



KANDIDAT

**66**

PRØVE

# BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:31
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

**Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave**

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

**Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:**

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

**Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:**

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

 JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

 JA, jeg samtykker NEI, jeg samtykker ikke

---

Besvart.

# 1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/> )

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

↓ Last ned

× Fjern

↻ Erstatt

Filnavn: bacheloroppgave kull 2018.pdf

Filtype: application/pdf

Filstørrelse: 370.61 KB

Opplastingstidspunkt: 08.04.2021 11:39

Status: Lagret

Besvart.

## **Det problematiske hoftebruddet**

*Hvordan kan pasienter motiveres til tidlig mobilisering etter hoftebruddsoperasjon på korttidsavdeling på sykehjem?*

## **The problematic hip fracture**

How can patients be motivated to early mobilization after hip fracture surgery in a short-term ward in a nursing home?

**Kandidatnummer: 66**

**VID vitenskapelige høyskole**

**Bergen**

**Bacheloroppgave**

**Bachelor I sykepleie**

**Kull: 2018**

**Antall ord: 8828**

**Dato: 8/4-21**



## Sammendrag

**Tittel:** Det problematiske bruddet

**Problemstilling:** Hvordan kan pasienter som har gjennomgått hoftebruddsoperasjon motiveres til tidlig mobilisering på korttidsavdeling på sykehjem?

**Metode:** I denne bacheloroppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. Jeg har systematisk funnet litteratur og forskning som jeg aktiv tar i bruk for å svare på problemstillingen. Jeg har benyttet fire forskningsartikler som tar i bruk kvantitativ eller kvalitativ metode.

**Funn:** Funnene viser til økt motivasjon for mobilisering ved bruk av motiverende intervju. Pasientene opplever også økt motivasjon når de får korrekt informasjon, og når sykepleier skaper tillit, har kunnskap og tar seg tid.

**Drøfting:** I drøftingen blir litteratur og forskning om motivasjon, mobilisering og hoftebrudd knyttet sammen og problematisert for å belyse problemstillingen.

**Konklusjon:** Pasienter kan motiveres av både indre og ytre faktorer. Faktorer som ros, hjelp, informasjon, nærhet og at de selv blir inkludert har vist seg å være motiverende faktorer for økt mobilisering.

## **Abstract**

**Title:** The problematic hip fracture

**Research question:** How can patients be motivated to early mobilization after hip fracture surgery in a short-term ward in a nursing home?

**Method:** In this bachelor thesis I have used literature study as a method. I have systematically found literature and research that I actively use to answer the issue. I have used four research articles that use a quantitative or qualitative method.

**Findings:** The findings refer to increased motivation for mobilization through the use of motivational interviews. Patients also experience increased motivation when they receive correct information, and when the nurse creates trust, has knowledge and takes time.

**Discussion:** In the discussion, literature and research on motivation, mobilization and hip fractures are linked together and problematized to shed light on the issue.

**Conclusion:** Patients can be motivated by both internal and external factors. Factors such as praise, help, information, closeness and the fact that they themselves are included have proven to be motivating factors for increased mobilization.

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 problemstilling .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 avgrensing og presisering av problemstilling .....</b>	<b>8</b>
<b>1.4 Begrepsavklaring .....</b>	<b>9</b>
<b>2 Metode .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 vitenskapsteori .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Metode .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 litteratursøk.....</b>	<b>12</b>
<b>2.4 kildekritikk.....</b>	<b>14</b>
<b>2.5 etiske overveielser.....</b>	<b>15</b>
<b>3 Teori/referanseramme .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Pasienter med hoftebrudd .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1.1 rehabilitering.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1.2 Mobilisering.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1.3 Smerter .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.4 Eliminasjon .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.5 væske og ernæring.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1.6 Delirium .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1.7 Psykososiale behov .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Motivasjon: .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2.1 Motiverende samtale.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2.2 Lært hjelpeløshet .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Grunnlagsteori – Callista Roy.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3.1 Subsystemer .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3.2 Stimuli.....</b>	<b>22</b>
<b>4 Resultat.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Artikkel 1 .....</b>	<b>24</b>



<b>4.2</b>	<b>Artikkel 2</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>Artikkel 3</b>	<b>27</b>
<b>4.4</b>	<b>Artikkel 4</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting</b>	<b>30</b>
<b>5.1</b>	<b>Ros meg</b>	<b>30</b>
<b>5.2</b>	<b>Informer meg</b>	<b>31</b>
<b>5.3</b>	<b>Vær nær meg</b>	<b>32</b>
<b>5.4</b>	<b>Inkluder meg</b>	<b>33</b>
<b>5.5</b>	<b>Mål meg</b>	<b>34</b>
<b>5.6</b>	<b>Hjelp meg</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>38</b>

## 1 INNLEDNING

Eldre med hoftebrudd utgjør en stor og viktig pasientgruppe på norske sykehus (Bentzen & Domaas, 2015). Hvert år får rundt 9000 personer i Norge hoftebrudd (St. Olavs Hospital, u.å.). Hoftebrudd kan ha alvorlige konsekvenser for pasienter. De kan blant annet oppleve smerter og ubehag, men også langt mer alvorlige konsekvenser som tap av evne til å bevege seg, redusert livslengde og økt behov for hjelp (Helsedirektoratet, u.å.). På bakgrunn av samhandlingsreformen skal pasientene sikres god behandling og pleie, men på lavest mulig omsorgs- og kostnadsnivå. I korte trekk betyr dette at pasienter raskere blir skrevet ut fra sykehuset enn tidligere. Dette gjelder også for pasienter som har gjennomgått hoftebrudd (Bentzen & Domaas, 2015).

Til tross for at mange pasienter med hoftebrudd raskere blir skrevet ut til korttidsopphold i kommunen, får for eksempel korttidspasientene i Oslo i snitt kun 20 minutter fysioterapi per uke. Denne tiden holder ikke engang til en faglig forsvarlig funksjonsvurdering. Oslo er nok ikke alene om å ha slike kår (Norsk fysioterapeutforbund, 2015). Denne mangelen på fysioterapitid er noe jeg selv også har erfart og er ikke i tråd med rådene fra Helsedirektoratet, som anbefaler at eldre bør være i moderat aktivitet i minimum 150 minutter per uke (Helsedirektoratet, 2019).

Manglende fysioterapitid medfører at sykepleier får en mye større rolle i å mobilisere pasienter som har gjennomgått hoftebrudd. Dette krever at sykepleier har god kunnskap om hvordan treningen skal gjennomføres og om hvorfor trening etter hoftebrudd er viktig. Sykepleieren må ha denne kunnskapen for å kunne gi god og forsvarlig sykepleie til pasientene. God informasjon og kunnskap vil være sentralt for at pasienten skal være motivert for mobilisering (Grønseth et al., 2017, s. 170).

Pasienter som ikke blir mobilisert blir sengeliggende og pleietrengende. De har mindre livskvalitet sammenlignet med dem som får trent seg tilbake til god mobilisering eller god grad av selvhjelpenhet. Slik sett kan man også si at sykepleierne på sykehjem har et stort ansvar i å bedre eller opprettholde god livskvalitet for pasienter som gjennomgår

hoftebrudd. Det er med andre ord et stort ansvar som hviler på sykepleierne (Grønsløth et al., 2017, s. 189)

## **1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA**

Etter å ha arbeidet på korttidsavdeling på sykehjem over en lengre periode har jeg fått innblikk i mange ulike pasienthistorier. Noe av det som har fanget min oppmerksomhet er at det er veldig mange pasienter som pådrar seg hoftebrudd. Jeg har sett at dette ofte er pasienter som har vært fysisk spreke fra før av, men som til tross for dette ikke alltid har klart å komme seg på beina igjen. Vi som jobber med disse pasientene har rett og slett ikke klart å mobilisere dem, slik som vi ønsker. Jeg har erfart at en av faktorene som spiller inn her, er pasientens motivasjon for å trene seg opp igjen etter bruddet. Pasientene er ofte lite motiverte og passive, de får lite informasjon og vet lite om de alvorlige konsekvensene av å ikke blir tidlig mobilisert. Dette får meg til å undre over hvorfor det er slik, og om jeg som sykepleier kan gjøre noe annerledes for å motivere mine pasienter til mobilisering etter hoftebrudd.

## **1.2 PROBLEMSTILLING**

Hvordan kan pasienter som har gjennomgått hoftebruddsoperasjon motiveres til tidlig mobilisering på korttidsavdeling på sykehjem?

## **1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING**

I denne oppgaven skal jeg legge vekt på hva som kan være motiverende for pasienter som har gjennomgått hoftebruddsoperasjon når de skal mobiliseres på en korttidsavdeling. Inklusjonskriterier er at pasienten er operert for hoftebrudd og er over 65 år gammel. Jeg trekker inn alle ulike typer hoftebrudd, da det hadde blitt vanskelig å finne relevant litteratur for spesifikke brudd. Imidlertid er det viktig å huske på at ulike brudd kan gi ulike komplikasjoner og ulike restriksjoner. Med tidlig mobilisering mener jeg all mobilisering som skjer på korttidsavdelingen. Med korttidsavdeling mener jeg en avdeling på sykehjem, der

pasientene er over en kortere periode. Fokuset mitt er på eldre pasienter da det er de som oftest får hoftebrudd og som i den sammenheng skrives ut til korttidsavdeling for mobilisering. Fokuset mitt er på pasienter som er operert for hoftebrudd, og som kan fullbelaste etter postoperative dag en. Jeg skal fokusere på hva som motiverer pasienter og hvordan sykepleier kan motivere pasienter til tidlig mobilisering.

## **1.4 BEGREPSAVKLARING**

### **Hoftebrudd:**

Med hoftebrudd menes brudd i øvre del av lårbeinet (femur) som kan inndeles i lårhalsbrudd (FCF), og pertrokantære og subtrokantære brudd, som sitter nedenfor selve lårhalsen (Ranhoff et al., 2014, s.514).

### **Tidlig mobilisering:**

Tidlig mobilisering er all mobilisering som skjer etter at pasienten er operert for hoftebrudd. Mobilisering regnes for å være alt av forflytning med og uten hjelpemidler (Berntzen et al., 2016, s. 357–359).

### **Korttidsavdeling:**

En korttidsavdeling er en sykehjemsavdeling der det både drives med aktiv opptrening for å bedre funksjon, men også en avdeling for observasjon, utredning og avlastning. Det kan dreie seg om at den eldre pasientens helsetilstand skal utredes og observeres nærmere for å gjøre konkrete tiltak (Hauge, 2014, s. 268).

### **Motivasjon:**

Motivasjon er en drivkraft i menneskers handling. Kaufmanns definisjon av motivasjon er en «prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer

intensitet i atferd» (Renolen, 2015, s. 65).

### **Rehabilitering:**

Rehabilitering er en tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler. Der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasienten for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

## **2 METODE**

Hensikten med all forskning er å frambringe gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten. For å forklare dette må forskerne ha en strategi for hvordan de har tenkt å gå fram. Denne strategien kalles for metode. Metode dreier seg altså om hvordan man tilnærmer seg og forsøker å avdekke virkeligheten (Jacobsen, 2015, s. 15–16). I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode, etter VID sine retningslinjer for bacheloroppgave. Et litteraturstudie samler systematisk kunnskap fra skriftlige kilder. Hensikten er å gi leseren en systematisk og god gjennomføring av kunnskapen på det område problemstillingen tar for seg. Man skal også vise hvordan man har kommet frem til kunnskapen og vurdere dens relevans og kvalitet før den tas i bruk (Thidemann, 2015, s. 80).

For å svare på problemstillingen tar jeg utgangspunkt i kvalitative og kvantitative forskningsartikler. I oppgaven er det tatt i bruk fire forskningsartikler hvor tre av dem tar i bruk en kvalitativ metode og en av dem tar i bruk en kvantitativ metode.

Kvantitativ og kvalitativ metode er to ulike måter å finne frem til kunnskap på. Kvantitativ data er av målbar art, det vil si faktakunnskaper som lett kan gjøres om til eller som allerede er tall. Tallene kan brukes til å lage tabeller og statistikker for å bedre vise frem hva man har funnet ut. Å bruke en kvantitativ metode er hensiktsmessig når man vil ha svar på spørsmål som “hvor mye..”, “hvor ofte...”, etc. Kvalitativ metode har som hensikt å få frem meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, osv hos oss mennesker. Da får man fram ulike meninger og nyanser. Man bruker ofte kvalitativ metode for å vise meningssammenhenger og dybdekunnskap. I forskning er det ikke en metode som er mer rett enn en annen å bruke (Thidemann, 2015, s.78-79).

### **2.1 VITENSKAPSTEORI**

Informasjon om virkeligheten kalles for empiri. Det finnes ulike metoder for å innhente empiri. Vitenskapelig metode er en spesiell måte å stille spørsmål og samle informasjon på (Thidemann, 2015, s. 80). Vi skiller mellom humanvitenskapelig og naturvitenskapelig

kunnskapstradisjon. Den humanvitenskapelige kunnskapstradisjonen tar i bruk kvalitativ metode for å blant annet forstå menneskets tanker, meninger, holdninger og motiver. Den naturvitenskapelige kunnskapstradisjonen tar i bruk kvantitativ metode for å forstå mennesker (Thiedemann, 2015 s, 78).

I denne bacheloroppgaven er det tatt i bruk litteratur og forskning som er humanvitenskapelig for å få frem pasientenes personlige opplevelse av å gjennomføre mobilisering etter hoftebrudd. Dette er viktig for å få frem flest mulige meninger, verdier og tanker om temaet. Det er også tatt i bruk litteratur og forskning som er naturvitenskapelig, for å få forstå pasientens generelle opplevelse og å enklere kunne se hva disse pasientene har til felles.

## **2.2 METODE**

For å innhente litteratur til min oppgave startet med å lage en avgrenset og presis problemstilling. Ut ifra problemstillingen har jeg funnet frem til relevant litteratur og forskning. Jeg definerte inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier, for å lettere finne fram til litteratur og forskning som var av relevans for min oppgave. Jeg orienterte meg i databaser og i pensumbøker for å finne ønsket litteratur og forskning. På bakgrunn av problemstillingen kom jeg frem til fire artikler jeg ønsket å ta i bruk i min oppgave, samt en del pensum som var relevant. Jeg kom også fram til at jeg ønsket å ta i bruk Callista Roy sin systemteoretiske modell, fordi den fokuserer på hvordan pasienter kan mestre. Mestring har en stor betydning for motivasjon for mobilisering. I Følge Torjuul og Birkenes kan mestringstro motivere for å delta i trening og behandling (Skaug, 2017, s. 320).

## **2.3 LITTERATURSØK**

Før jeg begynte å søke i databaser formulerte jeg en problemstilling og lagde en liste over inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene innebar at forskningen skulle omhandle pasienter over 65 år som hadde gjennomgått et hoftebrudd. Forskningen måtte også omhandle

rehabilitering eller mobilisering etter bruddet og ikke være eldre enn 2015, nettopp for å få nyest mulig forskning på feltet. Jeg inkluderte også at pasientene måtte enten ha vært på sykehjem eller ha vært på sykehjem da forskningen fant sted. Jeg ønsket også først og fremst å finne forskning som inkluderte motivasjon i forskningsspørsmålet, men dette ble svært vanskelig, da jeg ikke fant noe særlig forskning som primært har fokus på motivasjon i samband med rehabilitering eller mobilisering etter hoftebrudd.

Jeg gjorde søk i flere databaser; Cinahl, Svemed og Pubmed, men endte opp med å bruke artikler fra Cinahl og Pubmed, da det var her jeg fikk de mest relevante resultatene. I både Cinahl og Pubmed kombinerte jeg «hip fracture OR femoral neck fracture» AND «rehabilitation OR ambulation» AND «nursing home OR care home» AND «nurse OR nursing». Jeg hadde også en begrensning på at artiklene ikke kunne være eldre enn 2015. I Pubmed fikk jeg 28 treff på dette søket og i Cinahl fikk jeg 42 treff. Jeg leste overskriften på alle artiklene og valgte ut de overskriftene som var mest relevant for min oppgave, deretter leste jeg abstraktet på artiklene og utelukket slik enda flere artikler. Ut ifra dette søket fant jeg to artikler som jeg har valgt å ta i bruk i min oppgave. «"I struggle to count my blessings": recovery after hip fracture from the patients' perspective» (Bruun-Olsen et al., 2018) og "The chaotic journey: Recovering from a hip fracture in a nursing home" (Killington et al., 2016).

Jeg endte så opp med å gjøre enda ett til søk. For å finne artikler som omhandlet motivasjon. Jeg kombinerte søkeordene «motivation OR motivating» AND «hip fracture OR femoral neck fracture» i både Cinahl og Pubmed. Jeg begrenset søket til 2015 denne gangen også, for å finne nyest mulig forskning. I Pubmed fikk jeg fem resultater og i Cinahl fikk jeg syv resultater. Jeg leste gjennom overskriften på alle og eliminerte en del av artiklene, deretter leste jeg abstraktet på de resterende og fant to artikler som jeg valgte å ta i bruk i min oppgave. "Motivational interviewing increases physical activity and self-efficacy in people living in the community after hip fracture: a randomized controlled trial" (O'Halloran et al., 2016) og "Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study" (Sims-Gould et al., 2017).



## **Søkeord:**

Hip fracture or femoral neck fracture

Rehabilitation or ambulation

nursing home or care home

nurse or nursing

motivation or motivating

## **2.4 KILDEKRITIKK**

Kildekritikk innebærer å kritisk vurdere litteratur og kilder. All teori man velger å presentere i et litteraturstudie skal være informativ og pålitelig (Dalland, 2017, s.72-73) For å undersøke om forskningsartiklene jeg har valgt å ta i bruk i min oppgave er informative og pålitelige har jeg tatt i bruk helsebiblioteket sin sjekkliste. Sjekklisten går ut på å kritisk vurdere forskningsartikler. Artiklene jeg har tatt i bruk har en klar problemstilling, designet de har brukt er velegnet for å svare på problemstillingen. Jeg kan stole på resultatene, blant annet fordi forskningsartiklene er fagfellevurdert, artikler som er fagfellevurdert er vurdert av en ekspertise på området. De blir blant annet vurdert ut ifra om de tilfører ny kunnskap til forskningsfeltet (Helsebiblioteket, 2016).

Alle artiklene som jeg tar i bruk er engelskspråklige. I forskningsartikler brukes det et akademisk språk. Dette kan medføre at man går glipp av sentrale momenter og misforstår innholdet, fordi de kan være vanskelige å tolke. Da engelsk ikke er mitt hovedspråk kan dette medføre at jeg har tolket artiklene annerledes enn det opprinnelige budskapet. Dette er viktig å huske på, og kan være en svakhet i min oppgave.

Forskningsartiklene er fra Australia, Norge og New Zealand. Artiklene som ikke er fra Norge kan være mindre overførbare enn den artikkelen som er fra Norge. Samtidig har jeg valgt å inkludere de i min studie fordi det er lite forskning på området fra Norge og artiklene er relevante for å svare på min problemstilling. Det er også nærliggende å tenke at kulturen og

helsevesenet ikke er veldig ulikt i disse landene, noe som gjør forskningen overførbart til det norske helsevesenet.

Alle artiklene jeg har valgt å ta i bruk i min oppgave omhandler pasienter som har operert etter hoftebrudd, og er over 65 år. Dette gjør at resultatene er overførbare til min problemstilling. Ikke alle tar for seg motivasjon direkte, men pasientene snakker om det indirekte gjennom intervju. Derfor har jeg valgt å ta med artiklene, selv om de ikke omhandler motivasjon direkte. Artiklene er overførbare til min problemstilling, da de får frem pasientens syn på opptreningen og får frem underliggende motivasjonsfaktorer for mobilisering og rehabilitering.

Innenfor kildekritikk snakker man om primærkilder og sekundærkilder. Dersom kilden man henviser til er basert på forfatterens egne tanker og forskning regnes det som en primærkilde. Dersom man velger å henviser til det forfatteren har tolket ut fra en annen kilde vil det regnes som en sekundærkilde. Som hovedregel bør man alltid oppsøke primærkilden og henviser til den. Grunnen til dette er at man kan lese og forstå kildene annerledes enn det originale budskapet (Kildekompasset, u.å.). I denne oppgaven er det i hovedsak blitt brukt primærkilder. Dersom det er blitt brukt sekundærkilder er dette fra pensumbøker, som er svært troverdige, og man kan anta at kildene ikke er blitt endret for å fremme et viss synspunkt.

## **2.5 ETISKE OVERVEIELSER**

Forskere har alltid plikt til å følge etiske retningslinjer når de utøver forskning. Dette skal sikre at individene eller samfunnet som forskes på blir ivaretatt under forskningen og at resultatet ikke påvirker dem på en negativ måte. Forskeren må tenke over hvilke konsekvenser forskningen vil ha for enkeltindivider eller samfunnet, og hvordan resultatet av forskningen kan bli brukt. Når det gjelder forskning på eldre pasienter er det viktig å tenke over at dette kan være en sårbar gruppe i samfunnet. Deltakelse i forskningen skal være frivillig, og forskeren har plikt til å oppnå et informert samtykke hos deltakerne. Dette innebærer ikke bare at de har fått god nok informasjon, men også at informasjonen har blitt

forstått. Dette kan for eksempel gjøre at personer med demens eller andre former for kognitiv svikt ikke kan inngå et informert samtykke. I slike tilfeller vil man være avhengig av at andre kan samtykke til deltakelsen på vegne av den eldre pasienten (Jacobsen, 2015, s.45-53).

Alle artiklene jeg har valgt å ta med i denne studien opplyser at en etisk komite har vurdert og godkjent studien, samt at deltakerne har samtykket til deltakelse, at det er frivillig å være med og at de kan trekke seg når som helst under studien. Artiklene informerer også om at det ikke fremtrer noen interessekonflikt som kan påvirke forskningsresultatet. Hos de pasientene som ikke kan samtykke selv kommer det fram at pårørende har samtykket for dem.

I følge loven har studenten et ansvar for å bevare anonymitet ved oppgaveskriving. Ingen data skal kunne tilbakeføres til personer, steder eller institusjoner (Jfr. Lov om dataregistre m.m. av 9. juni 1978, nr. 49). I oppgaven min følger jeg denne loven. Jeg forholder meg også til korrekt kildesitering i APA 7 stil, og jeg følger skolens retningslinjer for bacheloroppgave, som blant annet tar for seg plagiat og fusk.

### **3 TEORI/REFERANSERAMME**

I dette kapitlet vil jeg gjennomgå aktuell teori som er innhentet for å besvare oppgavens problemstilling.

#### **3.1 PASIENTER MED HOFTEBRUDD**

I følge Frihagen og Rogmark medfører brudd i hoften høy mortalitet hos gamle mennesker. 1 av 10 dør innen de første 30 dagene etter bruddet. Osteoporose og økt fallrisiko på grunn av lite aktivitet og dårlig balanse er de største grunnene til hoftebrudd (Grønsløth et al., 2017, s. 184). I punktene under blir det presentert generelle komplikasjoner som pasienter med hoftebrudd kan oppleve, samt om rehabilitering og mobilisering etter hoftebruddsoperasjon.

##### **3.1.1 REHABILITERING**

Rehabilitering er en målrettet samarbeidsprosess, der både sykepleier og pasient har en viktig rolle. Rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients livssituasjon og hvilken mål de ønsker å nå. Det er viktig at rehabiliteringens innhold og intensitet er tilpasset pasientens premorbide fysiske og kognitive funksjon. Selve målsettingen må gjenspeile hvordan pasienten var før bruddet. Rehabiliteringsprosessen kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient skal få en mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet i hverdagen og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

##### **3.1.2 MOBILISERING**

Mobilisering er det viktigste i den postoperative fasen og i rehabiliteringen etter hoftebrudd. Sykepleier må systematisk kartlegge pasienten for å kunne sette korrekte mål for opptrening (Ranhoff et al., 2014, s. 515). Sykepleier må legge til rette for tidlig mobilisering for å unngå

immobilitet. Ved stor grad av immobilitet øker faren for komplikasjoner (Grønsløth et al., 2017, s. 170).

Eldre bør være i fysisk aktivitet minimum 150 minutter per uke med moderat intensitet eller 75 minutter per uke med høy intensitet. For å oppnå ytterligere helsegevinster bør voksne og eldre utøve inntil 300 minutter med moderat fysisk aktivitet i uken, eller inntil 150 minutter med høy intensitet, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet. Ved en større ukentlig dose av fysisk aktivitet er det viktig at aktiviteten varieres mellom ulike former av fysisk aktivitet og at det brukes tilstrekkelig med tid til hvile for å unngå ensidig belastning. For eldre med nedsatt mobilitet og personer som er ustø, vil balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken kunne styrke balansen og redusere risikoen for fall (*Fysisk aktivitet for voksne og eldre*, u.å.).

### **3.1.3 SMERTER**

Pasienter som har gjennomgått kirurgi i bevegelsesapparatet har ofte sterke smerter (Grønsløth et al., 2017, s. 176). Smerter kan gi økt risiko for søvnløshet, delirium, depresjon og økt behov for rehabilitering, fordi pasienten ikke klarer å gjennomføre et rehabiliteringsprogram. Mange av pasientene som har gjennomgått et hoftebrudd vil ha kroniske smerter også etter den akutte fasen i forbindelse med bruddet (Ranhoff et al., 2014 s. 516). Smertene er ofte mest uttalt ved mobilisering og trening. Dette er svært problematisk da pasienter som har gjennomgått hoftebrudd skal mobiliseres (Grønsløth et al., 2017, s. 176).

### **3.1.4 ELIMINASJON**

Sykepleier har en viktig rolle i å hjelpe pasienten med å forebygge obstipasjon. Eldre pasienter med hoftebrudd kan fort bli obstipert på grunn av bruk av opioder, lite mobilisering og dehydrering. Lang vei til toalettet og et lite tilpasset toalett er også en reel faktor. Slike forhold kan gjøre at pasienten gruer seg til å gå på toalettet (Grønsløth et al., 2017, s. 176). Både smerter og immobilitet kan føre til urinretensjon. Bruk av permanent

kateter bør unngås da det kan føre til urinveisinfeksjon. Ubehandlet urinretensjon kan føre til delirium, overstrukket blære og infeksjoner (Ranhoff et al., 2014, s.517).

### **3.1.5 VÆSKE OG ERNÆRING**

Mange eldre som blir innlagt med hoftebrudd har dårlig ernæringsstatus allerede før innleggelse. Med smerter og ubehag etter bruddet følger ofte dårlig appetitt (Grønsløth et al., 2017, s. 177). Opprettholdelse av væskebalanse og optimal ernæring er en svært viktig del av sykepleierens oppgaver ovenfor den gamle pasienten med hoftebrudd. De har i utgangspunktet høy risiko for dehydrering på grunn av aldersforandringer, lavt væskeinntak og bruk av diuretika. Underernæring kan føre til postoperative komplikasjoner som forsinket sårtilhelning, infeksjoner, trykksår, økt dødelighet, delirium og forsinket rehabilitering (Ranhoff et al., 2014 s. 517-516).

### **3.1.6 DELIRIUM**

Akutt forvirring er en fryktet komplikasjon hos den eldre ortopediske pasienten. Årsaker til delirium hos eldre kan være mange. Eldre er mer sensitive for forandring enn yngre. 20% av pasientene med hoftebrudd får delirium allerede før operasjonen og hele 30% får delirium postoperativt (Ranhoff et al., 2014, s. 515).

### **3.1.7 PSYKOSOSIALE BEHOV**

Mange pasienter med hoftebrudd kan oppleve at livet deres brått blir snudd på hodet. De kan ha klart seg selv hele livet, og plutselig er de avhengig av andres hjelp. Pasientene kan bekymre seg over alt i fra om de noen gang kommer til å klare seg selv igjen til økonomiske problemer. De kan oppleve søvnløshet, mismot og depresjon (Grønsløth et al., 2017, s. 179). Sosial isolering er også et relevant problem, mange eldre blir engstelige for å vise andre at de er svekket, og isolerer seg selv, enten ved å ikke ta imot besøk eller ved å ikke bruke fellesarealer på sykehjemmet (Helbostad, 2014, s.344).

## **3.2 MOTIVASJON:**

I følge Torjuul og Birkenes er motivasjon en samlebetegnelse på faktorer knyttet til initiativ og gjennomføring av målrettede aktiviteter. Et ønske om bedre helse og mestringstro, kan motivere for å delta i trening og behandling (Gjengitt i Skaug, 2016, s. 320).

Man skiller ofte mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er når bakgrunnen for å gjøre noe er for å oppnå en indre tilfredstillelse. Ved indre motivasjon trenger man ingen ytre forsterkninger for å gjennomføre en oppgave. Det man gjør er noe man synes er interessant og gir en mulighet til å ta i bruk de ressursene man har. Ytre motivasjon kommer fra en kilde utenfor en selv. Det kan være god lønn eller ros. Innenfor humanistisk og kognitivt orientert psykologi er det stort fokus på personlig utvikling, intensjoner, planer, personlige mål og mestring som kilder til å utvikle sin indre motivasjon (Kristoffersen, 2016, s. 366).

### **3.2.1 MOTIVERENDE SAMTALE**

Å motivere pasienter er en stor del av sykepleierens hverdag. Det er mange pasienter som trenger støtte av sykepleier til å sette i gang og opprettholde aktiviteter. utfordringer er å få pasienten til å få tak i sin egen indre motivasjon. En fremgangsmåte som har vist seg virksom i rehabiliteringsarbeid er motiverende samtale, også kalt endringsfokuserende rådgivning, som er basert på Carl Rogers klientsentrerte terapi, som bærer preg av grunnleggende aksept for pasienten og en empatisk innlevelse i pasientens situasjon. I motiverende samtale er teorien til Carl Roger videreført ved at både samarbeid, respekt og empati er grunnleggende elementer i samtalen. Sykepleieren, som fører samtalen tar blandt annet i bruk aktiv lytting, speiling og empati. Grunnleggende prinsipper for samtalen er å ta utgangspunkt i pasientens egne holdninger, overveielser og ønsker. Man må finne ressurser til forandring hos pasienten selv og støtte opp under pasientens rett til selvbestemmelse. Man må styrke pasientens tro på at det er mulig å få til en endring (Renolen, 2015, s. 66–79).

### **3.2.2 LÆRT HJELPELØSHET**

I følge Seligmann blir lært hjelpeløshet ofte sett på som det motsatte av motivasjon. Det kjennetegnes ved at pasienten har en manglende tro på at den selv kan kontrollere livets hendelser, og pasienten prøver dermed ikke heller å kontrollere dem. Lært hjelpeløshet kan skape store problemer for pasienten. Dersom man opplever negative livserfaringer kan dette skape en følelse av at uansett hva jeg gjør så går det galt. Når helsen svikter og man opplever at man blir avhengig av hjelp, kan man oppleve tap av kontroll over livet sitt og man kan ende opp med å bli passiv og umotivert. (Gjengitt i Renoelen, 2015 s. 78-79).

### **3.3 GRUNNLAGSTEORI – CALLISTA ROY**

Roy sin modell kan ofte tolkes som en systemteoretisk modell, men i følge Kristoffersen kan den også ses på som en mestringsmodell, da den går ut på å fremme menneskets mestring. Roy legger vekt på at sykepleier må rette sin oppmerksomhet mot faktorer både hos pasienten, men også i omgivelsene for å fremme pasientens tilpasning til sin nye situasjon. (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 41).

Roy mener at mennesket kan adaptere eller tilpasse seg innenfor ulike områder. Disse ulike områdene er fysiologiske behov, selvbilde, rollefunksjon og sosial gjensidighet, og pasienter har behov for sykepleie når pasienten er i en situasjon der ineffektiv atferd innenfor de ulike adaptasjonsområdene truer integriteten. Altså når pasienten ikke mestrer å tilpasse seg nye endringer. Da omgivelsene stadig er i endring må mennesket hele tiden tilpasse seg både de indre og de ytre omgivelsene. De indre omgivelsene er det som befinner seg inne i kroppen, og de ytre er det som befinner seg i miljøet rundt (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s.42).

#### **3.3.1 SUBSYSTEMER**

Roy beskriver to subsystemer som er knyttet til menneskets tilpasningsevner.

Regulatorsystemet omhandler regulerende, autonome systemer i kroppen, i hovedsak nevrologiske, kjemiske og endrokinne prosesser som settes i gang når systemet mottar informasjon om endring både fra indre og ytre omgivelser. Kognatorsystemet bearbeider



i hovedsak ulike typer indre og ytre informasjon ved hjelp av kognitive og emosjonelle prosesser. Persepsjon, læring, vurdering og følelser er sentrale prosesser i kognatorsubsystemet (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 43).

I følge Roy kommer resultatet av bearbeidingen som skjer i regulator- og kognatorsubsystemet til uttrykk som atferd og reaksjoner. De dekker både fysiologiske og psykososiale aspekter ved mennesket. Det er fire ulike områder. Det første er fysiologisk funksjon, som omhandler fire grunnleggende fysiologiske behov; behov for oksygen og sirkulasjon, ernæring, eliminasjon, aktivitet og hvile. Og fire regulerende prosesser; temperaturregulering, sansenes funksjon, endokrin regulering, væske- og elektorlyttregulering. Det andre er selvbildet. Vi har alle et behov for å utvikle og opprettholde et positivt selvbilde. Selvbildet kan påvirkes når en rammes av sykdom, tap og helsesvikt. For å kunne ha et positivt selvbilde må man vite hvem man er. Tilpasningsproblemer knyttet til selvbildet påvirker personens mulighet til å bevare og gjenvinne helse. Selvbildet er skapt av vår indre opplevelse av oss selv, men også av hvordan andre ser oss. Det tredje er rollefunksjon. Som er knyttet til de ulike sosiale rollene en person har, og forholdet mellom dem. Det kan være vanskelig å tilpasse seg nye roller gjennom livet og gi slipp på dem som man er vant til å være i. Det fjerde er sosial gjensidighet. Mennesket har behov for kjærlighet, følelsesmessig tilknytning og trygghet i relasjoner til andre. Man må evne å både gi og få kjærlighet, respekt og verdsette og bli verdsatt (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 46-47)

### **3.3.2 STIMULI**

De endringene personer må tilpasse seg fra indre og ytre omgivelser betegner Roy som stimuli. Det er tre ulike former for stimuli. Den fokale stimulien er den åpenbare endringen som virker direkte på personen. Den kontekstuelle stimulien er ulike forhold som inngår i den sammenhengen personen befinner seg i, knyttet til den fokale stimulien. Den residuale stimulien er den gjænverende stimulien, og kan ofte være forhold knyttet til personen selv, som religion, livsyn, tidligere erfaringer, o.l (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 49)

Ineffektiv atferd skyldes at stimulien pasienten er utsatt for faller utenfor adaptasjonsområdet. Adaptasjon viser i denne konteksten til både vekst og utvikling, samt mestring og tilpasning. Det er ifølge Roy her sykepleieren sin rolle kommer inn. Sykepleier blir da nødt til å endre stimulien slik at pasienten kan få til å mestre den nye situasjonen. Sykepleieren kan påvirke stimulien ved å fjerne den, eller ved å utvide pasientens adaptasjonsnivå, ved å hjelpe pasienten å mestre mindre stimuli i noe lik form. Dette gjør sykepleieren gjennom å bruke sykepleieprosessen. Ved hjelp av sykepleieprosessen kan sykepleier bidra til å fremme helse, livskvalitet og eventuelt en verdig død. Sykepleieprosessen bygger på datasamling, målformulering, iverksetting av tiltak og evaluering (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 49-51).

## 4 RESULTAT

I denne delen av bacheloroppgaven skal jeg presentere fire forskningsartikler som jeg vil ta i bruk for å svare på min problemstilling.

### 4.1 ARTIKKEL 1

”The chaotic journey: Recovering from hip fracture in a nursing home” (Killington et al., 2016).

#### **Innledning:**

Hoftebrudd er en vanlig årsak til morbiditet på sykehjem og sykehjemspasienter er ofte ekskludert fra rehabiliteringsprogram. Denne studien vil undersøke sykehjemspasienters opplevelse av hoftebrudd og rehabiliteringsprogram tilbudt dem når de returnerer til sykehjemmet for å få innblikk i hva som kan gjøres bedre.

#### **Metode:**

I denne studien er det brukt en kvalitativ metode. 28 deltakere ble rekruttert fra 3 sykehus i sør-Australia. Alderspennet var fra 70-97 år. De ble randomisert i to grupper postoperativt. Alle pasientene bodde fast på sykehjem. Den ene gruppen skulle få fire uker med geriatrisk rehabilitering (minimum 3 ganger i uken), den andre gruppen skulle få vanlig pleie. Intervjuene ble gjennomført fem uker etter at pasienten hadde kommet tilbake til sykehjemmet.

#### **Resultat:**

Pasientene som fikk vanlig pleie følte helsepersonellet ga opp for lett med å forsøke å mobilisere dem. Helsepersonellet hadde manglende kunnskap og tid. Det ble informert om sen mobilisering og redusert aktivitetsnivå, og det kunne også gå lang tid før de ble tilsett av fysioterapeut. Smerteproblematikk var også et problem, og det kunne ta flere uker før de fant en løsning for pasienten. Det ble også rapportert om dårlig appetitt, lavt matinntak og

vekttap. Det så svært håpløst ut for de fleste av pasientene som fikk vanlig pleie, de hadde mistet håpet, og hadde lite motivasjon til å delta i aktiviteter.

For gruppen som fikk fire uker med opptrening og rehabilitering var tilbakemeldingene positive. De var takknemlig for at pasientene fikk rehabilitering i kjente omgivelser.

Pasientene fikk mer selvtillit av å ha et team rundt seg. De ble tidlig mobilisert, fikk bedre smertebehandling og hadde bedre ernæringsstatus.

### **Konklusjon:**

Den kvalitative undersøkelsen viser at rehabiliteringsprosessen for personer som bor på sykehjem er fragmentert. Det tar lang tid før de blir sett til av fysioterapeuter på sykehjem og sykepleierne på sykehjemmet. Har lite kunnskap og tid til mobilisering. For å bedre opplevelsen for de som bor på sykehjem og får hoftebrudd må man finne løsninger for å kunne ha rett ekspertise som følger pasienten, slik at man kan følge retningslinjene for rehabilitering etter hoftebrudd også hos pasienter på sykehjem.

### **Relevans:**

Forskningen viser til at det er flere faktorer som spiller inn for motivasjon for mobilisering. Selv om dette er pasienter som bor fast på sykehjem, er den relevant fordi alle pasienter har et rehabiliteringspotensiale, og bør mobiliseres etter et hoftebrudd. Samtidig er det ikke sikkert at disse pasientene har like mye motivasjon som de som ønsker å komme seg hjem igjen etter et korttidsopphold på sykehjem.

## **4.2 ARTIKKEL 2**

**“I struggle to count my blessings”: recovery after hip fracture from the patients’ perspective” (Bruun-Olsen et al., 2018).**

### **Innledning:**

Utsiktene til gjenoppretting av fysisk funksjon og livskvalitet etter hoftebrudd har ikke endret seg mye de siste 25 årene. I tidligere studier har pasientens opplevelse av rehabilitering hatt

lite fokus. Hovedfokuset med denne artikkelen er derfor å undersøke hvordan eldre pasienter med hoftebrudd opplever rehabiliteringsprosessen.

### **Metode:**

Studien har et kvalitativt design. Åtte pasienter i en alder av 69-91 år ble intervjuet i deres eget hjem, fire måneder etter hoftebruddet. Pasientene ble strategisk valgt ut etter ulike bakgrunn, slik som alder og kjønn, samt at de kunne uttrykke deres opplevelse. Seks damer og to menn ble inkludert i denne studien.

### **Resultat:**

Pasientenes presiserte at de ble lite inkludert og følte de måtte gjøre som sykepleierne og legene sa. Flere av deltakerne opplevde også dysterhet og håpløshet etter bruddet. De var redd for fremtiden og for om de kom til å klare å trene seg opp igjen. Pasientene hadde store forventninger og lite innsikt i hvor fort de kom til å gå igjen etter hoftebruddet. Mange var skuffet over å bruke så lang tid på denne prosessen. De var frustrerte og utålmodige. Deltakerne kommenterte at rehabiliteringsprosessen opplevdes som en ensom prosess, og de fikk lite hjelp på sykehjemmet til denne prosessen. Mangel på opptrening og fysioterapi på korttidsoppholdet var et tydelig hinder for opptreningen, mens oppmuntring fra de ansatte var motiverende. Tillit til helsepersonellet var også av vesentlig faktor til å skape motivasjon.

### **Konklusjon:**

Denne studien har undersøkt pasientens opplevelse av de ulike stadiene i rehabiliteringsprosessen etter hoftebrudd. Hoftebrudd kan for mange oppleves som skremmende og man opplever usikkerhet i forbindelse med fremtiden og hva som er best å gjøre for å rehabilitere seg. Mange av pasientene opplevde også depresjon og håpløshet.

### **Relevans:**

Forskningen tar opp relevante pasientsituasjoner fra rehabilitering etter hoftebrudd på korttidsopphold. Selv om motivasjon ikke er med i forskningsspørsmålet er forskningen relevant for min oppgave, fordi det kommer fram hva som var motiverende for pasientene under opptreningen og hva som var umotiverende.

### 4.3 ARTIKKEL 3

**“Motivational interviewing increases physical activity and self-efficacy in people living in the community after hip fracture: a randomized controlled trial” (O’Halloran et al., 2016).**

#### **Innledning:**

Framtidsutsiktene etter et hoftebrudd er ofte dårlige. Dødeligheten er høy, livskvaliteten er redusert og det er stor fare for å pådra seg flere brudd i etterkant. Hensikten med denne artikkelen er å undersøke om motiverende intervju kan ha en positiv effekt på fysisk aktivitet, mestringsevne, livskvalitet, mobilitet og psykisk helse hos pasienter seks måneder etter hoftebruddet.

#### **Metode:**

Studien har et kvantitativt design, det er brukt en randomisert kontrollert studie. Deltakerne ble randomisert i enten gruppe a som fikk motiverende intervju under rehabiliteringsoppholdet, eller gruppe b som fikk vanlig rehabilitering. Deltakerne var over 65 år. Bodde hjemme, og hadde nylig pådratt seg hoftebrudd. Deltakerne fikk 8 motiverende intervjuer på 30 minutters varighet, en gang per uke. Samtalene ble gjort av en fysioterapeut som hadde fått opplæring i å gjennomføre motiverende intervju. Deltakerne ble målt ved baseline (uke 0) og ved slutten av studien (uke 9). Deltakernes fysiske aktivitet ble målt med en sensor både i uke 0 og i uke 9.

#### **Resultat:**

Etter åtte uker hadde gruppe a som fikk motiverende intervju 26% flere daglige skritt og 22% mer daglig gange enn gruppe b, som ikke fikk motiverende intervju. Gruppen som fikk motiverende intervju var også mer selvsikre på gåtreningen og hadde færre fall. De fant også at gruppe a hadde bedre livskvalitet, psykisk helse og mobilitet enn gruppe b.

#### **Konklusjon:**

Studien viser at motiverende intervju kan være en vesentlig faktor å ta i bruk under tiden pasienter skal rehabiliteres etter hoftebrudd. Det kan ha en positiv effekt på både fysisk og psykisk helse etter bruddet.

**Relevans:**

Forskningen er relevant for min oppgave, fordi den tar for seg om motiverende intervju kan bedre motivasjonen for rehabilitering etter hoftebrudd.

**4.4 ARTIKKEL 4****“Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study”**

(Sims-Gould et al., 2017).

**Innledning:**

Et universalt funn i helserelatert forskning er at pasienter synes det er vanskelig å navigere seg fram i helsesystemer, og at det er mangel på rett informasjon til rett tid, av rett person. Hensikten med denne studien er å forstå eldre pasienters engasjement og opplevelse av deres rehabilitering etter hoftebrudd.

**Metode:**

I studien er det brukt en kvalitativ metode. Det ble gjennomført telefonintervju med 50 deltakere, både 6 og 12 måneder etter hoftebruddet. Pasientene var fra 65 år og oppover.

**Resultat:**

For 62% av deltakerne var ikke rehabiliteringsperioden slik de hadde forventet. Informasjonen pasientene fikk preoperativt spilte en stor rolle her. De som ikke hadde fått noe informasjon, eller feil informasjon i forhold til sitt rehabiliteringsløp var mindre motiverte til å trene enn de pasientene som hadde fått informasjon tilsvarende sitt forløp. Deltakelse i fysisk aktivitet var større hos dem som hadde en positiv tankegang og konkrete mål. De som hadde som mål å nå tilbake til sitt fysiske funksjonsnivå slik det var før bruddet hadde større pågangsmot og bedre utholdenhet. Familiene var også til god hjelp for å motivere til aktivitet. Helsepersonell var også en viktig ressurs for de fleste av deltakerne. Spesielt hos dem som bodde alene.

**konklusjon:**

Mange pasienter går inn i rehabiliteringsperioden med feil informasjon og oppfatning over tidsaspektet det vil ta å rehabiliteres etter et hoftebrudd. Dette kan føre til lite motivasjon for å trene når det tar lengre tid enn forventet å få tilbake sin fysiske funksjon. Mange blir engstelig for å trene når de har smerter og blir umotiverte når de ikke klarer å gjøre det de kunne før bruddet. Helsepersonell er en viktig ressurs for å skape positivitet rundt rehabiliteringen og motivere pasienter.

**Relevans:**

Denne forskningsartikkelen har ikke motivasjon med i sitt forskningsspørsmål, men det kommer klart fram hva pasientene syntes var motiverende og hva de syntes var umotiverende. Jeg har derfor valgt å ta den med i min oppgave.



## 5 DRØFTING

De fleste pasienter med hoftebrudd bør tilbys opptrening. Unntak kan være pasienter med alvorlig demens eller annen alvorlig sykdom med redusert forventet levetid eller høyt pleiebehov hvor rehabilitering ikke lenger er mulig. Rehabiliteringens innhold og intensitet må tilpasses pasientens premorbide fysiske og kognitive funksjon. Å utforske pasientens perspektiv for hva som er viktig i en rehabiliteringsprosess og finne motivasjonsfaktorer for å sette i gang og opprettholde aktiviteter er viktig for å kunne tilby pasienter bedre behandling i fremtiden. (Bruun-Olsen et al., 2018)

### 5.1 ROS MEG

Ytre motivasjon kommer fra en kilde utenfor oss selv. Det kan være god lønn eller ros for å få oss til å yte maksimalt. Når sykepleier arbeider for å motivere pasienter til mobilisering, blir en viktig jobb å forsøke å endre en ytre motivasjon til en indre motivasjon. Nettopp fordi den indre motivasjonen gir pasienten bedre forutsetning for å gjennomføre mobiliseringen. Oppmuntring og ros som en motiverende faktor kommer fra en kilde utenfor en selv og betegnes derfor som en ytre motivator (Renolen, 2015, s. 66–79).

Jeg har selv erfart at ros som en ytre motivator kan være svært effektivt for å motivere pasienter til å mobilisering. Mange av pasientene har mistet troen på seg selv og vet ikke at de kan få til å gå igjen etter bruddet. Jeg har erfart flere ganger at pasienter har responderer svært effektivt på ros. I artikkel 2 informerer pasientene at de også har gjort samme erfaring som meg. De opplevde økt motivasjon for mobilisering når sykepleier var oppmuntrende og roste dem (Bruun-Olsen et al., 2018).

Ros og oppmuntring kan i følge Roy være med på å gi et bedre selvbilde til pasienten. Selvbildet kan bli ødelagt når pasienter utsetter for en traumatisk opplevelse, og deres livsbilde og bilde av seg selv brått er blitt endret, slik som ved et hoftebrudd. Det kan være vanskelig for pasienten å gjenopprette et positivt selvbilde etter en slik traumatisk opplevelse der man kan føle seg både hjelpsløs og avhengig av andres hjelp. Etter en slik

opplevelse er det viktig at sykepleier hjelper pasienter på vei mot et bedre selvbilde. En stor del av selvbildet vårt består av hvordan vi opplever at andre ser oss. Dersom man får positive tilbakemeldinger og ros, så kan dette påvirke selvbildet positivt. Noe som igjen kan føre til at et dårlig selvbildet ikke er et hinder for mobilisering (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 46-47).

## 5.2 INFORMER MEG

Informasjon til pasienter er en vesentlig del av sykepleieryrket. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 har pasienten rett på informasjon om sin egen helsesituasjon, både mulige bivirkninger, komplikasjoner og forventet behandlingsforløp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I Artikkel 4 kommer det frem at et viktig motivasjonsmoment for tidlig mobilisering etter hoftebruddet var at pasientene fikk korrekt informasjon om den videre prosessen. De opplevde at informasjonen de fikk før operasjonen ikke samsvarte med hendelsesforløpet under mobiliseringsprosessen. Hadde informasjonen de fikk før operasjonen samsvarte med virkeligheten ville motivasjonen for tidlig mobilisering vært større. Pasientene syntes det var problematisk at virkeligheten ikke samsvarte med den informasjonen de hadde fått (Sims-Gould et al., 2017).

Det kommer fram at pasientene savner informasjon og ønsker korrekt informasjon. Sykepleier har en viktig rolle i å gi informasjon til pasienter. Informasjonen sykepleier gir til pasienter i forbindelse med mobilisering etter hoftebruddet bør omhandle både hva pasienten kan gjøre for å forbedre sin mobilitet, og hvilken komplikasjoner som er forventet i rehabiliteringsforløpet. Mange pasienter med hoftebrudd kan oppleve at livet deres brått blir snudd på hodet. De kan oppleve både søvnløshet, mismot og depresjon. Pasientene i artikkel 1 opplevde nettopp dette. Deres livskvalitet var så dårlig at noen av dem til å med ytret et ønske om å dø (Killington et al., 2016). Ofte er det sykepleier som fanger opp dette. Jeg har flere ganger opplevd fortvilte pasienter som ønsker å dø. Det får meg til å undre over hva jeg som fremtidig sykepleier kan bidra med. Ofte er det nok at jeg fanger det opp, og det er svært viktig at jeg tilbyr pasienten noen å snakke med og ikke minst informerer om de ulike tilbudene som finnes. Det kan for eksempel være å snakke med sykepleier selv, en sosionom, psykiater eller prest (Grønsløth et al., 2017, s. 179).

Det er ikke alltid pasienter er like mottakelig for informasjon når den blir gitt, og det er da viktig at informasjonen blir gjentatt ofte, slik at pasienten har mest mulig innsikt og mulighet til å ta egne valg i henhold til sin helse. For å kunne bidra til en sikker og god mobilisering er det viktig at sykepleier informerer om de ulike faktorene ved mobilisering. Det er viktig å informere om at smertene ofte er mest uttalt ved mobilisering og trening. Dette kan være svært problematisk da pasienter som har gjennomgått hoftebrudd skal mobiliseres (Grønseth et al., 2017, s. 176). Sykepleier bør derfor være i forkant og informere om at pasienten kan be om smertelindring dersom det er behov for dette. Samtidig må sykepleier huske på at bruk av opioider, immobilitet og dehydrering kan føre til obstipasjon (Ranhoff et al., 2014 s. 516). Dette er også informasjon som pasienten trenger for å kunne gi beskjed dersom det oppstår problemer. Det pasienten ikke vet at hen bør gi beskjed om og kan få hjelp med er ikke sikkert pasienten anser som vesentlig å meddele med sykepleier.

### **5.3 VÆR NÆR MEG**

Pasientene som ble intervjuet i artikkel 4 informerte også om at familien var en viktig motivasjonsfaktor. Hos dem som ikke hadde en like nær relasjon med sin familie ble sykepleier nevnt som en god stedfortreder i denne perioden av deres liv. Sykepleiere som skapte god stemning og som ga av seg selv og sin tid var motiverende for pasientene som skulle mobiliseres. I artikkel 2 kommer det også fram at tillit til sykepleieren var en vesentlig faktor for å skape motivasjon (Bruun-Olsen et al., 2018).

I følge Roy har pasienter behov for sykepleie når pasienten er i en situasjon der ineffektiv atferd innenfor de ulike adaptasjonsområdene truer integriteten. Altså når pasienten ikke klarer å tilpasse seg nye endringer (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 40–52). Derfor er det viktig med en sykepleier som klarer å danne en god relasjon med sine pasienter for å skape tillit. Som igjen kan motivere pasienter til å tilpasse seg de nye endringene som kan føre til økt mobilisering.

Samtidig er rehabiliteringsprosessen en samarbeidsprosesser mellom pasient, pårørende og tjenesteytere (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Pasientene som følger et

rehabiliteringsprogram føler seg godt ivaretatt og det er motiverende for dem å skape trygge og nære relasjoner til sykepleiere på sitt team. I artikkel 1 kommer det fram at gruppen som fikk rehabilitering på sykehjemmet fikk mer selvtillit av å ha et team rundt seg. De ble tidligere mobilisert og hadde et høyere aktivitetsnivå, noe som kan tyde på at det var motiverende å ha noen gode relasjoner i teamet sitt (Killington et al., 2016).

Pasientene i artikkel 2 følte seg derimot hjelpsløse og ensomme. De følte seg ikke godt ivaretatt av personalet og de hadde ingen nære relasjoner til sykepleierne. Dette var lite motiverende for pasientene. En av dem uttrykte *“I had to set my own goals for recovery. It was all up to me. I myself had to learn to walk so I could manage stairs”* (Bruun-Olsen et al., 2018). Dette viser at pasienten følte seg hjelpsløs og at ingen tok seg tid til å hjelpe med mobilisering og rehabiliteringsprosessen. Pasienten hadde ingen sykepleier som var nær hen og som kunne bidra til å motivere til tidlig mobilisering.

## 5.4 INKLUDER MEG

Indre motivasjon er når bakgrunnen for å gjøre noe er for å oppnå en indre tilfredsstillelse. Ved indre motivasjon trenger vi ingen ytre forsterkninger for å gjennomføre en oppgave. Det vi gjør er noe vi synes er interessant og gir oss en mulighet til å bruke våre ressurser (Renolen, 2015, s. 66–79).

Indre motivasjon for mobilisering kan ofte skapes ved å først ta i bruk ytre motivatorer. Når pasienten erfarer at mobiliseringen går fint, så kan dette styrke den indre motivasjonen for videre mobilisering. Pasientene i artikkel 4 oppga at å ha en positiv tankegang var motiverende. Den positive tankegangen var for mange det som gjorde at de hadde motivasjon for å mobilisere seg. Mange av dem hadde også et sterkt ønske om å komme seg på beina igjen etter bruddet, og trene seg opp igjen til å få lik fysisk funksjon som slik de hadde før bruddet (Sims-Gould et al., 2017). Denne pasientgruppen hadde allerede en indre motivasjon for opptrening, og de følte seg inkludert i rehabiliteringsprosessen. Pasientene i artikkel 2 opplyser derimot at personalet var lite inkluderende. De følte at de ikke ble tatt med på å gjøre avgjørelser angående sin egen helse. Pasientene ønsket å være deltakende.

De ønsket å bli inkludert i rehabiliteringsprosessen og bli tatt med på å ta avgjørelser om sin egen helse. De påpekte at dette var en viktig faktor som kunne bidra til å motivere dem til mobilisering (Bruun-Olsen et al., 2018).

Det er viktig å inkludere pasienter i avgjørelser som angår deres egen helse. Mange pasienter som pådrar seg hoftebrudd er underernærte allerede før bruddet. Å ta i bruk ønskekost der pasienten får komme med egne ønsker om hva den vil spise er ofte noe som kan fremme både matlyst og livsglede, fordi pasienten selv får bestemme. Uten en god ernæringsstatus er pasienten i risiko for sein mobilisering og komplikasjoner etter operasjonen (Ranhoff et al., 2014 s. 517).

## **5.5 MÅL MEG**

Innenfor humanistisk og kognitivt orientert psykologi er det i stor grad blitt fokusert på personlig utvikling, intensjoner, planer, personlige mål og mestring som kilder til å utvikle sin indre motivasjon (Kristoffersen, 2016, s. 366).

Pasienter opplever at livet deres endres drastisk etter et hoftebrudd. De får akutt et økt hjelpebehov, noe som kan være nedverdiggende og krenkende for pasientens autonomi. I følge Roy får pasienter som opplever noe dramatisk endret sitt fokale stimuli. Sykepleier blir da en viktig bidragsyter for å hjelpe og oppmuntre pasienter til å tilpasse seg sin nye livssituasjon. Roy trekker fram sykepleieprosessen som en viktig bidragsyter for å skape motivasjon og mening i hverdagen til pasienter. Denne prosessen går ut på å finne et problem, gjøre tiltak og evaluere tiltakene (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 40–52). Rehabiliteringsprosessen minner mye om sykepleieprosessen. Den handler også om å sette seg mål, gjøre tiltak og evaluere dem (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Pasientene i artikkel 4 meddelte at det var motiverende å ha konkrete mål (Sims-Gould et al., 2017). Det er viktig at sykepleier sammen med pasienten hjelper til med å lage mål som er tilpasser deres fysiske funksjon før bruddet (Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd, 2018).

Når målene ikke er tilpasset pasientene kan dette virke lite motiverende, og uopnåelig. Derfor er det viktig at man ikke bare lager mål, men også konkretiserer hvilken tiltak som skal til for å nå dem. Man kan gjerne ha små mål på veien til et stort mål. Ved å lage disse små målene blir det mer konkret hva pasienten skal gjøre for å kunne adaptere seg til sin nye situasjon. I følge Roy skyldes Ineffektiv atferd at stimulien pasienten er utsatt for faller utenfor adaptasjonsområdet. Pasienten vet ikke hvordan hen skal mestre den nye situasjonen med å være hoftepasient, fordi det ikke er noe pasienten har vært utsatt for tidligere. Adaptasjon viser i denne konteksten til både vekst og utvikling, samt mestring og tilpasning. Det er ifølge Roy her sykepleieren sin rolle kommer inn. Sykepleier blir da nødt til å endre stimulien slik at pasienten kan få til å mestre den nye situasjonen. Når pasienten mestrer situasjonen vil det føre til økt motivasjon (Gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 49-51).

## **5.6 HJELP MEG**

I motiverende samtale er teorien til Carl Roger videreført ved at samarbeid, respekt og empati er grunnlaget for samtalen. Hjelper bruker blant annet aktiv lytting, speiling og uttrykker empati. Grunnleggende prinsipper for samtalen er å ta utgangspunkt i klientes egne holdninger, overveielser og ønsker, å finne ressurser til forandring hos klienten selv og støtte opp under klientens rett til selvbestemmelse, å styrke klientens tro på at det er mulig å få til en endring (Renolen, 2015, s. 66–79).

I Artikkel 3 kommer der frem at pasientene som fikk motiverende samtale under rehabiliteringsoppholdet opplevde større fremgang i mobilisering og rehabilitering enn gruppen som ikke fikk det (O'Halloran et al., 2016). I motiverende samtale er det stort fokus på at sykepleier er en hjelper for å få pasienten på rett spor. Pasientene i Artikkel 2 opplevde at det var mangel på hjelp med opptrening. Noe som skapte lite motivasjon for mobilisering (Bruun-Olsen et al., 2018). Kanskje kunne disse pasientene også opplevd større motivasjon dersom motiverende samtale var en standard prosedyre innenfor rehabiliteringen etter hoftebrudd.

Andre ting pasientene ønsket hjelp til var smertelindring. Pasientene i artikkel 1 informerte om at smerteproblematikk var et problem, og at det kunne gå flere uker før de fikk hjelp

med dette problemet. Det kunne også gå lang tid før de ble tilsett av fysioterapeut og fikk hjelp med et opptreningsprogram. For mange av pasienten i artikkel 1 så det hele svært håpløst ut. De hadde mistet håpet, og hadde lite motivasjon til å delta i aktiviteter. Flere av pasientene uttrykte et ønske om å dø, fordi livskvaliteten deres var blitt så dårlig. Pasientene i denne gruppen opplevde angst, redsel og var mer forvirret (Killington et al., 2016).

En sykepleier som ikke vet hva de gjør når de skal mobilisere skaper usikkerhet og demotivasjon for pasienter. Mangelen på kunnskap og tid var en stor grunn til dette. Det kunne også gå lang tid før de ble tilsett av fysioterapeut. Hjelpen sykepleieren skal kunne gi til pasientene sine uteble fordi sykepleieren ikke har tilegnet seg kunnskap om når og hvordan mobilisering bør skje. Sykepleier må ha både tid og kunnskap for å kunne hjelpe pasienten (Killington et al., 2016).

Et annet relevant problem som sykepleier må ha kunnskap om er fenomenet lært hjelpsløshet. I følge Seligmann kjennetegnes lært hjelpsløshet ved at pasienten har en manglende tro på at den selv kan kontrollere livets hendelser, og pasienten prøver dermed ikke heller å kontrollere dem. Lært hjelpsløshet kan skape store problemer for pasienten. Dersom man opplever negative livserfaringer kan dette skape en følelse av at uansett hva jeg gjør så går det galt. Når helsen svikter og man opplever at man blir avhengig av hjelp, kan man oppleve tap av kontroll over livet sitt og man kan ende opp med å bli passiv og umotivert (Gjengitt i Renoelen, 2015 s. 78-79). Dette er noe som kan føre til at pasienten ikke ser poenget med tidlig mobilisering. Da er det viktig at sykepleier hjelper pasienten med å finne mening og motivasjon i sin nye livssituasjon.

## 6 KONKLUSJON

I denne bacheloroppgaven har jeg undersøkt hvordan pasienter kan motiveres til tidlig mobilisering etter hoftebruddsoperasjon på korttidsavdeling på sykehjem. Bakgrunn for valg av tema kommer fra at jeg har mye erfaring fra korttidsavdeling, der vi ofte har fått inn pasienten som har gjennomgått hoftebrudd. Jeg har erfart at pasientene ofte er umotiverte og er passive i mobiliseringssituasjoner. På grunn av dette har jeg formulert en problemstilling med fokus på hvordan pasienter kan motiveres til tidlig mobilisering. Ved bruk av litteraturstudie som metode har jeg funnet forskning og litteratur som belyser temaet. Resultatene fra forskningen tilsier at motivasjon stammer fra både indre og ytre faktorer, og at sykepleier har en stor rolle i å hjelpe pasienten på flere områder for å skape motivasjon.

Jeg har tatt i bruk litteratur fra pensum som forteller litt om hvilken komplikasjoner pasienter med hoftebrudd kan oppleve, samt at jeg har fokusert på Callista Roy sin grunnlagsteori. Jeg har knyttet resultatene fra forskningen sammen med litteraturen og Roy sin grunnlagsteori. For å summere opp og svare på problemstillingen viser forskning at pasienter kan bli motivert av at sykepleier hjelper dem, roser dem, informerer dem, inkluderer dem, lager mål med dem og skaper en nær relasjon med dem. Det har vært spennende å jobbe med denne bacheloroppgaven, fordi for meg vil dette ha stor nytteverdi i arbeidslivet videre. Det er mange pasienter som er umotiverte, og nå har jeg noen tiltak jeg kan ta i bruk når jeg møter på dem. Videre har jeg et ønske om at forskningen skal ha et større fokus på denne pasientgruppen. Jeg ønsker spesielt at det forskes på motivasjon i sammenheng med hoftebrudd, da det var lite forskning på dette feltet.



## 7 LITTERATURLISTE

Kildekompasset (u.å.). *APA 7th FAQ*. Hentet 28. mars 2021, fra

<http://kildekompasset.no/apa-7th-faq/>

Bentzen, H. & Domaas, K. (2015). Trenger oppfølging etter hoftebrudd. *Sykepleien*, 12, 54–57.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55900>

Berntzen, H., Almås, H., Graan Bruun, A. M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Preoperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 1*. Gyldendal akademisk.

Bruun-Olsen, V., Bergland, A. & Heiberg, K. E. (2018). “I struggle to count my blessings”: recovery after hip fracture from the patients’ perspective. *BMC Geriatrics*, 18(1), 18.

<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0716-4>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256)*. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>

Helsedirektoratet (u.å.). *Fysisk aktivitet for voksne og eldre*. Hentet 11. mars 2021, fra

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre>

Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønnøy, I. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., s. 169–206). Gyldendal akademisk.

Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265–283). Gyldendal akademisk.

Helbostad, J. L. (2014). Bevegelse og aktivitet: Aldersendringer og svikt i bevegelsesfunksjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den*

*gamle pasienten* (2. utg., s. 340–359). Gyldendal akademisk.

St. Olavs hospital. (u.å.). *Hoftebrudd*. Hentet 10. januar 2021, fra <https://stolav.no/behandlinger/hoftebrudd>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Hoftebrudd operert innen henholdsvis 24 timer og 48 timer*. Hentet 11. mars 2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/hoftebrudd-operert-innen-henholdsvis-24-timer-og-48-timer>

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen Damm akademisk.

Killington, M., Walker, R. & Crotty, M. (2016). The chaotic journey: Recovering from hip fracture in a nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.004>

Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349–406). Gyldendal akademisk.

Norsk Fysioterapeutforbund. (u.å.). *Målrettet opptrening er viktig - også for de aller eldste eldre*. Hentet 11. mars 2021, fra /Hva-mener-NFF/Blogginnlegg/Maalrettet-opptrening-er-viktig-ogsaa-for-de-aller-eldste-eldre

O'Halloran, P. D., Shields, N., Blackstock, F., Wintle, E. & Taylor, N. F. (2016). Motivational interviewing increases physical activity and self-efficacy in people living in the community after hip fracture: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 30(11), 1108–1119. <https://doi.org/10.1177/0269215515617814>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A. H., Helbostad, J. & Martinsen, M. I. (2014). Osteoporose og brudd. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 511–519). Gyldendal akademisk.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker innføring i psykologi for helsefag*. Fagbokforlaget.

Sims-Gould, J., Stott-Eveneshen, S., Fleig, L., McAllister, M. & Ashe, M. C. (2017). Patient Perspectives on Engagement in Recovery after Hip Fracture: A Qualitative Study. *Journal of Aging Research*, 2017, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2017/2171865>

Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *Sjekklistor*.; Helsebiblioteket.no. /kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor

Skaug, E.-A. (2016). Aktivitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2, Grunnleggende behov* (3. utg., s. 313–346). Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.