplevelser. Derfor må man være seg bevisst dette når man planlegger og gjennomfører en slik undersøkelse som denne. Jeg mener at temaene og spørsmålene i intervjuguiden ikke er av en slik karakter, at de rører ved pasientenes innerste følelser eller kan rippe opp i «gamle traumer», for å unngå å belaste pasientene unødvendig – det er kun deres opplevelser og tanker om det som har skjedd i forbindelse med hoftebruddet og administreringen av den preoperative smertelindringen som har blitt berørt i samtalene.

Alle 14 intervjuene ble utført fra september til desember 2019.

3.5.3 Språkbarrierer

I en forskningsrapport fra Charlton, Dearing, Berry & Johnson (2008) hevdes det at dårlig språk kan påvirke kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier, særlig hvis de har forskjellig morsmål. Dette siste har jeg god erfaring med, siden jeg ikke har norsk som morsmål, men har lært meg dette i voksen alder. Men pasientene i min gruppe, samt sykepleierne i pilotprosjektet på akuttmottaket, var alle etnisk norske, med godt språk, så manglende kommunikasjon på akuttmottaket grunnet språkvansker, var ikke relevant for denne undersøkelsen.

For min del måtte jeg forsikre meg om at min språkbruk og uttale med litt aksent ikke var til hinder for kommunikasjonen mellom pasientene og meg under intervjuene. Jeg passet på å bruke tydelig og enkelt språk, unngikk å snakke fort, unngikk faguttrykk, eventuelt forklarte disse der disse måtte brukes. Jeg forandret ordlyden i spørsmålene som ble stilt, dersom jeg oppfattet at noen av pasientene ikke skjønnte hva jeg mente. Jeg opprettholdt øyekontakt underveis i samtalene, for å kunne lese på ansiktsuttrykkene om de intervjuede fikk med seg hva jeg sa. Ingen av de intervjuede sa at det var vanskelig å forstå hva jeg sa, det de spurte om, var kun om hvor jeg kom fra, da de så meg og hørte meg snakke.

Det er ikke nødvendigvis bare tilstanden til pasientene som har noe å si for kvaliteten på kommunikasjonen mellom pasient og pleier. Charlton et al. (2008, s. 2) viser også til sykepleierens ansvar og rolle for å skape og opprettholde en god pasient-pleier-kommunikasjon, og peker på eksempler som kan hindre god kommunikasjon. Først og fremst kan det dreie seg om dårlig tid, noe som jeg selv ofte har erfart. I perioder har vi for mange pasienter og for få sykepleiere på jobb, vi har derfor rett og slett ikke tid til å sette oss ned og ta en rolig prat med pasientene. Videre blir det i rapporten nevnt manglende kunnskaper hos sykepleieren, både når det gjelder medisinsk kunnskap og uvitenhet om pasientenes psykososiale behov, som en hindring for god kommunikasjon. Til sist pekes det på at enkelte sykepleiere føler seg utilpass ved å komme inn på private og personlige ting.

Mangelfull ivaretagelse av pasientens behov, uaktsomhet, uvitenhet eller nonchalanse fra sykepleieren virker negativt på behandlingssituasjonen (Fagerström, 2019, s. 81). Fagerström hevder videre at det er viktig at sykepleieren forsikrer seg om at pasienten ikke blir utsatt for ytterligere påkjenninger ved at de blir «oversett» av helsepersonellet.

3.6 Transkripsjon av intervjuene

“Transkribering klargjør intervjumaterialet for analyse”

(Kvale & Brinkmann, 2010, s. 186-196).

Siden besvarelsene ble relativt korte, og svarene ble kladdet under intervjuene, ble transkriberingen av intervjuene gjort kort tid etter intervjuene, mens disse fortsatt var friskt i minne. Dette for å utelukke sammenblanding av notater/informasjon (Johannessen et al., 2015, s. 155). Alle intervjuene ble transkribert før nye intervjuer ble tatt. Allerede mens notatene ble gjort under intervjuene, ble pasientene anonymisert, og intervjuene ble gitt et nummer fra 1 til 14. Kun kjønn og alder ble notert. Kladdeskjemaet inneholdt derfor ingen identifiserbare personlige opplysninger.

De ferdige transkripsjonene ble kontrollert opp mot notatene på kladden, for å sjekke at ingen ting ble utelatt, eller at det hadde oppstått feil.

3.7 Dataanalyse/koding

«Uten analyse blir tolkningen av data intuitiv, med stor sjanse for at forskerens

egen forståelse får forkjørsrett» (Malterud, 2012, s 21).

Dataanalysen og kodingen ble utført som en kvalitativ innholdsanalyse, og er fortolket i et hermeneutisk perspektiv. Det vil si at jeg har forsøkt å forstå hvordan pasienten har opplevd smertelindringen de fikk i form av blokada i akuttsenter (Thagaard, 2009, s. 38; NEM, 2010, s.7).

Helt praktisk vil dette si at jeg har lest intervjuene og skaffet meg et helhetsinntrykk over dem, for deretter å organisere utsagnene til pasientene etter innhold. Analysen har hatt fokus på pasientens meninger (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 69, 208–225).

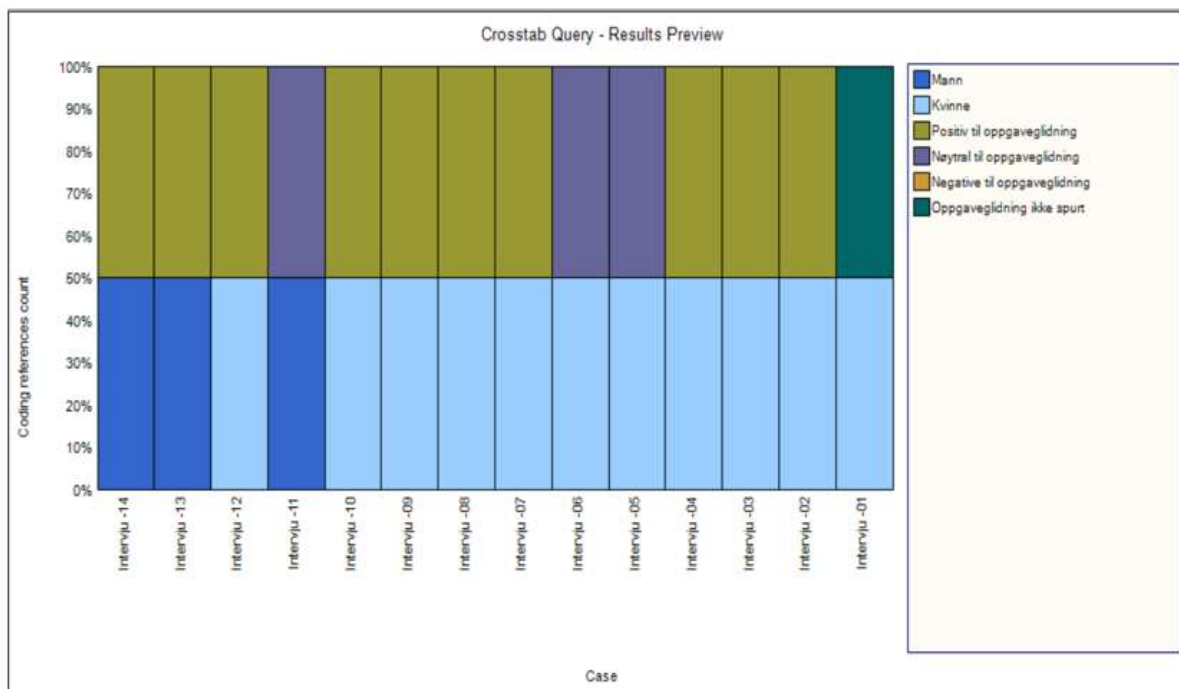
Egen erfaring som sykepleier vil ha en innvirkning på hvordan man tolker data. Også omgivelsene ellers og inntrykk av pasientene vil kunne ha samme innvirkning. Dette må man alltid ha i bakhodet når man benytter kvalitativ metode. Da ens egen forforståelse alltid spiller inn, er det derfor viktig å tenke kritisk i forhold til analyseprosessen. Denne måten å analysere på der man veksler mellom egen kunnskap og forforståelse, data fra pasienten og ny kunnskap kalles den hermeneutiske sirkel (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 216).

Jeg har benyttet meg av analyseprogrammet NVIVO 12, som er et spesialprogram for analyse av kvalitative data. Funnene har blitt systematisert/kodet i forhold til spørsmålene jeg hadde i

intervjuguiden. Konkrete kommentarer fra pasientene utover spørsmålene i intervjuguiden, har også blitt organisert, der dette ble funnet hensiktsmessig.

Kommentarene har blitt inndelt med kodeord, som jeg mener passer inn for å beskrive og belyse problemstillingen min. Kort forklart handler jo dette om kvaliteten på det arbeidet sykepleierne i pilotprosjektet gjør for pasienten, det som legene tidligere var alene om – altså oppgaveglidning.

For å få informasjon om en umiddelbar effekt av denne oppgaveglidningen, ble pasientene i løpet av samtalen spurt om de hadde noen tanker rundt at smerteblokaden ble gjort av en sykepleier, og ikke av en lege. I analysen kaller jeg dette feedback, og i NVIVO-programmet kodet jeg dette som «Negativ til oppgaveglidning», «Nøytral til oppgaveglidning» og «Positiv til oppgaveglidning», et eksempel på visuell fremstilling er i Figur 2 under:



Figur 2

Eksempel på bruk av figur i NVIVO 12; koding av tilbakemeldinger på spørsmål om hvilke tanker pasientene hadde angående oppgaveglidning der smerteblokaden ble utført av en sykepleier, og ikke lege, fordelt på pasientenes kjønn

4 FUNN

I dette kapitlet blir funn fra intervjuene presentert, og det jeg har satt søkelys på er pasientenes tilbakemeldinger til det at smerteblokaden ble administrert av en sykepleier, og ikke lege (oppgaveglidning), smerte, stress/mestring, totalopplevelse og kommunikasjon.

I hovedsak kan det sies at pasientene var positivt innstilt til den oppgaveglidningen de ble en del av i forbindelse med administreringen av smerteblokaden. Alle pasientene opplevde ubehag og smerte på grunn av hoftebruddet, og hvordan dette ble håndtert er beskrevet i kapitlet om smerte, stress og mestring (4.2.1). Enkelte pasienter opplevde situasjonen i forbindelse med hoftebruddet og smertebehandlingen på sykehuset som mer belastende enn andre, men totalopplevelsen rundt selve smertebehandlingen er for de fleste positiv. Jeg har også med et underkapittel om kommunikasjon, som viser seg å være veldig viktig for helhetsopplevelsen for pasientene.

4.1 Pasientperspektivet

4.1.1 Å føle seg sett

Etter innledende småprat og informasjon om intervjuet, for å bli litt kjent med pasientene, gikk jeg i gang med spørsmålene fra intervjuguiden. Hensikten med de første spørsmålene var blant annet å finne ut hvordan pasientene ble tatt imot på Akuttsenteret. Etter å ha beskrevet selve hendelsene som forårsaket bruddene, kommenterte alle pasientene situasjonen der de ble hentet av ambulanse, og ankomsten til Akuttsenteret, som positivt.

Pasient 2 uttrykte seg ved å gi personalet på Akuttsenteret ros, og hevdet at hun ikke hadde noe å klage på. Selv om hun ikke syntes at selve opplevelsen å brette hofta var noe særlig, var hun ikke redd, og hun følte seg ivaretatt av personalet da hun kom til sykehuset.

Dette beskriver godt hvordan de fleste av pasientene reagerte på møtet med Akuttsenteret. Pasient 9, som er godt vant med sykehus gjennom sin ektefelles sykdom, han er dialysepasient, oppsummerte intervjuet ved å påpeke viktigheten av at pasientene føler seg sett av pleierne og legene på sykehuset. Da kjenner de at noen bryr seg om dem, og det blir ikke så skremmende å bli innlagt. Pasienten hevdet videre at de som jobber i helsevesenet må vise interesse om hvordan

pasienten blir behandlet, for pasientene merker fort hvis den som behandler dem ikke får den kontakt, eller kjemi, som trengs. Det er ikke mye å be om, menter pasienten, det er bare noen få ord som skal til for å vise at man bryr seg, for å stadfeste om ting er bra eller ikke.

4.1.2 Kommunikasjon – informasjon

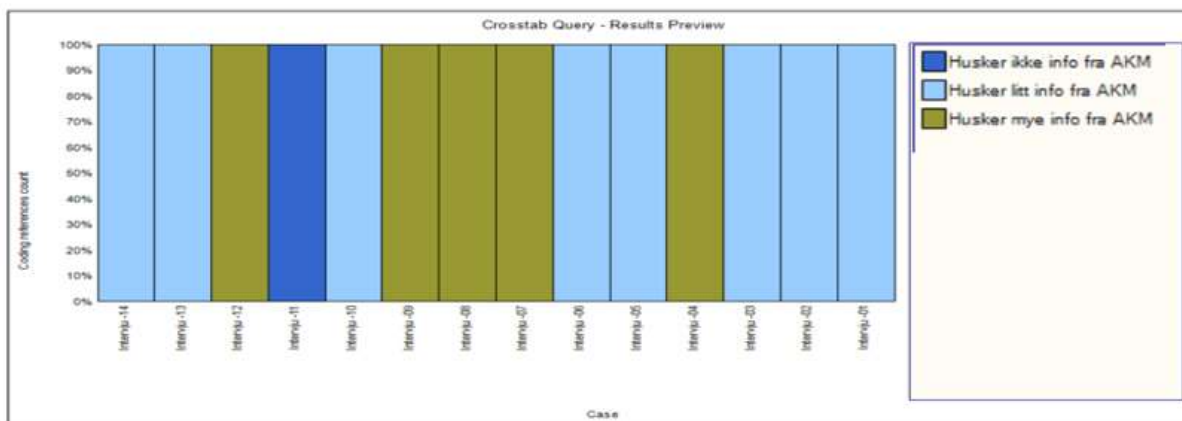
I forbindelse med ankomst til akuttmottaket, fikk pasientene en del informasjon om hva som skulle skje med dem. I tillegg fikk de informasjon av sykepleieren om masterstudiet mitt, med spørsmål om de ville være med på intervjuene, som danner grunnlaget for denne avhandlingen.

Flere av spørsmålene dreide seg om de husket noe av informasjonen som ble gitt til dem, og det var stor variasjon i svarene fra deltakerne. Alle husket godt hva som skjedde da de brakk hoftene. De fleste kom også inn på det som skjedde fysisk med dem på akuttmottaket, noe de husket godt.

På spørsmål om hva pasientene fikk med seg av informasjonen om hva som skulle skje, svarer de fleste at de husker at de fikk en del informasjon, både om smertelindringen, at dette var et slags prosjekt, og om de ønsket å bli intervjuet etterpå. Men flertallet hevdet at de ikke fikk med seg alt, bare større eller mindre deler av denne informasjonen. Årsaken til dette var flere, noen forklarte at de hadde lagt høreapparatet hjemme, andre svarte at det ble litt mye å få med seg. Én av pasientene svarte slik, på spørsmålet om vedkommende husket hva slags smertelindring som ble gitt:

«Nei, det gjør ikke, men jeg følte meg utafør.»

De fleste husket likevel at smertelindringen ble gitt av en sykepleier, og at det var under veiledning av en lege.



Figur 3

Figuren viser pasientenes tilbakemeldinger om hvor mye de husket av informasjonen de fikk på Akuttsenteret

4.2 Totalopplevelse

En av de tingene jeg ønsket å fokusere på under intervjuet, var hvordan totalopplevelsen til pasientene i forbindelse med smertelindringen, var. Pasientene svarte på en slik måte at det tydelig gikk fram om de var tilfredse eller ikke.

Førsteintrykket er viktig, og pasientene ble spurt om hvordan de ble tatt imot på Akuttsenteret. Alle som svarte på dette, sa at de var fornøyde med måten de hadde blitt tatt imot på, både av ambulanspersonellet og på Akuttsenteret. To av pasientene svarte ikke direkte på spørsmålet; - pasient 11 svarte at det hadde gått alt for fort, og at han hadde utrolig mye smerte (negativ opplevelse), pasient 7 kommenterte kun det som skjedde i ambulansen på vei til sykehuset, noe vedkommende oppfattet som positivt.

En av pasientene svarte at selv om omstendighetene ikke var noe moro, var hun ikke redd, og hun følte seg ivaretatt når hun kom til akuttmottaket. Hennes tilbakemelding er registrert som positiv tilbakemelding med tanke på tilfredshet. Selv om pasienten ikke likte situasjonen, var vedkommende allikevel fornøyd med mottaket på sykehuset.

Pasient 8 svarte på denne måten, og gjenspeiler det store flertallet i undersøkelsen:

«Jeg syns absolutt at jeg har ingenting å klage over hvordan jeg ble tatt imot.»

Så selv om situasjonen for alle var negativ, med mye smerter, så svarte nesten alle at opplevelsen i forbindelse med ankomsten til akuttmottaket var god. Pasient 3 var i utgangspunktet redd, og svarte at hun gruet seg til å komme til sykehuset, på grunn av tidligere dårlige erfaringer, men at disse følelsene forsvant fort, når hun ble tatt imot på akuttmottaket.

Pasient 11 er derfor unntaket i en ellers fornøyd gruppe pasienter, idet han svarte at det ble for mye for han, han hørte dårlig og fikk ikke så mye med seg av det som skjedde. Ifølge pasienten kunne en av grunnene til dette være at høreapparatet hans lå trygt hjemme.

4.2.1 Smerte, stress, mestring

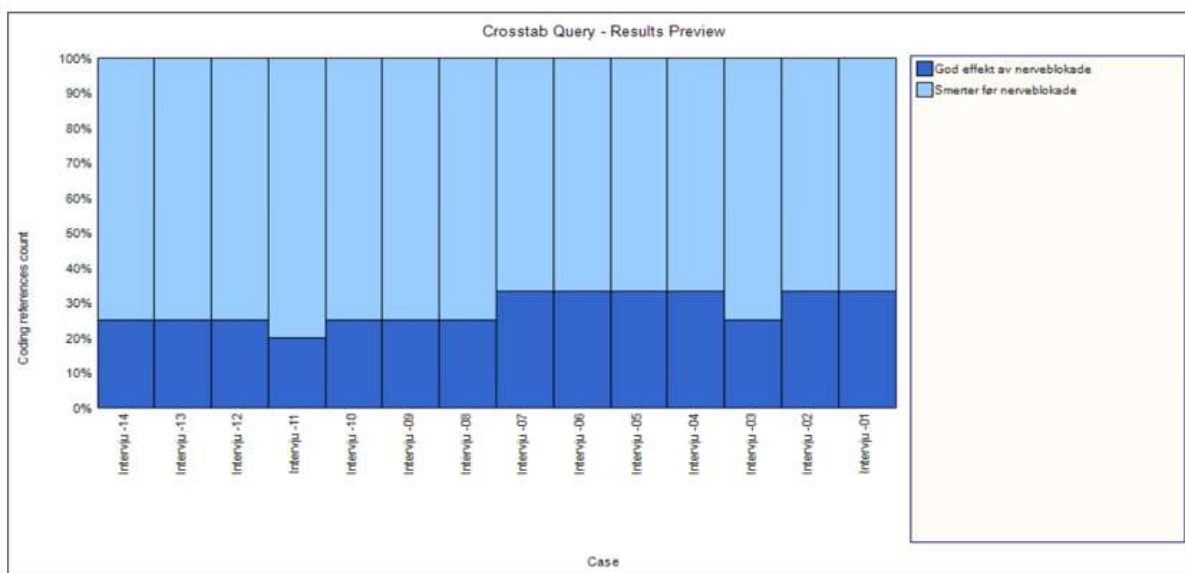
I det følgende omhandles pasientenes erfaringer rundt egen smerte før og etter at nerveblokaden ble satt. Siden mine intervjuobjekter var slitne på tidspunktet for intervjuene, ville jeg unngå å tilføre ekstra påkjenning og stress. Jeg valgte derfor å ikke be pasientene om å beskrive smertene med tall, slik som i pilotstudien. For min undersøkelse, var beskrivelsen «mye» og «lite» godt nok.

Pasientene fortalte for det meste at de ble ivaretatt og sett gjennom hele forløpet. På spørsmål om smertebehandlingen ved innleggelse på akuttmottaket, svarte alle pasientene at de var fornøyde. De hadde fått informasjon på forhånd, selv om de fleste ikke husket detaljer rundt dette, noe de ga uttrykk for i intervjuene. Med ett unntak var svarene på dette preget av at de var i en stressituasjon, samtidig som at pasientene som ble intervjuet dagen etter operasjonen (seks pasienter), ga en bedre forklaring på hva som skjedde under smertebehandlingen dagen før, enn de som ble intervjuet samme dag de ble innlagt.

Pasientene fortalte at de var trygge på hvordan de ble ivaretatt i forbindelse med smertebehandlingen. Pasient 2 forklarte det slik:

«Jeg ble tatt imot ordentlig bra, de tok meg på alvor følte jeg, ingenting å klage på. ... Det var en sykepleier, veldig flink, virket rolig og ikke stresset, det hjalp at jeg følte meg trygg.»

Alle pasientene opplevde smerte i forbindelse med hoftebruddet, selv om noen ventet lenge med å ta kontakt med helsevesenet. Pasient 3, kvinne på 80 år, ventet i to dager etter uhellet før hun på morgenen den tredje dagen tok kontakt med hjemmesykepleien. En av de andre pasientene ventet over et døgn, mens resten tok kontakt med lege/sykehus umiddelbart etter uhellet.



Figur 4

Pasientene beskrivelse av sin smerte før og etter blokade. Størrelsen på lys søyle (smerte før nerveblokade ble gitt) Gjenspeiler pasientenes ordbruk på dette spørsmålet. Pasientene brukte mange ord på å beskrive sin situasjon og smerten før blokade. Beskrivelsen av effekten av smertelindringen var vesentlig kortere hos alle pasientene, derfor er det mørkeblå feltet mye mindre

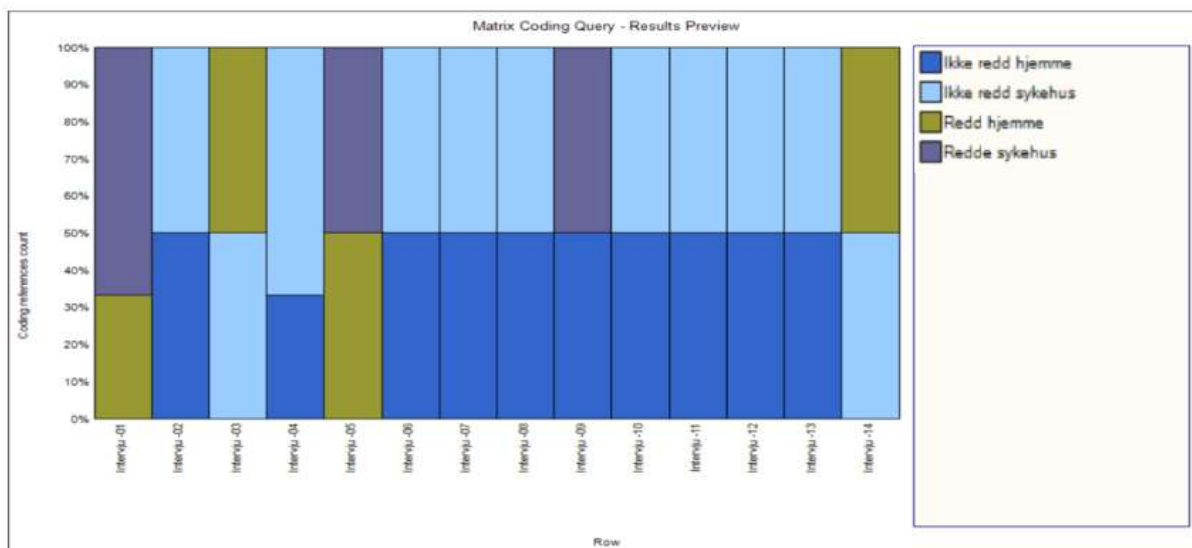
Pasientenes svar forteller at det å bli utsatt for hoftebrudd, er en påkjenning, med til dels mye smerte, uansett alder og livssituasjon. Smerte, usikkerhet og redsel kan skape stress og være en økt belastning for kroppen. Pasientene i undersøkelsen ble derfor spurt om de var engstelige eller redde i forbindelse med innleggelsen, og i forbindelse med administreringen av smerteblokaden.

En av de intervjuede pasientene var i utgangspunktet redd, hun sier hun gruet seg til å komme på sykehuset, hun hadde tidligere hatt negative erfaringer i møte med helsevesenet, men disse følelsene forsvant idet hun ble tatt imot på akuttmottaket.

En annen pasient forklarte at vedkommende ikke var redd, men at hun hadde bare vondt, og ville bli ferdig med dette. Hun sa videre at alle hadde vært alle tiders, og at hun ikke hadde vært engstelig i det hele tatt.

En av våre pasienter var mer negativ under intervjuet enn alle de andre. Han svarte kortere på spørsmålene, og fokuserte mye på at det gjorde vondt, påpekte at det tok tid før ambulansen kom, at han ikke fikk med seg ting fordi han ikke hørte informasjon som ble gitt, da høreapparatet hans lå igjen hjemme. Han brukte ord og uttrykk som «*det ble for mye for meg*», «*grusomt*» og «*ingen anelse*» for å beskrive situasjonen. Han sier han ikke fikk med seg noe informasjon, og at han måtte spørre for å få greie på hva som skjedde.

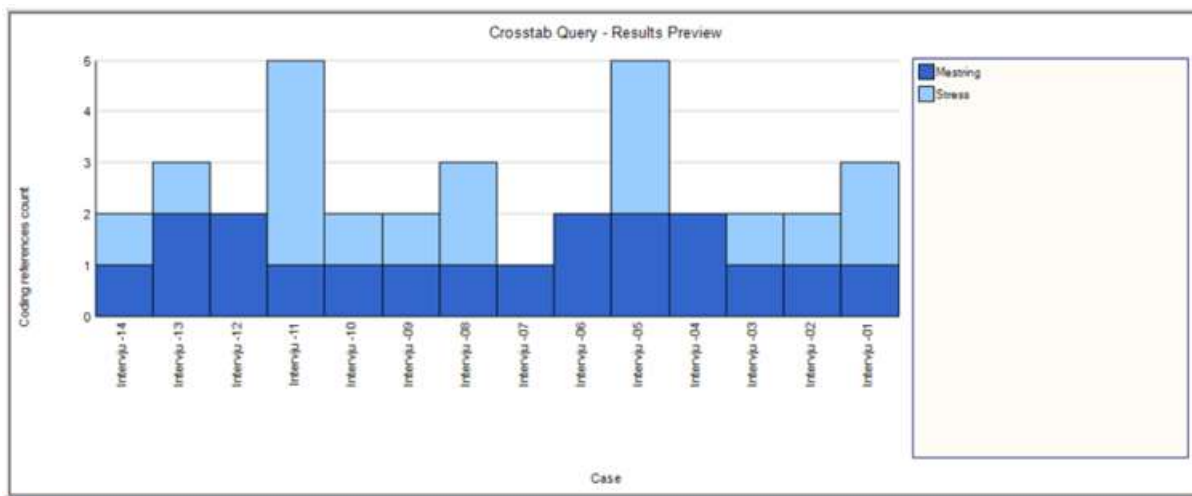
I analysen er pasientenes utsagn kodet som «ikke redd hjemme», «ikke redd sykehus», «redd hjemme» og «redd sykehus».



Figur 5

Figuren viser om pasienten var engstelig eller ikke hjemme, og engstelige eller ikke etter ankomst sykehuset. Mørk blå søyle viser «ikke redd hjemme», grønn søyle beskriver «redd hjemme». Fire pasienter hadde vært redde hjemme, to av disse ble beroliget på sykehuset, og har fått status som ikke redd på sykehuset. En pasient skilte seg ut ved å forklare at selv om hun ikke var redd hjemme, ble engstelig ved ankomst sykehuset, fordi hun gruet seg til operasjonen. Tre pasienter klassifisert om « redd sykehus» den ene på bakgrunnen av eget utsagn som at hun var overspent, og gruet seg til operasjonen fordi vedkommende ikke visste hva hun gikk til

Hvilke faktorer spiller inn, for om man føler at man mester en situasjon eller ikke? Redsel kan føre til at man ikke mestrer en situasjon, det samme kan smerte. På bakgrunn av pasientenes utsagn kom det fram at de alle, på en eller annen måte, følte stress fram til de ble tatt hånd om av helsepersonellet.

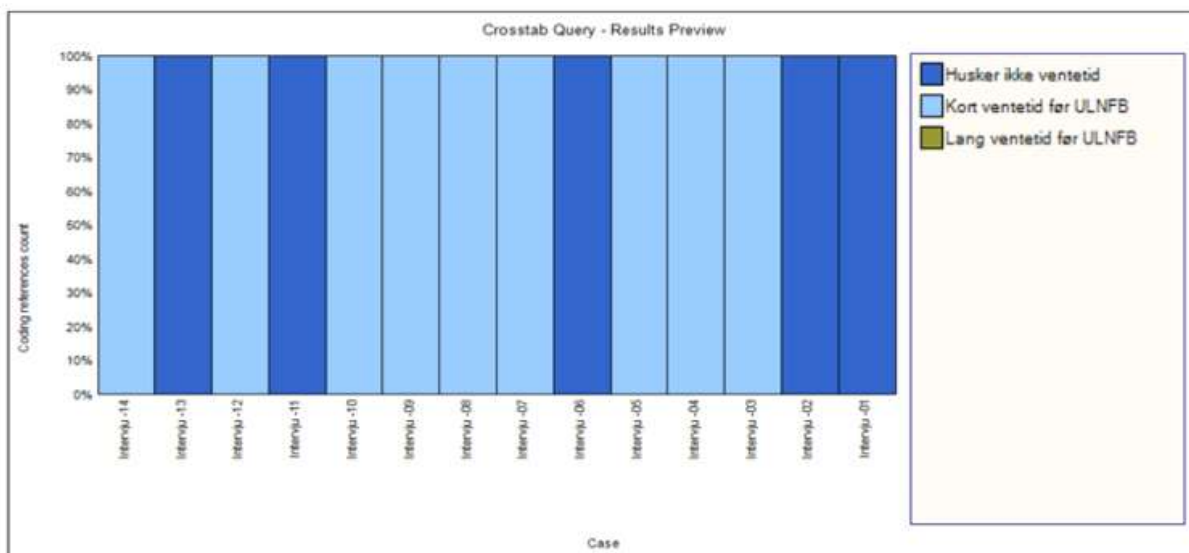


Figur 6

Pasientenes tilbakemeldinger, som er blitt kodet som Mestring (mørk blå) og Stress (lys blå). Pasientene 5 og 11 scorer høyt på «stress», fordi en av dem ikke husker så mye, og den andre kom med mange negativt ladede kommentarer. Tre av pasientene har forklart seg om at de ikke følte noe stress, mens alle hadde mer eller mindre følelse av mestring, etter at de ble tatt hånd om av sykehuspersonalet.

4.2.2 Ventetid

Våre pasienter svarte også på spørsmålet om opplevd ventetid før de ble gitt smertelindring på Akuttsenteret. Må man vente lenge, og er i en ubehagelig situasjon, vil dette oppfattes som lite tilfredsstillende, og stressnivået vil lett kunne stige. Ikke alle husket nøyaktig lengden på ventetiden, mange sa det gikk fort, uten å konkretisere tiden. Ingen nevnte at ventetiden ble lang.



Figur 7

Opplevd ventetid før smerteblokade ble gitt

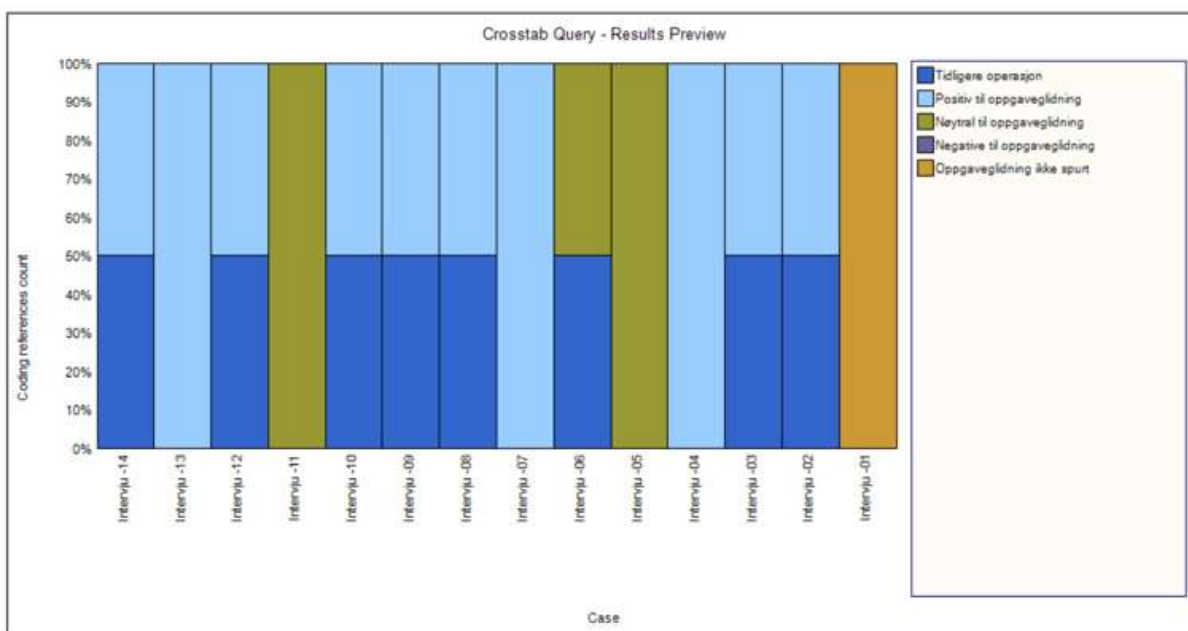
4.3 Oppgaveglidning – pasientenes tilbakemeldinger

Funnkapittelet avsluttes med pasientenes tilbakemeldinger om oppgaveglidningen, der sykepleiere utførte en tradisjonell legeoppgave, da de ble gitt smertelindring på Akuttmottaket. De fleste av pasientene som ble intervjuet synes ikke det var viktig hvilken gruppe av helsepersonell som ga smertelindringen. Så lenge de fikk god hjelp, og god effekt av smertelindringen, var de ikke opptatt av hvem som hjalp dem med dette.

Spørsmål 4 med underspørsmål dreide seg om denne oppgaveglidningen. Pasientene ble spurt om hva de husket om selve administrasjonen av smerteblokaden på akuttmottaket, og kommentarer på at dette ble gjort av en sykepleier, og ikke anestesilege. Pasient 2 svarte:

«Det hadde jeg ikke tenkt på i det hele tatt! om det var sykepleier eller legen. Det er det samme for meg, så lenger jeg får rask hjelp, alt er lov tenker jeg! Men sykepleieren var meget flink!»

Pasientens utsagn her beskriver at vedkommende var tilfreds med denne delen av behandlingen, noe som går igjen hos de fleste pasientene.



Figur 8

Positive (lys blå) og nøytrale (grønn) tilbakemeldinger om oppgaveglidning, på delspørsmål 4 «*Har du noe tanker rundt at dette (smerteblokaden, forf. anm.) ble gjort av en sykepleier?*» Pasient 1 ble ikke spurt om dette (brun), intervjuguiden ble endret etter første intervjuet. Mørk blå søyle markerer pasienter som tidligere er operert for forskjellige typer brudd

Alle pasientene ble informert om at dette var et prøveprosjekt, og at det derfor var en lege til stede for å veilede sykepleierne. I samtalene med pasientene har det kommet fram informasjon om at smerteblokaden som ble utført av sykepleiere, ble gjort veldig profesjonelt. Pasient 8 svarte at sykepleieren gjorde en fantastisk jobb, og at hun følte seg i trygge hender. Pasienten mente at å la sykepleiere utføre oppgaven ikke var noe problem, og påpekte at sykepleierne vet mer om pasientene enn legene, fordi de er mer hos pasientene. Denne pasienten hadde barn og barnebarn som var sykepleiere, så hun mente hun visste hva hun snakket om.

Ingen av pasientene hadde noe negativt å si om denne oppgaveforskyvningen, det som gikk igjen, var at alle sykepleierne gjorde dette på en profesjonell måte. Selv pasient 11, som under intervjuet generelt fremsto som mer negativ enn de andre, var ikke negativ til akkurat dette, han svarte at så lenge oppgaven ble utført på en ordentlig måte, var det det samme hvem som utførte en slik oppgave. Åtte av pasientene hadde tidligere blitt operert for forskjellige typer brudd.

Tilbakemeldingene var altså gjennomgående positive, et par av pasientene sa direkte at det var det samme for dem hvem som utførte smerteblokaden, så lenge den ble gjort ordentlig. Pasient 13 oppsummerte dette temaet ved å spørre hvorfor dette bare skulle gjøres av leger. Så lenge sykepleierne har ferdigheter, gjør de dette like bra som legene.

5 DISKUSJON

Målet med oppgaven er å undersøke pasientenes perspektiver som deltagere i opplæring av administrering av ultralydveiledet nervus femoralisblokkade ved Akuttsenteret på SiV. Hovedfunn som presentert i kapittel 4 viser at pasientene var godt fornøyde med smertelindringen de fikk, og på måten denne ble gitt på. Videre kom det fram at pasientene ikke hadde noen negative erfaringer som gjelder at smertelindringen ble gitt av en sykepleier. I dette kapittelet blir funnene drøftet opp mot øvrig litteratur om temaene.

5.1 Pasienten i sentrum

Pasienttilfredshet kan beskrives som summen av opplevelser pasienten har hatt i møte med helsevesenet. Graden av tilfredshet vil kunne henge sammen med om man får dekket sine behov og innfridd sine forventninger. Oppgaveglidning som fenomen har oppstått for å effektivisere pasientbehandlingen, og ved endringer må også pasientenes tilbakemeldinger vektlegges. I min spørreundersøkelse var flere av spørsmålene relatert til pasientens tilfredshet.

5.1.1 Omsorgsperspektivet

Evnen til å vise omsorg forventes av en profesjonell sykepleier. I denne studien hadde pasientene positive erfaringer når det gjaldt hvordan de ble mottatt og behandlet i Akuttsenteret. De var opptatt av at noen brydde seg om dem. Omsorg tar bort noe av det skremmende ved å havne på sykehus.

Omsorgsprosessen (Fagerström, 2019, s. 80-81) innebærer på den ene siden å sørge for pasientenes fysiske og medisinske behov, på den annen side skal sykepleieren være oppmerksom, vise omsorg, lese pasienten og lære denne å kjenne, sørge for pasientens psykologiske behov, ta seg tid til å snakke med pasienten, gi tilstrekkelig informasjon, vise besluttsomhet, gi trygghet og støtte vise respekt og gi pasientene en opplevelse av å bli hørt og tatt på alvor (McCormack & McCance, 2017, s. 33).

Videre hevder Gjengedal & Hanestad (2003, s. 205) at «omsorg er essensen i sykepleie», og fortsetter med å påstå at for å kunne gi best mulig omsorg, må helsepersonell bry seg om pasienten og involvere seg i ham/henne og hans/hennes situasjon. For at pasienten selv skal føle mestring

over sin situasjon, må man få fram vedkommende egne ressurser. Og for å klare dette, må helsepersonellet kjenne pasienten og forstå pasientens opplevelse av egen sykdom. Fagerström (2019, s. 83) kommer inn på noe av det samme, ved å hevde at omsorg er kjernen i sykepleien.

Som sykepleier er man derfor nødt til å bry seg for å kunne gi best mulig pleie og omsorg. Man setter pasienten i sentrum, og handler ut fra pasientens spesielle situasjon og behov. Det forventes ikke at man skal knytte for tette bånd til pasientene, men man kan bruke egne erfaringer til å sette seg inn i, og klare å forstå pasientens situasjon. Fagerström (2019, s. 84) mener at selv om omsorg generelt er medfødt, kan evnen til å gi omsorg utvikles gjennom erfaring og utdanning.

Kapittel 4.1.1 har jeg kalt «*Å føle seg sett*». Der beskrev én av pasientene viktigheten av at sykepleierne bryr seg om pasientene. Hun forklarte at de ansatte i helsevesenet må vise interesse om hvordan de behandler pasientene, «... *det er det som gir mening til oss som er pasienter*». Mange av pasientene i denne masterstudien kommer inn på det samme. Watson et al. (1999) beskriver eldre pasienters oppfatning av omsorg på akuttmottak. I deres rapport hevdes det at pleiepersonellets tilnærming til pasienten har alt å si for utfallet av behandlingen. Helsepersonellets evner og kompetanse er avgjørende, også samarbeidet innad mellom pleiepersonalet. Pasientene fra undersøkelsen i denne rapporten beskrev pleiepersonellet som snille, vennlige og effektive medarbeidere, og én pasient oppsummerte det slik: “...*de snakker med deg og får deg til å føle deg vel og behagelig*”. Denne pasienten har fått en type omsorg og oppfølging fra sykepleieren som gjør henne fornøyd.

Erfaringen fra denne studien er at til tross for smerte, var pasientene i all hovedsak fornøyd. Fordi de ble godt tatt vare på og gitt god behandling. Det at pasienten opplever at de forventningene og behovene han/hun har der og da, blir oppfylt, blir en rettesnor for om behandlingen og omsorgen er godt utført (Eide & Eide, 2014, s. 33). For å få dette til må sykepleieren kjenne og forstå pasienten, og dennes forventninger og behov, gjerne bakgrunn ut over selve innleggelsesårsaken (leve seg inn i pasientens situasjon = vise empati), være faglig sterk og ha kunnskap om behandling og rehabilitering (Eide & Eide, 2014, s. 36).

5.1.2 Å være profesjonell

De fleste av pasientene i denne masterstudien var fornøyd med hvordan smertelindringen ble utført. De vektla at så lenge behandlingen blir gjort på en rolig, profesjonell og trygg måte, var det ikke avgjørende for dem hvilket helsepersonell som utførte prosedyren. Nøkkelen her er at pasientene

skal kjenne at de blir tatt hånd om av en person som vet hva han/hun gjør. En av grunnene til at pasientene i undersøkelsen var fornøyde, kan skyldes det faktum at smertebehandlingen ble utført av sykepleiere *under veiledning av leger*. Pasientene opplevde at smertebehandlingen ble gjort grundig, som har gitt dem en trygghetsfølelse.

Profesjonalitet hos lege/sykepleier kan ha gitt pasientene mine trygghetsfølelse. Watson et al. (1999, s. 90), har intervjuet en gruppe eldre pasienter på akuttmottak, og spurt om deres oppfatninger av god behandling der. Ett av punktene som ble trukket fram i denne undersøkelsen, var at pasientene var opptatt av at behandlingen ble utført med profesjonalitet, der behandlerne viste at de hadde kompetanse, både når det gjaldt det rent medisinske, og også når det gjaldt å gi omsorg.

Det kan synes som at så lenge pasienten erfarer at det er hun/han som blir satt først, og det som gjøres er til pasientens beste, vil dette ha en positiv innflytelse på behandlingsresultatene og bedret helse for pasienten. Forskning viser at sykepleiere ofte får bedre kontakt med pasientene enn leger, da de tilbringer mer tid sammen med pasientene (Fagerström, 2019, s. 151; Cooper, Lindsay, Kinn & Swann, 2002, s. 725-727). I en situasjon der sykepleiere på Akuttsenteret på SiV får opplæring i å sette ULNFB, vil dette ikke være negativt for pasientene, heller motsatt, noe Boman et al. (2019b, s. 1070) konkluderer med i sin kvalitative studie; En spesialutdannet sykepleier på akuttmottaket, som kan avlaste legene for visse arbeidsoppgaver, vil sannsynligvis være et verdifullt bidrag til nødvendige endringer for å dekke pasientenes behov.

Så er spørsmålet, hvor realistisk er det å innfri alle disse forventingene hos pasientene, i en travel hverdag på Akuttsenteret? Som ansatt der har jeg selv opplevd dager der det er vanskelig å avsette nok tid til hver pasient. Fagerström (2019, s. 67) spør også om det i en hektisk hverdag er tid og rom for god pleie og omsorg? For å oppnå god pasientsikkerhet og gode behandlingsresultat, sier Fagerström at det må være balanse mellom kvalitative og kvantitative sykepleierressurser, og pasientenes behov. Jeg har erfart at hvis man disponerer tiden godt, har øyekontakt mens man gjør nødvendige forberedende prosedyrer, kan man få mye verdifull informasjon om pasienten og om vedkommendes situasjon, både om sykdommen og pasientens livssituasjon ellers, uten å måtte bruke ekstra tid.

5.1.3 Informasjon

Flere av temaene under intervjuene berørte informasjon som ble gitt til pasientene i forbindelse med oppholdet på Akuttsenteret. Det var store variasjoner når det gjaldt det den enkelte hadde fått med

seg. Eldre pasienter må ikke sees på som en gruppe, da det er store individuelle forskjeller blant eldre (Eide & Eide, 2014, s. 381), de må derfor behandles som unike individer. For det første, å bruke noe tid til å lytte aktivt, for det andre å vise interesse, dette kan skape et tillitsforhold mellom behandler og pasient, slik at nødvendig informasjon blir forstått hos begge parter (Fagerström, 2019, s. 80 - 82). Selv meningsløse ytringer fra en sliten og litt forvirret pasient, kan inneholde viktig informasjon til sykepleieren, som kan brukes i den videre oppfølgingen. Som et underliggende mål må sykepleieren ha i tankene at hjelpen som blir gitt, er for å styrke pasienten, fysisk og mentalt, til å bli bedre rustet til å hjelpe og klare seg selv.

Flere av pasientene i vår undersøkelse forklarte at grunnen til at de følte seg ivaretatt og i trygge hender på Akuttsenteret, var at de ble fortalt hele veien hva som skjedde og hva som skulle skje, og hvorfor.

Et moment for å skape god og fruktbar kommunikasjon er aktiv lytting. Aktiv lytting innebærer kroppsholdning, ansiktsuttrykk, øyekontakt, bruk av håndbevegelser, berøring, være stille (nonverbal), samt stille de rette spørsmål, oppsummere, oppmuntre, gjenta (verbal) (Eide & Eide, 2014, s. 24).

5.1.4 Kommunikasjon og svekkede kognitive evner

Flertallet av pasientene husket lite av informasjon som ble gitt under oppholdet på Akuttsenteret. Årsakene kan være flere. For det første hadde 11 av mine pasienter nedsatt hørsel. Disse brukte høreapparat, men svært få hadde dette med seg på sykehuset. Selv om sykepleieren har gitt nødvendig informasjon, kan det rett og slett ha skjedd at pasienten ikke har fått dette med seg på grunn av dårlig hørsel, og at sykepleieren heller ikke har fått dette med seg. Charlton et al. (2008, s. 2) sier det samme, at nedsatt syn og hørsel hos pasientene kan påvirke kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Vår pasientgruppe var i alderen 69 – 95 år, en aldersgruppe som har en høyere grad av nedsatt hørsel enn yngre personer. For det andre er korttidshukommelsen ofte svekket ved høy alder (Wyller, 2012, s. 55). Dette kan være forklaringen på at noen ikke husket så mye av denne informasjonen, og vil kunne medføre at noen av pasientene ikke kunne gjengi så mye av den informasjonen som ble gitt.

Mange personer med aldersrelatert hørselstap kompenserer dette i det daglige ved bruk av hjelpemidler, og er velfungerende i hverdagen, men ved den ekstraordinære hendelsen som pasientene i min undersøkelse var kommet i, kan dette ha påvirket pasientens evne til å motta, forstå

og huske informasjon. (Boman et al., 2019a, s. 1071) sier at kognitiv svikt ikke er uvanlig hos eldre med hoftebrudd, noe som også kan påvirke evnen til å oppfatte og lagre informasjon.

Flere av pasientene forklarte at det var ubehagelig å bruke høreapparat i det daglige, og at det ble liggende igjen hjemme da de ble sendt til sykehuset. Det å få med seg høreapparatet ble derfor ikke prioritert i situasjonen som oppsto ved hoftebruddet. Kanskje fastlege/hjemmetjeneste, som er involvert når høreapparatbehovet vurderes for den enkelte, kan forklare mer viktigheten av å bruke høreapparat i det daglige, for å få med seg det som skjer.

På sykehuset blir det sykepleiers oppgave å kompensere for pasientenes eventuelle svekkede kognitive evner, for å forsikre seg om at pasienten mottar tilstrekkelig informasjon for å fungere godt i situasjonen. Det må tenkes på mulig svikt i persepsjon, oppmerksomhet, forståelse, korttids- og langtidshukommelse og evne til verbal og non-verbal kommunikasjon. Sykepleieren må justere seg til denne pasientens nivå, for å skape en god relasjon og en god dialog (Eide & Eide, 2014, s. 382). Sykepleieren må også lære seg de faktorer som påvirker pasientens eksponering for stress, og tiltak må settes i verk for å redusere denne belastningen (Gjengedal & Hanestad, 2003, s. 39; Eide & Eide, 2014, s. 382). Hjelpemidler som kan benyttes, er pasientenes egne høreapparat og/eller briller, lånebriller, taleforsterker, redusere informasjonen til det høyst nødvendige, slik at pasienten ikke får for mye informasjon (Wyller, 2011, s. 109-111). En mulighet er også involvere pårørende, og gi disse tilleggsinformasjon, slik at disse kan oppdatere pasienten underveis.

I tillegg til dette, sier Charlton et al. (2008) at eldre pasienter av og til kvier seg for å plage sykepleieren unødig, og lar være å stille spørsmål. Årsaken kan være at pasientene er redde for å få dårligere behandling fra sykepleierne, dersom de maste mye. Nydén, Petersson & Nyström (2003, s. 270) fant også at dette var ett av flere temaer som pasientene i deres undersøkelse tok opp. Dette skyldtes stor respekt for sykepleiere, de bagatelliserte egne behov, og de registrerte at sykepleierne hadde mye å gjøre. De overgir seg til systemet, fordi de stoler på sykepleierne og legene, og «tar det de får», og er overbevist om at de til slutt får den hjelp de trenger (Nydén et al., 2003, s. 270).

De er av den generasjonen som ikke maser hvis det ikke føles nødvendig, de innfinner seg med den situasjonen de er kommet i. Nydén et al. (2003) observerte at en del pasienter følte at det var trygt å overlate avgjørelsene og initiativet til helsearbeiderne, fordi de stolte på dem. Watson et al. (1999, s. 90), oppdaget på sin side at enkelte av pasientene i undersøkelsen forklarte at det var viktigere for

pleiepersonellet på akuttmottaket å hjelpe andre, mer trengende pasienter, enn dem selv. Selv om de måtte vente litt, aksepterte flere dette. Nydén et al. (2003) var også inne på det samme.

Våre pasienter har i varierende grad fått med seg gitt informasjon. I deres tilfeller har de blitt gjenstand for ekstra oppmerksomhet, både under oppholdet på akuttmottaket (som følge av pilotprosjektet med smertelindring, utført av sykepleiere under opplæring) og i forbindelse med mine intervjuer etterpå. I fremtiden, hvis denne oppgaveglidningen fra lege til sykepleier blir standard, vil denne ekstra oppmerksomheten forsvinne? I så fall er det viktig at sykepleieren ivareta pasienten på en slik måte at kommunikasjonen er god nok, slik at 1): pasienten får nok informasjon om sin situasjon og hva som skal skje med vedkommende, slik at pasienten blir beroliget og føler seg ivaretatt, og 2): sykepleieren får nok informasjon fra pasienten til å kunne sette seg inn i deres situasjon.

5.2 Forventninger og forutsigbarhet

Eldre personer har behov for ekstra tid, tillit, trygghet og tålmodighet når det oppstår sykdom med påfølgende svekket funksjon (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 546). Det kan virke som om sykepleierne og legene har klart dette for pasientene i min undersøkelse. Ørn & Bach-Gansmo går videre med å si at dette kan best oppnås ved samarbeid på tvers av avdelingene, men tenker da bredere enn det jeg har sett på i denne oppgaven. De peker nemlig på den videre oppfølgingen av eldre pasienter, der én sykepleier eller avdeling neppe har kompetanse og kapasitet til å sette seg inn i en eldre pasients ofte kompliserte og sammensatte sykdomsbilde og behandlings- og rehabiliteringsbehov. Men det er viktig at sykepleieren allerede ved innleggelsen er klar over og åpne for at her kan det være mer som det må tas hensyn til, enn bare selve hoftebruddet. Det samme behov for samarbeid til beste for pasientene, kommer fram i informasjon fra Norsk ortopedisk forening (2018).

5.2.1 Tid

I forskningsartikler kommer det fram informasjon om at arbeidsoppgavene utført av sykepleiere med spesialutdannelse og ved oppgaveglidning, utføres like bra eller bedre enn det legene selv gjør (Jennings, Clifford, Fox, O'Connell & Gardner, 2015, s. 425; Boman et al., 2019b, s. 48, 1070). I undersøkelsen til Jennings et al. fra Australia, der man i flere tiår har brukt AKS, ble det funnet at pasientene som ble behandlet av AKS, opplevde en økt kvalitet i behandlingen, var totalt mer fornøyd, og fikk redusert ventetid på akuttmottaket. Mine pasienter opplevde ikke ventetiden som lang på Akuttsenteret, årsaken kan være at «Fast Track»-ordningen for hoftebruddspasienter

fungerer godt. Det at legene i mange tilfeller har tidspress, som medfører ventetid for pasientene, er årsaken til at ventetiden hos pasientene reduseres, når en spesialopplært sykepleier kan utføre oppgaver for legen.

5.2.2 Tillit

For å oppnå tillit hos pasienten, må helsepersonellet også ivareta eventuelle psykososiale problemer. Derfor er det viktig at helsepersonellet inviterer sine pasienter til å være med i vurderingene og beslutningene som angår pasientens egen helsetilstand og -hjelp. Dette må gjøres på en troverdig, forståelig og folkelig måte, uten bruk av avanserte medisinske ord og formuleringer (Norberg Boysen, Nyström, Christensson, Herlitz & Wireklint Sundstrom, 2017, s. 8). Til sammenligning med såkalt lege-ledet omsorg, har forskere påvist at pasienter opplever sykepleiere som lettere å snakke med og få informasjon fra (Cooper et al., 2002, s. 727- 728).

Pasienttilfredshet kommer som en sum av hele behandlingsforløpet, og alle ledd, hjemmesykepleier, ambulanspersonell, sykepleiere, portører, radiografer og leger, må bidra til at pasientens møte med helsevesenet blir best mulig. Dette krever kunnskaper og egenskaper ut over de rent medisinskfaglige, et øye for omsorg og behov, evnen til å finne enkle løsninger i en travel hverdag, som bidrar til å gjøre pasientens møte med sykehuset bedre, og til syvende og sist sykepleiernes jobb lettere.

Selv om det kan være enkelte elementer pasienten ikke synes er bra, kan allikevel vedkommende til slutt ende opp med å være tilfreds. Det er derfor viktig at alle involverte nevnt over gjør sitt for at pasienten i den tiden han/hun er på sykehuset, opplever å bli tatt på alvor og godt vare på.

5.2.3 Trygghet

Som nevnt fikk pasientene i intervjugruppen noe ekstra oppmerksomhet i forbindelse med deltagelsen i pilotprosjektet og i masterstudien. I framtiden, når smerteblokaden settes av en sykepleier uten en lege til stede, vil allikevel effekten av at det er en sykepleier, som er vant til å vise omsorg og utføre en rekke handlinger med pasienten, være til stede, og ikke minske følelsen av omsorg som blir gitt.

Problemstillingen i denne masterstudien handler om hva oppgaveglidning fra lege til sykepleier har å si for pasienten. Det er ikke bare innspill fra leger og sykepleiere som er utslagsgivende for om man skal delegere oppgaver dem imellom. Hva pasientene selv mener om dette, og erfarer i den

forbindelse, er også en viktig faktor. Pasientens medvirkning i behandlingsprosessen er beskrevet i norsk lovverk (Pasient- og brukerrettighetslovens, 1999, § 3-1). Der står det blant annet:

«Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon ...».

Lege og sykepleier vet mest om hvilken behandling en pasient trenger, men det at pasienten selv har rett til å medvirke, er i mine øyne bra, fordi alle mennesker er forskjellige, og de er mennesker med egen verdi. Pasientene må involveres i prosesser som omhandler dem, det er å vise respekt. Denne retten til medvirkning forutsetter at helsepersonellet har gitt tilstrekkelig informasjon, slik at pasienten forstår hva som skal skje, og eventuelt hvilke valg og muligheter vedkommende har.

5.2.4 Smerteperspektivet

Pasientene våre beskrev på forskjellige måter hvordan de opplevde smertene de fikk, da de falt. I og med at et par ventet med å tilkalle hjelp, viser det at ikke alle tok situasjonen like alvorlig, eller forsto alvoret av skadeomfanget. Smerte er en individuell og subjektiv tilstand. Smertelindring vil kunne forstås som en reduksjon av smerte, uavhengig av smertenivået før smertelindringen (McCaffery & Beebe, 2001, s. 19). Når en pasient hevder å ha smerte, skal helsepersonalet reagere som om dette er tilfelle, og ta pasienten på alvor. Eventuell tvil skal komme pasienten til gode. Samtidig påpekes det at det er sannsynlig at bekymring har en negativ effekt på opplevelsen av smerte (McCaffery & Beebe, 2001, s. 18-20). Tidligere erfaringer med smerte og stressende situasjoner påvirker også hvordan pasientene opplever og reagerer på situasjonen de nå var kommet i (Gjengedal og Hanestad, 2003, s. 39; McCaffery & Beebe, 2001, s. 26). Blant våre pasienter var det to som ikke varslet lege/legevakt om hoftebruddet straks, men ventet til dagen etter og to dager etter med dette, da smertene etter hvert ble for store. Dette sier kanskje litt om at personer opplever stressorer forskjellig, og at disse to muligens tålte en situasjon med smerte/stress bedre enn resten av gruppen i undersøkelsen.

Samtlige pasienter erfarte smerte i større eller mindre grad. Dette er naturlig for denne typen skade (Norsk ortopedisk forening, 2018, s. 17-18), og ikke et uventet funn. På spørsmål om smertebehandlingen ved innleggelse på akuttmottaket, svarte alle intervjuobjektene at de var fornøyde. De fikk informasjon på forhånd, og smertebehandlingen hadde god effekt.

Akutte smerter hos eldre må utredes og behandles, for å unngå at smertene etter hvert blir kroniske. Man ser også ofte at akutt smerte kan være vanskelig å lindre tilstrekkelig, fordi den kommer på toppen av annen, langvarig smerte (Wyller, 2012, s. 85; Fagerstrøm, 2019, s 179-180).

Kognitiv svikt og delir i forbindelse med skade er mest utbredt hos eldre, og blant hoftebruddspasienter er dette et kjent problem. Tidlig smertelindring og behandling av grunnlidelse/innleggelsesårsak, vil redusere sjansen for ytterligere komplikasjoner og delir hos pasientene. (Krogseth et al., 2014; Lindholm, 2019; Norsk ortopedisk forening, 2018, s. 17-18). Dette er viktig å prøve å unngå at pasientene får delir, for denne tilstanden er belastende både for pasienten og eventuelle pårørende, i tillegg til sykehuspersonalet. Delir kan medføre forlenget opphold på sykehuset, med påfølgende økte kostnader, økt risiko for nedsatt livskvalitet hos pasienten senere, og også økt risiko for død (Krogseth et al., 2014, s, 68, 71). Disse momentene viser at tidlig behandling av smerte kan ha god forebyggende effekt for nevnte tilstander for hoftebruddspasienter og eldre pasienter generelt.

En undersøkelse fra 2008 (Beaudoin et al., 2010, s. 77-78, 80) konkluderer med at ultralydveiledet nerveblokkade som smertelindring for hoftebruddspasienter i akuttmottak er gjennomførbart, og at bruken av denne teknikken medførte betydelig reduksjon av smerte hos pasientene i undersøkelsen.

Pasientene i vår undersøkelse har stort sett sagt det samme, de kommenterte at smertene forsvant relativt raskt etter at ULNFB ble satt.

En eldre, skrøpelig person vil være mer utsatt for senskader enn en yngre, i utgangspunktet frisk person, dersom smertebehandlingen ikke kommer i gang tidlig. En svensk studie fra 2019 undersøkte bruk av smertelindrende medisiner på en gruppe hoftebruddspasienter, og konkluderer med at pasienter uten, eller med liten kognitiv svikt, fikk mer smertelindrende medisin enn pasienter med sterkere grad av kognitiv svikt (Wennberg et al., 2019, s. 5, 6). Dette kan forklares med at en oppegående pasient lettere kan gjøre seg forstått, og derfor gi behandleren mer korrekt informasjon om sin smertegrad, enn en person med kraftig kognitiv svikt. Derfor er det ytterst viktig at vedkommende som skal sørge for smertelindringen er seg bevisst dette, slik at pasientene, uansett kognitiv funksjon, får tilstrekkelig smertebehandling.

Eldre personer uttrykker ofte smerte på en annen måte enn yngre (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 545). Har disse pasientene en kognitiv svekkelse, kan de ha vanskeligheter med å forklare nivået av

egen smerte. Dette kan skyldes et ønske om ikke å plage de rundt seg ved å virke klagende, kanskje på grunn av manglende språk, kanskje grunnet langvarig tilstand med smerte, slik at de er vant til å leve med denne. Andre sykdommer med smerter kan overdøve nye smerter, slik at det blir vanskeligere å diagnostisere eventuelle nye plager, grunnet uklare meldinger fra pasienten (McCaffery & Beebe, 2001, s. 234-236). Grundigere undersøkelser og gode kliniske observasjoner av pasientene er nødvendig for å få fram alt.

God smertelindring kan gjøre at man lettere finne tiltak som bedrer mulighetene for pasientene til å ta til seg informasjon som blir gitt. Ved at man fjerner sterk smerte, kan man lettere kartlegge pasientene og på denne måten kompensere for eksempelvis dårlig hørsel og/eller syn, forståelse av vanskelige ord, kontrollere at pasienten har forstått hva som blir gitt av informasjon. Situasjonen kan bli mindre traumatisk for pasientene ved å fjerne smerten.

5.2.5 Stress og mestring

Praktisk talt alle pasientene i undersøkelsen beskrev at de hadde et eller flere helseproblemer, relatert til alderen. Dårlig hørsel, dårlig syn, redusert fysisk tilstand og noe svekkede kognitive funksjoner, gikk igjen i disse beskrivelsene. Øvrig forskning bekrefter dette - hoftebruddspasienter er ofte skrøpelige eldre (Boman et al., 2019a, s. 1070).

Pasientenes evne til å mestre sin situasjon avhenger ofte av bakgrunn og tidligere erfaringer. Eide & Eide (2014, s. 166) forklarer mestringsbegrepet på en forenklet måte som «... mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser».

Gjengedal & Hanestad (2003, s. 37-38, 108) peker på at informasjon kan være vanskelig å få med seg, ved nedsatte kognitive evner. Det kan da oppstå en opplevelse av hjelpeløshet. Dersom man klarer å gjøre noe for å fjerne eller redusere denne tilstanden, kalles dette mestring. Mindre smerte og mer informasjon kan gi vedkommende en bedre mestringsfølelse.

Hovedutfordringen når fravær av mestring oppstår er ofte dårlig kommunikasjon mellom pleier og pasient. Helsepersonell må sies å ha det største ansvaret. Det er viktig for helsepersonell å forsikre seg om at gitt informasjon blir oppfattet. Dersom pasienten hører/ser dårlig, eller er forvirret på andre måter, må man tilstrebe å legge informasjonen på et nivå som pasientene er i stand til å oppfatte (Eide & Eide, 2014, s. 292-293; Wyller, 2011, s. 54). I mange situasjoner vil det nok vært tilstrekkelig å snakke tydeligere/høyere, eventuelt bruke kroppsspråk og/eller tegn som et tillegg.

Bruk av taleforsterker ville vært et godt tiltak, som erstatning for eget høreapparat. På den annen side er det ofte mangel på slikt utstyr.

Følelsen av å ikke ha kontroll kan altså reduseres ved at pasienten får, og oppfatter, informasjon. Dette skaper tillit til omsorgspersonene, og kan virke beroligende. I en hektisk fase, der pasienten ankommer sykehuset, kan det fort bli slik at man ikke tar seg tid til å skape denne relasjonen til pasientene, som er viktig for å skape tillit (Norberg Boysen et al., 2017, s. 2).

Flere av pasientene har sagt at de ikke husker hva som skjedde, men har allikevel en bedre følelse av kontroll, enn pasient 11. Dette kan muligens forklares med at de er trygge på at det som skjer rundt dem, og at de ikke føler behov for den samme detaljinformasjon som pasient 11 ønsket. Hvis for eksempel ambulanspersonellet har lagt et godt grunnlag for å skape tillit, vil det også være lettere for sykepleierne å overta denne pasienten og bygge videre på dette tillitsforholdet.

5.2.6 Ventetid

Hvor lenge man må vente på adekvat smertelindring er en viktig dimensjon i forbindelse med akutt smerte. For personer som opplever smerte, vil ventetiden synes lang. Watson et al. (1999, s. 89) peker på ventetid som en av flere viktige faktorer helsepersonellet må sette søkelys på. Alle pasientene i denne studien nevnte ventetid på en eller annen måte, uansett om den var kort eller lang. De som ikke ventet, uttrykte takknemlighet for dette, og kommenterte positivt av at alt hadde gått så fort. De som derimot måtte vente en del under oppholdet på akuttmottaket og undersøkelsene, påpekte at denne ventetiden føltes som evigheter. Manglende informasjon om *hvorfor* pasientene måtte vente, trakk i negativ retning med tanke på pasienttilfredsheten i undersøkelsen.

I en studie av Huang, Sabljak & Puhala (2018, s. 510) svarte de fleste kandidatene at ventetiden var for lang, og de reagerte også negativt på manglende informasjon fra de ansatte om at det ble mye venting. Begge de nevnte undersøkelsene fastslo at i de tilfeller helsepersonellet fortalte pasientene om hvorfor de måtte vente, ble pasientenes negative syn på ventetiden redusert. Pasienterfaringene i denne undersøkelsen viste at tiden fra innleggelse til smertelindring gikk relativt fort. Dersom dette bare skyldes at utførelsen nå ble gjort av sykepleiere, vil man kunne si at oppgaveglidningen i denne konteksten har vært vellykket, i kapittel 5.4 kommenteres mer inngående øvrige faktorer som er viktige med tanke på en vellykket gjennomføring av en endring, som jo oppgaveglidningen er.

Ventetiden for våre pasienter opplevdes ikke lang, fordi det gikk «slag i slag» med undersøkelser, røntgen, intervjuer, smertebehandling og operasjon.

Nydén et al. (2003, s. 271) formidler i en svensk studie at en av pasientene i undersøkelsen forklarte at det opplevdes vanskelig å bli liggende lenge på akutten uten tilsyn. «Da min kone levde, kunne hun ha spurt sykepleierne om de hadde glemt meg», fortalte han. På den annen side viste denne studien at pasientene aksepterte ekstra ventetid, hvis de oppfattet situasjonen slik at det var andre pasienter som trengte hjelp raskere enn de selv.

Kort ventetid er ikke bare viktig for å unngå selve følelsen av venting, men også for å redusere tiden med smerte og ubehaget dette medfører. Rask smertelindring for eldre pasienter er spesielt viktig for å unngå ytterligere komplikasjoner (Krogseth et al., 2014). Scurrah et al. (2018, s. 775) påpeker også viktigheten av rask smertelindring, der nerveblokade er en effektiv metode, for å redusere faren for ytterligere komplikasjoner for eldre pasienter. Komplikasjoner er som tidligere nevnt, risiko for delir, forlenget sykehusopphold, økt rehabiliteringsbehov, nedsatt livskvalitet i ettertid grunnet nedsatt fysisk aktivitet (Wyller, 2011, s. 200, 393).

5.3 Oppgaveglidning

Prosjektet på SiV, som denne masteroppgaven har sitt utspring i, tar for seg et tilfelle av oppgaveglidning, der sykepleiere har fått spesialopplæring til å sette ULNFB, noe som ellers gjøres av anestesileger. Erfaringene fra dette prosjektet vil være medvirkende til om denne endringen skal gjøres mer permanent på SiV.

I denne mastergradsstudien var pasientene fornøyde med at smerteblokaden ble administrert av en sykepleier. Så lenge arbeidsoppgaven ble utført ordentlig, var dette ikke noe problem, svarte flere av pasientene. Fra én av pasientene, som tidligere var operert for hoftebrudd, var tilbakemeldingen at smertelindringen gikk mye raskere enn den hadde gjort tidligere.

Men funnene kan ha flere årsaker. De kan ha en sammenheng med at helsepersonellet var engasjert i dette pilotprosjektet og derfor anstrengte seg ekstra for raskt å administrere nerveblokaden. Det at blokaden ble gjort under veiledning av en lege, kan også spille inn, sykepleierne har gjort alt de kan for å gjøre dette faglig og teknisk korrekt, for å vise legene at de har nødvendig ferdigheter og kunnskap for å gjøre dette alene i fremtiden. En underliggende profesjonskamp kan man også skylde på – vi (sykepleierne) er like flinke som dere (legene). Alt dette kan ha ført til at effektivitet

og informasjon fikk øket fokus. En studie ved Universitetet i Oslo fra 2018, om faktorer som påvirker implementering av oppgaveforskyvning i høyt spesialiserte helsetjenester (Feiring & Lie, 2018) nevner flere forhold som pekte seg ut; alle relatert til faglige evner, motivasjon og mulighet. For at en slik endring skal bli vellykket, må de som skal gjennomføre dette, ha kunnskap om, og akseptere mulighetene som oppgaveglidning innebærer, ha teoretisk og praktisk faglig kunnskap om feltet som oppgaveglidningen omfatter, og ikke være opphengt i tradisjonelle grenser mellom yrkene. Frykt for forandringer eller misunnelse fra en eller flere av de involverte yrkesgruppene vil hindre en vellykket gjennomføring av oppgaveglidning. I tillegg peker studien på at planlegging og ledelse, samt mulighet for frivillige i en prøve- og innføringsfase, er sentrale punkt.

Oppgaveglidning fra leger til sykepleiere er kontroversielt (Bordvik, 2019a), både leger og sykepleiere har stilt seg negative til dette, men ordningen får også støtte fra de samme gruppene, sier Fagerström (2019, s. 11). Konservatisme, ikke mangel på leger i Norge, medisinske fag står sterkt, unødvendig med AKS, manglende faglige kvalifikasjoner, er blant argumentene fra legestanden. Sykepleiere hevder at de har nok å gjøre, nye oppgaver vil de ikke ha tid til å utføre (Feiring & Lie, 2018, s. 6-7). Feiring & Lie (2018) skriver videre at tidligere oppfatning var at pasientene foretrakk å bli behandlet av leger ved mer avanserte prosedyrer, men nyere forskning viser at så lenge utøveren er faglig dyktig, er pasientene nå godt fornøyd med at slike prosedyrer også utføres av sykepleiere (Fagerström, 2019, s. 157; Laurant et al., s. 16-17, 20). Dette siste bekrefter pasientene i vår studie.

Forskning i flere land som vi kan sammenligne oss med, land som har gjennomført en mer omfattende oppgaveglidning mellom leger og sykepleiere enn Norge, viser at oppgaveglidning på flere områder er til beste for pasientene (Jennings et al., 2015; Bing-Johnsson, 2019). For å forberede sykepleiere på slik oppgaveglidning, tilbys det nå masterutdannelse i avansert klinisk sykepleie ved flere universiteter i Norge.

Nåværende helseminister Bent Høie har uttalt at Nasjonalt senter for distriktsmedisin ser spøkelser på høylys dag når de hevder at AKS kommer til å erstatte legene i distriktene (Bordvik, 2019b). Men Høie sier at sykepleiere ikke skal overta legeoppgaver, men at sykepleierne og legene skal samarbeide, til beste for pasientene. I et innlegg i Sykepleien (Fonn, 2019) sier Høie at AKS også må vurderes innført på sykehusene, for å møte økningen av pasienter med sammensatte sykdommer som er sykere enn før.

Legene bestemmer, men enkelte oppgaver kan utføres av sykepleiere, altså etter legens beslutning. Smerteblokade for hoftebruddspasienter på SiV er derfor et eksempel på dette, sykepleierne kan og skal ikke sette ultralydveiledet smertebokade på eget initiativ, kun etter forordning av lege.

Daværende helseminister Jonas Gahr Støre sa dette om temaet i 2013:

«Bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene. Det betyr at oppgaver som tidligere har vært knyttet til en særlig profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre samlet kompetanse og ressurser.»

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

I Norge ble det i 2013 utført en kartlegging som konkluderte med at en smart og fleksibel oppgavefordeling mellom helsepersonell kunne være avgjørende for en god pasientflyt med kortere ventetid for behandling. Og da var det snakk om flest eksempler på oppgaveforskyvning mellom lege og sykepleier/fysioterapeut. Tilbakemeldingene der var at både helsepersonell og pasienter var mer fornøyd (Fagerström, 2019, s. 23-24).

Selv om det i vår studie kun er én handling som beskrives, vil dette være en pekepinn på hvordan pasientene opplever denne arbeidsforskyvningen. Og til selve oppgaveglidningen, det at smertelindringen før operasjonen ble utført av en sykepleier istedenfor lege, hadde ingen av pasientene noe negativt å si om.

Det overveldende flertallet av positive tilbakemeldinger til oppgaveglidningen, kan skyldes flere faktorer. For det første var sykepleierne i dette prosjektet under opplæring, og hadde en lege i bakgrunnen. Dette medførte at pasienten følte seg godt ivaretatt, ved at de fikk ekstra fokus både fra en sykepleier og en lege. Samtidig ble det brukt litt ekstra tid på å gi informasjon både om pilotprosjektet i doktoravhandlingen og om min masteroppgave, der de skulle bli intervjuet av meg etterpå.

I en fremtidig situasjon, der sykepleierne er ferdig utlært, og kan utføre denne smerteblokaden uten en lege til stede, vil kanskje noe av denne effekten bli borte, pasienten vil få litt mindre informasjon, ingen lege til stede under administreringen av ULNFB, og ikke noe ekstra snakk om intervju etter smerteblokaden. Dette kan kompenseres ved at sykepleieren tar seg tid til å snakke med pasienten og gi relevant informasjon om både selve smerteblokaden, det om skjer videre og

ellers andre ting som pasientene måtte lure på (Fagerström , 2019, s. 80, 81). Dette handler fortsatt om å behandle pasienten med verdighet og respekt.

Intervjuene i etterkant av smerteblokadene kan også ha bidratt til de positive tilbakemeldingene. All oppmerksomhet vil som regel være positiv for pasientene, og for fremtiden kan man ha i bakhodet at bare en liten tur innom rommet med et spørsmål «går det bra her inne?», kan bidra til denne ekstra oppmerksomheten (Fagerström, 2019, s. 80).

Omsorg er tidligere beskrevet som essensen og kjernen i sykepleie (Gjengedal & Hanestad; Fagerström, 2019). Fagerström (2019, s. 84) påpeker at pleiepersonellet må engasjere seg, og ikke distansere seg fra pasienten, for å kunne hjelpe. Videre hevder hun at avansert klinisk sykepleie krever en tilnærming som er personsentret, og preget av omsorg, og at en slik sykepleier må kunne forstå pasienten som person.

Min påstand er at det i mange tilfeller er bedre for pasienten å bli behandlet av en sykepleier, enn av en lege. Sykepleieren har ofte vært i kontakt med pasienten over lengre tid, og blitt kjent med pasienten bedre enn legen (Fagerström, 2019, s. 20, 151-152). Dette medfører som regel at det har oppstått et tillitsforhold, og samtalen mellom pleier og pasient kan gli lett. Sykepleieren kan fange opp ting hos pasienten som en lege ikke får med seg, siden legen(e) er kortere hos en pasient enn sykepleierne. Pasientene vil også slippe å måtte svare flere ganger på spørsmål om omstendighetene rundt bruddet og personlige opplysninger, ved at de møter én lege mindre i behandlingsprosessen.

5.4 Styrker og svakheter ved studien

Etter en evaluering av denne studien, ser jeg nå at den har både styrker og svakheter i sin gjennomføring, og at det er enkelte ting som kunne vært gjort annerledes.

Metodevalget mitt, en kvalitativ intervjustudie med 14 intervjuobjekter, ser jeg på som en styrke, all den tid mønsteret i svarene peker i samme retning for gruppen. Dette kan antyde at svarene som jeg har fått er generelle for denne typen pasienter, og at funnene mine er troverdige. En annen styrke ved gjennomføringen var at intervjuene ble foretatt nært opp til innleggelsen, og på enerom, uten andre til stede. Da er hendelsene fortsatt friskt i minne, og lite påvirket av tiden og eventuelle andre inntrykk og opplevelser.

For én av deltagerne i studien var det at intervjuene ikke ble tatt opp med recorder, en fordel. Denne pasienten sa rett fram at hun ikke ville ha deltatt dersom intervjuene skulle tas opp. Men samtidig kan dette ses på som en svakhet, fordi jeg ikke har hatt anledning til å høre gjennom intervjuene på ny i ettertid, for eventuelt å fange opp nyanser eller kommentarer i svarene som jeg kanskje ikke fikk med meg under intervjuene. Selv om jeg underveis noterte tilnærmet ordrett det pasientene sa under intervjuene, kan jeg ha gått glipp av enkelte ting som kunne vært viktige for studien.

En annen svakhet er at jeg kunne muligens gått mer i dybden i oppfølgingsspørsmålene, spesielt når det gjelder informasjonstemaet, hvorfor husket pasientene ikke alt, og hva var det de mente kunne ha vært gjort annerledes. På den måten kunne jeg hatt fått konkrete innspill for å kunne lage et verktøy til fremtidig bruk på Akuttsenteret.

De 14 pasientene i studien var ganske samstemte når det gjaldt hvordan de opplevde oppholdet på Akuttsenteret. Selv om det var forskjeller i opplevd smerte, redsel og stress, var hovedoppfatningen til alle at oppholdet hadde vært fra bra til meget bra. Med tanke på totalopplevelsen, var det ingen som var negative. Opplevelsen av oppgaveglidningen var heller ikke kommentert som negativ hos noen.

Det hadde vært interessant å utvide studien til å gjelde et større antall pasienter, samt å utføre den samme studien på flere sykehus, for å sammenligne funn, for derved å kunne si med større sikkerhet at våre funn er representative.

6 KONKLUSJON

I denne kvalitative studien er 14 pasienter, som var innlagt for hoftebrudd på SiV, intervjuet av undertegnede, med spørsmål om sine erfaringer i forbindelse med ankomsten til Akuttsenteret og administreringen av ULNFB der, gjort av sykepleiere som var under opplæring. Funnene fra pasientundersøkelsen er beskrevet i kapittel 4, og har sammen med litteratur om tilsvarende gitt grunnlag for diskusjon i kapittel 5.

Det kom tydelig fram at pasientene i undersøkelsen var opptatt av å føle seg sett, bli tatt på alvor og behandlet som et menneske. På tross av ubehag og smerter, ga de fleste pasientene ros til helsepersonellet, både i ambulansen og på Akuttsenteret. Dette faller sammen med tilgjengelig litteratur om emnet, alle mennesker er forskjellige med forskjellig behov, noe som sykepleiere og leger må ta hensyn til underveis i behandlingen.

Videre var pasientene i vår undersøkelse opptatt av at de fikk informasjon underveis. Det er viktig å gi tilstrekkelig informasjon om hva som skjer og skal skje, og hvorfor. Selv om de fleste ikke fikk med seg alt som ble sagt, var de fornøyd med at informasjon ble gitt, dette gir pasientene en følelse av å bli inkludert og verdsatt. utfordringen for min pasientgruppe var at nesten alle hørte dårlig, og høreapparatene lå hjemme, dette må sykehuspersonalet ta hensyn til når informasjonen blir gitt. Annen kognitiv svekkelse må man også utrede, og på denne måten tilpasse informasjonen til hver enkelt pasient. Mangel på informasjon kan påvirke totalopplevelsen for pasienten og gi de en følelse av hjelpeløshet og usikkerhet, det er da viktig for sykepleier og lege å forsikre seg om at tilstrekkelig informasjon blir gitt og forstått, slik at pasientene føler seg inkludert i behandlingen.

I framtiden er det tenkt at ULNFB skal bli gitt av sykepleiere med spesialopplæring, uten lege til stede. Pasientene påpekte at smertebehandlingen ble gjort på en rolig og god måte, og hadde god effekt, pasientene følte seg i trygge hender underveis. Forskning hevder at ULNFB er av de beste metodene når det gjelder smertebehandling etter hoftebrudd, noe våre funn ikke går imot. Rask effekt, få bivirkninger, og ikke minst at smertebehandlingen kan utføres av sykepleiere, som reduserer ventetiden for pasientene og frigjør legene til andre oppgaver, er momenter som viser at ULNFB blir foretrukket, der dette er et alternativ.

Følelsen av usikkerhet og redsel varierte hos pasientene, men med omsorg og sikker hånd klarte sykepleierne å redusere disse stressmomentene. Ved at sykepleierne viser at dette er noe de behersker og kan, overføres denne tryggheten til pasientene, og kan fjerne usikkerhet, frykt og redsel.

Det er forsket mye på ventetid på akuttmottak, våre pasienter kommenterte at ventetiden ikke var lang, mange sa at alt gikk fort. Forskning hevder at lang ventetid er negativt for pasientene, både med tanke på smerte og usikkerhet på egen tilstand, derfor er det viktig å unngå lang ventetid for pasientene. Ved å ha et smidig system med triagering med bruk av «fast-track»-rutiner for forskjellige sykdomsgrupper, vil man for de alvorligste pasientgruppene redusere ventetiden mye. Hoftebruddspasienter kan spares for ytterligere lidelse og komplikasjoner (delir, funksjonsnedsettelse) ved rask smertebehandling.

Våre pasienter var nesten samstemmige når det gjaldt administreringen av ULNFB, så lenge dette blir gjort på en profesjonell måte, kan dette like gjerne gjøres av en dyktig sykepleier som en lege. Ved å gi utdanning og opplæring til helsearbeiderne, er det den faktiske kunnskapen og håndlaget som avgjør hvem som kan gjøre hva, ikke nødvendigvis tittelen på den som utfører oppgavene. Og hvis denne oppgaveglidningen medfører at legene blir frigjort til mer avanserte oppgaver, og pasientene samtidig får administrert smertebehandlingen raskere av en sykepleier, fordi de slipper å vente på at en lege skal bli ledig, er dette positivt både for pasientene og sykehuset.

Oppgaveglidning medfører ikke at sykepleiere overtar legenes oppgaver, men at de etter spesialopplæring, kan utføre noen av disse, dog etter ordre fra lege.

Noen kritiske røster til oppgaveglidning finnes; På den ene siden hevder enkelte leger at avanserte medisinske inngrep må gjøres av fagutdannede leger, på den andre siden hevder sykepleiere at de har allerede mer enn nok å gjøre, og de ønsker ikke å bli pålagt nye oppgaver og bli fjernet fra tradisjonell pasientkontakt. Våre pasienter var ikke negative til denne varianten av oppgaveglidning, der ULNFB administreres av en spesialtrenet sykepleier. I dette tilfellet vil heller ikke sykepleieren fjernes fra pasientkontakten, tvert imot, her opprettholder sykepleieren kontakten med pasienten underveis i behandlingen, noe som gjør at pasienten må forholde seg til færre ansatte enn om en annen lege skal innom for å gi smertebehandlingen.

Pasienten må være i sentrum, dette gjennomsyrrer mye av de funnene vi har i denne undersøkelsen. Annen forskning bekrefter dette, ved å se pasientene som individer med forskjellige behov, vil man ved bruk av samarbeid og teamwork kunne tilpasse og gi best mulig behandling for den enkelte pasienten. I forbindelse med oppgaveglidning er det viktig å bli enige om grenser, hvem gjør hva, det må være definerte oppgaver for å unngå konflikter – alt for pasientens beste.

AKS er med på, med de rette tilpasninger, en nødvendig modernisering av helsetjenestene, både på sykehus og i kommunene. Dersom implementering av AKS som en selvstendig yrkesgruppe gjøres varsomt, vil dette være med på å sørge for rett mann/kvinne på rett plass, og gjøre helsevesenet mer rustet til å møte kravene om økt effektivitet og økonomiske resultater. Modernisering er en kontinuerlig prosess, leger må ikke sitte fast i en hierarkisk gammel modell, sykepleierne må ønske velkommen mulighetene til økt kompetanse, og skape et samarbeid på tvers av tidligere, kanskje for fastlåste fagfelt og oppgaver. Hvis man samtidig husker å la pasientene medvirke i behandlingen, så langt det er mulig, vil man forankre ansvaret for behandlingen både hos pasienten selv, sykepleierne og legene.

Denne undersøkelsen indikerer at vi må jobbe sammen med pasientene når det gjelder oppgaveglidning. Når pasientene hevder at de har fått mye informasjon, men ikke husker hva som ble sagt, så må vi kanskje ta dette til etterretning, og for eksempel gi pasientene et skriv i ettertid som forklarer hva de har vært med på og gått igjennom, sammen med informasjon om hva som skal skje fremover. Samtidig vil det å passe på at pasientene bruker høreapparat og briller, være med på å hjelpe pasientene til å motta og holde på informasjonen som blir gitt.

Selv om det altså allerede er utført en del forskning om pasienterfaringer i forbindelse med opphold på Akuttsentre, vil ytterligere forskning kunne lede utviklingen i en riktig retning, både når det gjelder pasientmedvirkning, tverrfaglig samarbeid, oppgaveglidning og bruk av AKS og andre spesialtrene sykepleiere.

Litteraturliste

- Beaudoin, F. L., Nagdev, A., Merchant, R. C. & Becker, B. M. (2010). Ultrasound-guided femoral nerve blocks in elderly patients with hip Fractures. *American Journal of Emergency Medicine*, 28(1), 76-81.
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.09.015>
- Beaudoin, F. L., Haran, J. & Liebmann, O. (2013). A comparison of ultrasound-guided three-in-one femoral nerve block versus parenteral opioids alone for analgesia in emergency department patients with hip fractures: a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 20(6), 584-591.
<https://doi.org/10.1111/acem.12154>
- Bing-Johnsson, P. (2019, 16. august). Klart oppdrag for avanserte kliniske sykepleiere. Hentet fra
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/08/16/klart-opdrag-for-avanserte-kliniske-sykepleiere/>
- Boman, E., Duvaland, E., Gaarde, K., Leary, A. & Fagerström, L. M. (2019a). Implementation Of advanced practice nursing for orthopedic patients in the emergency care context. A study protocol for outcome studies. *Journal of advanced nursing*, 76(4), 1069-1076.
<https://doi.org/10.1111/jan.14299>
- Boman, E., Egilsdottir, H., Ley-Malmberg, R. & Fagerström, L. M. (2019b). Nurses' understanding of a developing nurse role in the Norwegian emergency care context: A qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 47-54.
<https://doi.org/10.1177/2057158518783166>
- Bordvik, M. (2019a, 5. august). Kritiske til ny sykepleierutdanning. Hentet fra
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/08/05/kritiske-til-ny-sykepleierutdanning/>
- Bordvik, M. (2019b, 8. august). Mener kritikerne «ser spøkelser på høylys dag». Hentet fra
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/08/08/mener-sykepleier-kritikerne-ser-spokelser-pa-hoylys-dag/>

Brusselkontoret. (2012). *Nye oppgaver, nye roller–Europas helsevesen i endring*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/1034960/Oppgaveglidning%20%20Nye%20oppgaver%20nye%20roller%20-%20Europas%20helsevesen%20i%20endring.PDF>

Cooper, M. A., Lindsay, G. M., Kinn, S. & Swann, I. J. (2002). Evaluating emergency nurse practitioner services: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 721-730.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02431.x>

Charlton, C. R., Dearing, K. S., Berry, J. A. & Johnson, M. J. (2008). Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 20(7), 382-388.
<https://ezproxy1.usn.no:3528/10.1111/j.1745-7599.2008.00336.x>

Datatilsynet. (2019, 17. juli). Hva er personvern? Hentet fra <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/hva-er-personvern/>

Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. (2014). A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners and clinical nurse specialists: what is the quality of the evidence? *Nursing Research and Practice*, 2014, 1-28.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1155/2014/896587>

Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon I Relasjoner. Samhandling. Konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ekwall, A. (2010). Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(3), 210.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.003>

Fagerström, L. M. (Red.). (2019). *Avansert klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Feiring, E. & Lie, A. E. (2018). Factors perceived to influence implementation of task shifting in highly specialized healthcare: a theory-based qualitative approach. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3719-0>
- Fonn, M. (2019, 18. november). Vi må tørre å diskutere en ny utdanning av allmennsykepleiere på sykehus. Hentet fra
<https://sykepleien.no/2019/11/bent-hoie-vi-ma-torre-diskutere-en-ny-utdanning-av-allmennsykepleiere-pa-sykehus>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Fakta om beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd)*. Hentet fra
<https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/>
- Haukland Universitetssjukehus, Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd. (2020). *Rapport juni 2020* (ISSN: 1893-8914). Hentet fra
<http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Rapport2020.pdf>
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2003). *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring* (2. utg.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Gullberg, B., Johnell, O. & Kanis, J. A. (1997). World-wide Projections for Hip Fracture: *Osteoporosis International; With other metabolic bone diseases*. London, 7(5), 407-413.
DOI:<https://ezproxy1.usn.no:3528/10.1007/PL00004148>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, 30. januar). Ti nye grep for bedre sykehus. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2013/ti-nye-grep-for-bedre-sykehus1/id713011/>
- Holmberg, M., Forslund, K., Wahlberg, A. C. & Fagerberg, I. (2014). To surrender in dependence of another: the relationship with the ambulance clinicians as experienced by patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 544-551.
<https://ezproxy2.usn.no:3481/10.1111/scs.12079>

- Huang, Y-H., Sabljak, L. A. & Puhala, Z. A. (2018). Emergency department patient experience and Waiting time. *American Journal of Emergency Medicine*, 36(3), 510-511.
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.07.093>
- Jennings, N., Clifford, S., Fox, A. R., O'Connell, J. & Gardner, G. (2015). The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 52(1), 421-435.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig Metode* (4.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS 2016.
- Krogseth, M., Wyller, T. B., Engedal, K. & Juliebø, V. (2014). Delirium is a risk factor for institutionalization and functional decline in older hip fracture patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(1), 68-74
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.006>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & van Vught, A. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
- Lindholm, E. (2019). *Acute Pain in Hip Fracture Patients: Pain Management in the Emergency Department, a Mixed Method Study. Nurse Led Ultrasound Guided Femoral Nerve Block in The Emergency Department* (Doktoravhandling, Universitetet i Sørøst-Norge). Hentet fra
<https://clinicaltrials.gov/show/NCT04145752>
- Maier, C. B., Koppen, J., Busse, R. & Munros team (2018). Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. *Human resources for health*, 16(1), 24.
<https://doi.org/10.1186/s12960-018-0285-9>

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin- og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Aamland, A. & Fosse, A. (2020). How can task shifting put patient safety at risk? A qualitative study of experiences among general practitioners in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(1), 24-32.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1714143>
- McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smerter. Lærebok for helsepersonell* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-centred Practice in Nursing Health Care: Theory and Practice* (2. utg.). West Sussex, England: John Wiley & Sons, Incorporated. Hentet fra
<https://ezproxy2.usn.no:2537/lib/ucsn-ebooks/detail.action?docID=4605105>
- NEM – Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* (ISBN: 978-82-7682-058-4). Hentet fra
<https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/Hvem-er-vi/Komite-for-medisin-og-helsefag/>
- Norberg Boysen, G., Nyström, M., V. Christensson, L., Herlitz, J. & Wireklint Sundstrom, B. (2017). Trust in the early chain of healthcare: Lifeworld hermeneutics from patient's perspective. *International Journal of Qualitativ Studies on Health and Well-being*, 12(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1356674>
- NSD-Norsk senter for forskningsdata. (2018, 10. oktober). *Forske på egen arbeidsplass*. Hentet fra
https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html

- Norsk ortopedisk forening. (2018). *Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd 2018*. Hentet fra <http://nrlweb.ihelse.net/Anbefalinger/Norske%20retningslinjer%20for%20tverrfaglig%20behandling%20av%20hoftebrudd.pdf>
- Nydén, K., Petersson, M. & Nyström, M. (2003). Unsatisfied basic needs of older patients in 16 emergency care environments - obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 268-274. <https://ezproxy2.usn.no:3481/10.1046/j.1365-2702.2003.00737.x>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rutakumwa, R., Mugisha, J. O., Bernays, S., Kabunga, E., Tumwekwase, G., Mbonye, M. & Seeley, J. (2019). Conducting in-depth interviews with and without voice recorders: a comparative analysis. *Sage Journals Premier*, 20(1), 1-7. <https://ezproxy1.usn.no:3684/doi/10.1177/1468794119884806>
- Scurrah, A., Shiner, C. T., Stevens, J. A. & Faux, S. G. (2018). Regional nerve blockade for early analgesic management of elderly patients with hip fracture – a narrative review. *Anaesthesia*, 73(6), 769-783. <https://doi.org/10.1111/anae.14178>
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring I kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ystgaard, B. & Bolkan, H. (2013). Surgery and task shifting in the rainforest. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 133(15), 1618-20. <https://tidsskriftet.no/2013/08/internasjonalemedisin/kirurgi-og-jobbglidning-i-regnskogen>
- Watson, W. T., Marshall, E. S. & Fosbinder, D. (2009). Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 25(2), 88-92. [https://doi.org/10.1016/S0099-1767\(99\)70152-2](https://doi.org/10.1016/S0099-1767(99)70152-2)

Wennberg, P., Möller, M., Herlitz, J. & Kenne Sarenmalm, E. (2019). Fascia iliaca compartment block as a preoperative analgesic in elderly patients with hip fractures – effects on cognition. *BMC Geriatrics*, 19(1), 252-8.
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1266-0>

World Health Organization. (2008). Task shifting: global recommendations and guidelines: WHO. Hentet fra
https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/

World Health Organization. (2007). Task shifting to tackle health worker shortages. WHO. Hentet fra
https://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf

Wyller, T. B. (2011). *Geriatriske en medisinske lærebok* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (2016). *Sykdom og behandling* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 1



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I PROSJEKT

SMERTELINDRING VED HOFTEBRUDD

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et prosjekt. Vi ønsker å gi god smertelindring til pasienter med hoftebrudd og vil i den sammenheng se på muligheter for at sykepleiere setter nerveblokkade. Dette er en prosedyre som ifølge forskning gir bedre smertelindring enn opiatte (slik som f.eks morfin).

Før du bestemmer deg for å delta i studien vil vi be deg om å lese nøye gjennom denne informasjonen som beskriver hensikten med studien, og hva det eventuelt vil innebære for deg å delta. Sykehuset i Vestfold er ansvarlig for prosjektet og utgår fra Akuttsektoret ved Sykehuset i Vestfold.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Om du ønsker og samtykker til dette vil du få en blokkade satt av sykepleier for å lindre smerte ved hoftebrudd. Tradisjonelt er det anestesileger som gir denne smertelindringen. Sykepleiere har gjennomgått opplæring og får veiledning av anestesilege. Det hele tar 15-30 minutter og har en forventet smertelindring på inntil 8 timer. Helt praktisk vil du først få en liten injeksjon i lysken som **bedrøver** området. Deretter en injeksjon der man setter lokalbedøvelse ved nerven i lysken. Sykepleier vil benytte et ultralydapparat for å finne området hvor man skal sette blokkaden slik at den treffer best mulig. Generelt er dette en prosedyre som er forbundet med lite ubehag.

Dersom du sier ja til å delta i dette prosjektet vil vi hente opplysninger om deg ut fra din journal. Dette vil være opplysninger som; alder, kjønn, vurdering av smerte før og etter blokkade, hvilke smertestillende legemidler du har fått under innleggelsen samt opplysninger knyttet til eventuelle komplikasjoner under oppholdet. Du også under tiden du er innlagt på sykehus få besøk av en doktorgradstipendiat som vil stille deg spørsmål vedrørende dine erfaringer i forhold til smertelindring i akuttmottak. Det vil bli tatt notater fra intervjuet. Den som gjennomfører intervjuet vil være underlagt taushetsplikten, denne vil bli overholdt i intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Tidligere forskning tyder på at rask smertelindring etter hoftebrudd er gunstig. Vi tror at en sykepleierutført blokkade vil kunne skje på et tidligere tidspunkt under sykehusoppholdet enn dagens praksis. Vanligvis gjøres en slik nerveblokkade av anestesilege, men de er svært ofte opptatt annet sted på sykehuset. Sykepleierne som skal utføre nerveblokkaden har fått grundig opplæring av leger og vil også få veiledning underveis i prosedyren av en lege.

Ulemper kan også forekomme ved en slik blokkade, dette er svært uvanlig, men det er uansett svært viktig at du informerer helsepersonell dersom du opplever ubehag etter at blokkaden er satt. Dersom det i løpet av studien skulle fremkomme ny informasjon eller endringer til prosjektet som kan påvirke ditt valg om å være med, vil du bli informert.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Du trekker deg fra deltagelse ved å si ifra til helsepersonell som behandler deg i akuttmottak.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenkende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Elin Saga og Espen Lindholm som har tilgang til denne listen.

Prosjektet vil bli avsluttet 31.03.2023. Prosjektet vil beholde data i inntil fem år etter prosjektslutt. Vi ønsker å beholde data i denne perioden fordi data fra prosjektet kan bli nyttig i fremtidig forskning på liknende tema. Det kan også være aktuelt å publisere artikler utover det som er målet for dette prosjektet og man vil da trenge relevante data. Datamaterialet vil bli lagret på en sikret server ved SiV som ingen andre enn prosjektleder og hovedutprøver har tilgang til. Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet innen 31.03.2028. Data fra prosjektet vil bli publisert i vitenskapelige tidsskrift, og opplysninger om deg vil være fullstendig anonymisert. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

FORSIKRING

Det er ingen spesiell forsikring tilknyttet studien, men alle pasienter er tilknyttet Norsk Pasientskade Erstatning (NPE) som ordinær praksis ved norske sykehus. Dersom en skade oppstår som følge av din deltagelse i prosjektet vil du etter egen vurdering fra NPE kunne få erstatning.

UTLEVERING AV OPPLYSNINGER TIL ANDRE

Opplysninger innsamlet i studien skal ikke utleveres til utlandet eller andre forskergrupper uten ny tillatelse fra deg.

ØKONOMI

Studien er finansiert gjennom Akuttsenteret fra Sykehuset i Vestfold. Det vil bli søkt om støtte fra Helse Sør-Øst for gjennomføring av studien. Deltakerne vil ikke få noen økonomisk kompensasjon for deltagelse i studien.

OPPFØLGINGSPROSJEKT

Det vil bli gjennomført en større studie på effekten av smertelindring ved blokada satt av sykepleiere sammenliknet med blokada satt av lege. Denne fremtidige studien vil ikke ha noen innvirkning på deg.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet.

Etter ny personopplysningslov har dataansvarlig Elin Saga og prosjektleder Espen Lindholm et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr. 2 og ditt samtykke. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke

KONTAKTOPPLYSNINGER

Elin Saga Telefonnummer 45844472 e-postadresse elin.saga@siv.no.

Espen Lindholm Telefonnummer 92213346 e-postadresse espen.lindholm@siv.no

Du kan ta kontakt med SIV HF's personvernombud Ida Møllerud, ida.kristin.mollerud@siv.no

Dersom du har spørsmål om behandlingen av dine personopplysninger i prosjektet, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

|

Vedlegg 2

GUIDE FOR INTERVJU AV PASIENTER SOM ER BLITT INNLAGT PGA LÅRHALSBRUDD.

1. Kan du beskrive situasjonen da du ble innlagt/kom til akuttmottaket?
Hvordan ble du tatt imot av personalet på akuttmottaket?
Hva følte du? (Var du engstelig/redd?)
2. Hvordan opplevde du situasjonen før du fikk smertebehandling?
Fikk du informasjon om hva som skulle skje?
Fikk du hjelp raskt, eller måtte du vente?
Beskrivelse av ventetiden og egen opplevd smerte.
Husker du hva slags smertelindring du fikk?
3. Fikk du noen konkret informasjon om selve nerveblokaden/smertelindringen, evt. av hvem?
Detaljer rundt administreringen av nerveblokaden
4. Husker du hvem som ga deg smertelindring (blokade)?
Lege eller sykepleier, ble den gitt raskt, eller måtte du vente
Har du noen tanker rundt at dette ble gjort av en sykepleier? Var du redd/engstelig?
5. Hvordan opplevde du effekten av smerteblokaden?
Tok det lang tid før smertebehandlingen begynte å virke?
6. Har du ellers noe du vil fortelle meg ift. hvordan du hadde det vedrørende smerte da du brakk hoften?