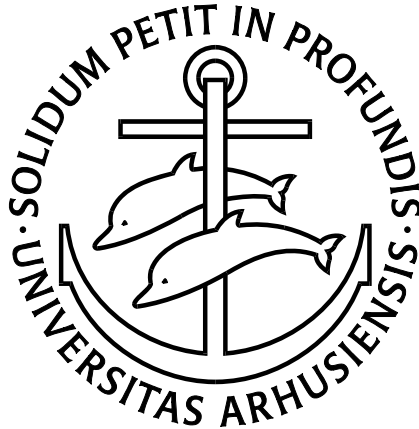


Masterprojekt



Ernæringsindsats efter hoftenær fraktur

Hvilken betydning tillægger patienterne indsatsen?

af

Karin Vallgren Seyfarth

Navn: Karin Vallgren Seyfarth
Modul nr.: Masterprojekt
Måned og år: Maj 2008
Vejleder: Susan Rydahl Hansen
Typeenheder: 91.521

Ernæringsindsats efter hoftenær fraktur

Hvilken betydning tillægger patienterne indsatsen?

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Resumé	3
Summary	4
1. Indledning	5
2. Baggrund	5
2.1 Litteratursøgning	8
2.2 Litteraturgennemgang.....	10
2.2.1 Patienternes viden om ernæringens betydning for rehabiliteringen efter hoftenær fraktur	10
2.2.2 Patienternes oplevelse af sygeplejen i forbindelse med ernæring	11
2.2.3 Sammenfatning af litteraturgennemgang.....	12
2.3 Sygeplejefaglig ramme	12
2.4 Forforståelse	14
2.5 Begrebsafklaring.....	15
3. Afgrænsning og formål.....	15
4. Videnskabsteoretisk referenceramme.....	16
4.1 Fænomenologi	16
4.2 Hermeneutik	17
4.3 van Manens videnskabsteoretiske betragtning	18
5. Metode.....	18
5.1 Design.....	20
5.1.1 Dataindsamling.....	20
5.1.2 Forskningsinterviewet	21
5.1.3 Den semistrukturerede interviewguide.....	21
5.1.4 Udvalgelse af informanter	22
5.2 Ethiske overvejelser.....	23
5.3 Analysemetode	24
5.4 Kvalitetskrav til forskning	28
6. Resultater.....	30
6.1 Analyse af empiriske data.....	30
6.1.1 Der bliver ikke talt om ernæring.....	30
6.1.2 Man spiser ikke ret meget når man er indlagt	32
6.1.3 Madens smag er vigtigst.....	34
6.1.4 Man har et eget ansvar.....	35
6.2 Sammenfatning af den empiriske analyse	36
7. Diskussion	37
7.1 Diskussion i forhold til eksisterende litteratur og den sygeplejefaglige ramme... 37	
7.2 Metodekritik	43
8. Konklusion	46
9. Perspektivering	47
10. Referenceliste	49
11. Bilagsfortegnelse	52

Resumé

Dette masterprojekt undersøger, hvilken betydning patienter indlagt til rehabilitering efter hoftebrud, tillægger den sygeplejefaglige ernæringsindsats. Med fænomenologisk afsæt er der gennemført to kvalitative interviews med patienter indlagt på Reumatologisk afdeling, som har gennemgået et målrettet genoptræningsforløb efter hoftenær fraktur. Der fremkommer fire forenende karakteristika: *man spiser ikke ret meget når man er indlagt, der bliver ikke talt om ernæring, madens smag er vigtigst samt man har et eget ansvar*. Fundene diskuteres i lyset af videnskabelige artikler samt Patricia Benner og Judith Wrubels teori om omsorgens betydning i sygepleje. Der konkluderes, at patienter som har gennemgået et målrettet genoptræningsforløb efter hoftenær fraktur finder det betydningsfuldt, at have viden om ernæring og at ikke tabe sig, at madens smag er vigtig samt at patienterne mener det er vigtigt at tage ansvar for ernæringsindsatsen. Projektet giver et indblik i de betydninger patienterne lægger i den sygeplejefaglige ernæringsindsats. Projektet kan ikke i sig selv pege på implikationer for praksis, men medvirker til at afdække et behov for yderligere undersøgelser.

Summary

Nutritional efforts after hip fracture

– what significance do the patients put in the efforts?

This thesis explores the significance patients put in the nurses' nutritional efforts, when admitted for rehabilitation after hip fracture. Two qualitative interviews was carried out. A hermeneutic-phenomenological analysis inspired by Max van Manen leads to four essential characteristics: *there is no talk about nutrition, you don't eat much when you are admitted to hospital, the taste of the food is the most important, and you have a responsibility of your own.* A discussion of the findings includes scientific articles and Benner & Wrubel's theory of primacy of caring. The analysis concludes that patients find it significant to have knowledge about nutrition and to not loose weight. The taste of the food is significant, as it is to take responsibility for one's own state of nutrition. The thesis gains an insight to the significance patients put in the nurses' nutritional efforts. The thesis does not implicate changes of nursing practice, but uncover a need for further reseach.

1. Indledning

Ernæring er vigtig for alle mennesker, og ernæringsproblemer kan have store konsekvenser i forhold til sundhed og sygdom. En stor patientgruppe har ernæringsproblemer under indlæggelse. Ca. 30 % af patienterne på danske sygehuse skønnes at være underernærede. Derfor er ernæring et stort indsatsområde i sundhedsvæsenet i Danmark (Kondrup 2002, SST 2003 + 2005).

Som klinisk oversygeplejerske er jeg involveret i journalaudit på indlagte patienter 2 gange om året, som bl.a. indbefatter opfyldelse af målene for ernæringsindsatsen hos patienterne. Journalaudit viser at disse mål kun delvis bliver opfyldt på trods af en målrettet patientorienteret arbejdsgang i forhold til ernæring. Yderligere interesse for ernæringsindsatsen og dens aspekter blev vækket da jeg læste P.U. Pedersens PhD-afhandling *Stimulation til øget kostindtagelse – effekten af at medinddrage patienter over 65 år i egen kostforplejning* (Pedersen 2000). I afhandlingen vises hvordan patienternes ernæringstilstand kan øges gennem en målrettet sygeplejeintervention. Dette har fået mig at reflektere over hvordan patienterne oplever den sygeplejefaglige ernæringsindsats under indlæggelse på en rehabiliteringsafdeling. Dette projekt tager udgangspunkt i patienter indlagt på Reumatologisk afdeling, som har gennemgået et målrettet genoptræningsforløb efter hoftenær fraktur. Formålet med projektet er at undersøge og beskrive hvilken betydning patienten tillægger ernæringsindsatsen.

2. Baggrund

Mere end 20.000 ældre patienter over 65 indlægges hvert år i Danmark med hoftenær fraktur eller til operation for hofte- eller knæalloplastik (Pedersen 2000). Hoftefrakturpatienters ernæringsstatus svarer generelt til en moderat underernæring. Over halvdelen af patienterne med hoftenær fraktur oplever nedsat appetit, kvalme, træthed, ændring af smagssansen og gastro-intestinale

ændringer postoperativt (Glinvad & Ravn 2004, Pedersen & Brandt 2008). Dette kan være generelle postoperative komplikationer, men kan også have en sammenhæng med den dårlige ernæringstilstand mange i denne patientgruppe har også før indlæggelsen (Kondrup 2002). Ernæringsindsatsen er vigtig hos disse patienter, da fastholdelse af underernæring i et postoperativt forløb har en negativ indvirkning på patientens rehabilitering. Mulige komplikationer ved underernæring i det postoperative forløb er tab af protein og muskelmasse samt risiko for sårinfektioner. Patienterne kan få nedsat immunforsvar med risiko for lunge- og urinvejsinfektioner, hvilket kan medføre længere indlæggelse (Egerod 2006, Glinvad & Ravn 2004, Pedersen & Brandt 2008). Patienter som er opererede for hoftefraktur er i en katabol fase i op til 3 måneder efter operationen. De første 6 måneder efter udskrivelsen efter hofteoperation er der fundet højere dødelighed hos de patienter der fik forringet deres ernæringsstatus postoperativt. Undersøgelser viser, at 75 % af patienter, som er opereret for hoftenær fraktur, taber postoperativt funktioner, som er basale for den daglige livsførelse. Der er fundet sammenhæng mellem disse nedsatte basale funktioner og nedsat postoperativ ernæringstilstand (Pedersen 2000). Derfor er det vigtigt, at patienten fortsætter ernæringsindsatsen også efter udskrivelsen.

Reumatologisk afdeling modtager patienter, som er opereret for hoftenær fraktur, til et målrettet rehabiliteringsforløb på 20 dage. Patienterne skal have et klart defineret rehabiliteringsbehov der indbefatter behov for kvalificeret målrettet fysisk genoptræning under vejledning af en fysioterapeut. Vurderingen af patientens genoptræningspotentiale hænger tæt sammen med vurderingen af rehabiliteringsbehovet. Det centrale i vurderingen er, om patienten reelt kan drage fordel af en målrettet fysisk genoptræning. Vurderingen foretages af en reumatologisk læge. Patienter modtages i reumatologisk afdeling når de er i en tilstand hvor den fysiske genoptræning kan påbegyndes i henhold til konkrete træningsmål vedrørende mobilitet, psykiske og kognitive evner samt sociale evner. Patienter, der gennemgår rehabiliteringsforløbet, forventes udskrevet til eget hjem efter endt

genoptræning (Bülow 2008). I det målrettede rehabiliteringsforløb i Reumatologisk Afdeling arbejder man ud fra rehabiliteringsbegrebet, som det står beskrevet i *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og /eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats.
(MarselisborgCentret 2004, s 16)

Borgeren indgår som den mest centrale og vigtigste samarbejdspartner i rehabiliteringsforløbet, og der tages udgangspunkt i borgerens viden og erfaring, livsperspektiv, sygdomsforståelse samt egne ønsker og mål.

Der er i Reumatologisk afdeling udviklet en videnbaseret patientforløbsbeskrivelse vedrørende den sygeplejefaglige indsats i det målrettede rehabiliteringsforløb efter hoftenær fraktur, hvor ernæringsområdet er en betydelig del af indsatsen (Grum 2005a). Der foreligger en patientorienteret arbejdsgang vedrørende tværfaglig opgave- og ansvarsfordeling for ernæringsområdet (Grum 2005b), og patienternes ernæringstilstand tages op ved de tværfaglige konferencer 2 gange om ugen. Denne arbejdsgang tager udgangspunkt i H:S tværgående instruks: *Ernæringscreening af voksne og brug af Ernæringskema* (H:S 2003). I afdelingen følger man de ernæringsmæssige anbefalinger, der beskrives i *Referenceprogram om hoftebrud* (Pedersen & Brandt 2008¹).

Samarbejdet med patienten er et centralt aspekt i rehabiliteringen. Det er patientens eget daglige liv som er i fokus for ham eller hende under forløbet, derfor bør det daglige liv også være rehabiliteringsprocessens fokus (MarselisborgCentret 2004). Det er kun patienten selv som i sin dagligdag gør

¹ Referenceprogram for hoftebrud er under revision, og ligger hverken på SST eller SfR's hjemmeside. En foreløbig version findes på http://ortopaedi.dk/Refereneceprogram_samlet_2_.udg.doc

erfaringer med sammenhænge, som er betydningsfulde for ham eller hende i hverdagen, og erfarer hvordan det hele virker sammen både her og nu og ind i fremtiden. Personligt engagement, ligeværdigt samarbejde og kommunikation med patienten giver sygeplejersken mulighed for at forstå for hans eller hendes situation, værdier og leveforhold. På baggrund af denne forståelse kan sygeplejersken bidrage med at fremme patientens muligheder for aktivt at deltage i rehabiliteringsprocessen med sine egne perspektiver, erfaringer og ressourcer. At tage udgangspunkt i patienternes oplevelser og erfaringer i plejen er ikke alene et spørgsmål om samarbejde og etik i relationerne mellem patienten og sygeplejersken. Det handler også om kvaliteten i sygeplejen og i rehabiliteringen, og i dette tilfælde; den sygeplejefaglige ernæringsindsats (Benner & Wrubel 2001, MarselisborgCentret 2004, Pedersen 2004, Glindvad & Ravn 2004). Derfor er det vigtigt at undersøge, hvilken betydning patienten tillægger ernæringsindsatsen under rehabiliteringen, da det vil kunne kvalificere den sygeplejefaglige indsats for patienter med hoftenær fraktur yderligere.

2.1 Litteratursøgning

For at belyse den eksisterende forskningsbaserede viden på området gennemføres en systematisk litteratursøgning med det formål at få svar på følgende fokuserede spørgsmål:

Hvilken viden har patienterne om ernæringens betydning for rehabilitering efter hoftefraktur?

Hvordan oplever patienterne sygeplejen i forbindelse med ernæring?

Der er søgt efter videnskabelige artikler i databaserne CINAHL og PubMed. CINAHL databasen indeholder refereebedømte forskningsartikler indenfor sygepleje og har et stort antal sygeplejefaglige tidsskrifter indekseret. Databasens søgeord er systematiseret i Thesaurus med brug af anerkendte fagtermer. PubMed databasen vælges, fordi den indeholder sundhedsfaglige anerkendte publikationer fra refereebedømte tidsskrifter. Databasens søgeord

er systematiseret i MeSH-termer. Der blev søgt på begreberne '*hip fracture*', '*knowledge*', '*nutrition therapy*', '*patient experience*', '*patient-nurse participation*' samt '*patient-nurse interaction*'. Søgningerne begrænsedes ved at inkludere artikler udgivet de sidste 10 år, artikler med tilgængeligt abstract/resume, og artikler fra sygeplejefaglige tidsskrifter. Detaljeret søgestrategi er vist i Bilag 1.

Ud fra gennemlæsning af abstract udvalgte artikler til dybdegående gennemlæsning. Artiklerne var alle referee-bedømte. Der anvendes følgende kriterier i udvælgelsen af publikationer til gennemlæsning i artikelform:

Inklusionskriterier:

- Publiceret i 1997, eller efter
- Handler om voksne patienter
- Handler om ernæring og ernæringsterapi
- Handler om patienternes oplevelser og erfaringer relateret til ernæring og måltider

Eksklusionskriterier:

- Publiceret før 1996
- Handler om børn, spædbørn eller psykisk syge
- Handler om sonde- og parenteral ernæring.
- Publikationer uden abstract (kun for søgning i artikeldatabaserne)

Ved gennemgang af de inkluderede artiklers referencer er der identificeret enkelte nye publikationer, som inkluderes. Al litteratursøgning i databaser er foretaget den samme dag i maj måned 2007. I alt inkluderes 9 artikler.

2.2 Litteraturgennemgang

2.2.1 Patienternes viden om ernæringens betydning for rehabiliteringen efter hoftenær fraktur

Både danske undersøgelser og undersøgelser fra lande, vi normalt sammenligner os med, viser at ortopædkirurgiske patienter kun indtager 50-60 % af deres beregnede energi- og proteinbehov postoperativt (Carlsson 2005, Price 2006). En stor del af patienterne ved dog ikke, hvilken rolle ernæringen spiller for rehabiliteringen (Pedersen & Cameron 1999, Price 2006). Patienterne kender ikke vigtigheden af protein- og energirig kost postoperativt, men mener at grøntsager og fedtfattig mad er en sund kost efter en operation. Patienterne mener ikke, at mellemmåltider og mælkeprodukter er vigtige eller hensigtsmæssige (Carlsson 2005, Pedersen & Cameron 1999). I en Britisk undersøgelse, hvor hoftefrakturpatienter fik information om ernæring, udleveret mellemmåltider i hjemmet samt hjemmebesøg af diætist gav deltagerne udtryk for at de var glade for interventionen, men ikke alle syntes, at den var relevant. Mellemmåltider opfattedes ikke som en passende sund kost (Price 2006). Nogle patienter ved, at de ikke spiser nok, men ved ikke hvad de burde spise. Ofte kan de ikke se sammenhæng mellem hoftenær fraktur og ernærings- og proteintilskud og mener ikke, at den slags ernæringsintervention vil gavne dem. Mange patienter ønsker mere information om en sufficient kost og ønsker at blive aktivt inddraget i ernæringsindsatsen (Carlsson 2005, Lassen 2005, Pedersen & Cameron 1999, Price 2006). En dansk undersøgelse viser, at størstedelen af de adspurgte indlagte patienter ikke havde talt med personalet om kosten (Lassen 2005). Et par undersøgelser viser, at det er de ressourcestærke patienter som er mest opsøgende og aktive i forhold til information vedrørende ernæring, men det er oftest de ressourcevage patienter som har størst ernæringsproblematikker (Carlsson 2005, Price 2006).

2.2.2 Patienternes oplevelse af sygeplejen i forbindelse med ernæring

Der er lavet flere undersøgelser om patienternes oplevelser af sygepleje i forbindelse med måltider og spisesituationer.

Når patienters egenomsorg er svækket, bliver deres holdninger ofte sat til side både af patienterne selv og af plejepersonalet (Sahlsten 2005). Patienter ser plejepersonalet som eksperter og går derfor ud fra, at de får optimal behandling og pleje. Omvendt forventer plejepersonalet at patienterne vil gøre opmærksom på, når de har brug for hjælp og/eller information. Når patienterne oplever, at personalet mangler viden, føler de sig usikre på den behandling og pleje, de får (Hallström 2000, Sahlsten 2005). En finsk undersøgelse viser, at patienter ikke oplever, at de er delagtige i beslutninger vedrørende kosten. Patienterne i denne undersøgelse følte, at netop vedrørende maden var det vigtigt for dem at kunne være delagtige i beslutninger (Sainio 2001). Andre undersøgelser understøtter, at patienter ønsker at blive aktivt involveret i deres pleje på ernæringsområdet (Lassen 2005, Pedersen & Cameron 1999, Sainio 2001). En dansk artikel beskriver, at over halvdelen af de patienter, der aktivt blev inddraget i ernæringsinterventionen under indlæggelse på hospital, øgede deres højere protein- og ernæringsindtaget væsentlig (Pedersen 2005).

Måltiderne er vigtige for patienterne, for nogle er det ”dagens højdepunkt” (Lassen 2005). Patienterne taler generelt godt om selve maden, kvaliteten og mængden, der bliver serveret på sygehuse. En del patienter har dog svært ved at tygge maden og ved at skære den ud. De patienter, som ikke kan nå maden ordentligt, tygge maden, skære den ud eller ikke synes, at de spiser pænt (spilder mad og drikkevarer) vælger ofte ikke at spise noget ved måltiderne (Hallström 2000). Den sociale proces og kontekst omkring måltidet er vigtig for patienterne. Mange patienter ønsker mulighed for at blive vasket før morgenmaden og mulighed for at kunne sidde ved et bord og spise. Patienter der har svært ved at skære maden ud og tygge den, oplever ikke altid, at de får hjælp af plejepersonalet til det og opgiver derfor at spise maden. Det er vigtigt at kunne vælge mellem at spise i fællesskab med andre og spise alene,

og det er vigtigt, at der er tilpas lang tid til at indtage maden. Hvis maden bliver fjernet for hurtigt, oplever patienterne at de ikke får mad nok. Hvis der går for lang tid mellem retterne, mister patienterne lysten til at spise mere (Lassen 2005, Pedersen 2005, Sydner & Fjellström 2005). Patienterne oplever mange forstyrrelser, når de spiser såsom stuegang, blodprøvetagning samt andre undersøgelser (Lassen 2005). En del patienter oplever ikke, at plejepersonalet er interesserede i hvad, og hvor meget de spiser, og de oplever, at plejepersonalet ikke informerer dem om ernæring og kost. Samtidigt ønsker patienterne ikke at forstyrre personalet, da de oplever at personalet har travlt (Hallström 2000, Lassen 2005, Sainio 2001).

2.2.3 Sammenfatning af litteraturgennemgang

Den fundne litteratur udgøres af studier udført i lande, vi i Danmark normalt sammenligner os med i forskningssammenhænge, samt danske undersøgelser. Det fremgår af den beskrevne litteratur, at mange patienter ikke har viden om ernæringens betydning for deres rehabilitering, og at de ikke kender vigtigheden af protein- og energiindtag efter operation. Flere undersøgelser viser dog, at mange patienter ønsker mere information om ernæring, og én dansk undersøgelse viser, at aktiv inddragelse af patienter i ernæringsindsatsen øger deres protein- og ernæringsindtag væsentlig. Patienterne synes, selve maden og den sociale kontekst ved måltiderne er vigtig.

2.3 Sygeplejefaglig ramme

Da projektet handler om, hvilken betydning den sygeplejefaglige ernæringsindsats har for patienterne, vil jeg kort beskrive den ramme, der ligger til grund for mit syn på sygepleje. Denne beskrivelse vil være med at tydeliggøre den måde jeg forstår sygepleje som kontekst for projektet, og hvordan jeg bruger denne forståelse i analyse, diskussion og perspektivering. Projektets overordnede sygeplejefaglige ramme er forankret i Patricia Benner og Judith Wrubels antagelser om omsorgens betydning for mennesket (Benner & Wrubel 2001). Teorien tager udgangspunkt i den fænomenologiske filosofi. Benner og Wrubel beskriver omsorg som

grundlaget for alt menneskeligt liv og dermed også for sygepleje. Sygeplejepraksis forstås som omsorg for og studiet af den menneskelige oplevelse af sygdom og sundhed. Sygeplejens fokus er patienternes oplevelse af stress pga. sygdom, sundhedssvigt og tab. De beskriver, hvordan klinisk sygeplejepraksis har mulighed for at beskæftige sig med stress og mestring ud fra et omsorgsperspektiv, såvel som et rent psykologisk, fysiologisk eller biomedicinsk synspunkt, da sygeplejersker også gør brug af disse discipliner. De beskriver, hvordan sygepleje beskæftiger sig med relationerne mellem det lægelige sygdomsbegreb og den menneskelige oplevelse af sundhed og sygdom. Det endelige mål for sygeplejen er at hjælpe og styrke en anden til at blive det, som han eller hun ønsker at være. Benner og Wrubel argumenterer for, at sygeplejepraksis er bedst, når videnskab og teknologi er metoder i omsorgen. De mener også, at sygeplejen udvikler sig gennem praksis (Benner & Wrubel 2001). Benner og Wrubel taler i sin teori om *personer*, men jeg vælger at bruge udtrykket *patienter* i projektet, da det øger læsevenligheden, og da det er indlagte patienter, jeg har interviewet.

I bogen *Omsorgens betydning i sygepleje – Stress og mestring ved sundhed og sygdom*, demonstrerer Benner og Wrubel 1) omsorgens betydning, i forhold til såvel stress som mestring i den levede erfaring af sygdom og sundhed, 2) omsorgens betydning, som den muliggør sygeplejepraksis og 3) de måder hvorpå sygeplejepraksis med omsorg som basis kan have positiv indvirkning på en sygdoms forløb.

Stress er en forstyrrelse af meninger, forståelse og normal funktion med oplevelsen af skade, tab eller udfordring som følge. Stress er når personens fysiske, emotionelle og/eller intellektuelle oplevelse af den ubesværede funktion er blevet forstyrret som ved f.eks. sygdom og lidelse. Mestring er, hvad man stiller op mod disse forstyrrelser. Patientens bekymringer, anliggender, baggrundsbetydninger, færdigheder og vaner definerer, hvad der opleves som stressende og hvilke muligheder for mestring, der er til stede. Omsorgsgiverens (sygeplejerskens) udfordring består i at fortolke det, der påvirker patientens forståelse af stresssituationen. Sygeplejersken kan få

adgang til en patients personlige engagement (concerns), uden at selv have oplevet lidelsen eller sygdommen, gennem at lære af andre patienter i tilsvarende situationer. Dette giver sygeplejersken, som vejleder eller vejviser, muligheder for at hjælpe patienten med at mestre sygdom og lidelse. Personligt engagement er essentielt for, at sygeplejersken kan være i en situation, for at situationen skal kunne give mening for sygeplejersken, og for at sygeplejersken skal kunne give situationen mening. Personligt engagement giver sygeplejersken mulighed for at begribe patientens særlige enestående situation og tage sig af det, der er vigtigt for patienten.

Benner og Wrubel mener, at omsorg er den essentielle forudsætning for mestring. Sygeplejersker hjælper mennesker med at genvinde omsorgen, erhverve sig mening samt opretholde eller genetablere forbundethed med verden. Mestring kan ikke kurere eller eliminere smerte og tab. Men det at kunne mestre kan hjælpe én til at forholde sig til disse oplevelser. Omsorg forstås altid i en kontekst. I sygepleje medfører det, at situationen bliver afgørende for, hvordan sygeplejersken skal handle (Benner & Wrubel 2001).

Benner og Wrubel har et fænomenologisk syn på mennesket, hvor en person lever i en verden og forholder sig til denne verden på en meningsfuld måde. Personens umiddelbare forståelse af en situation muliggøres af flere aspekter af vores menneskelighed: kropslig intelligens, baggrundsbetydning, personligt engagement (concern) og situationen eller konteksten (ibid.). Disse aspekter kommer på spil i diskussionsafsnittet.

2.4 Forforståelse

I forskning baseret på en fænomenologisk tilgang ved forskeren ofte på forhånd meget om det område, der undersøges. Da forforståelsen kan gøre forskeren forudindtaget og påvirke forskningsprocessen, er det vigtigt at synliggøre den og være bevidst om den (van Manen 1990).

Min forforståelse baseres på 12 års erfaring som sygeplejerske indenfor forskellige medicinske og kirurgiske specialer. Alle patientgrupper, jeg har mødt, har haft forskellige behov og problemstillinger vedrørende ernæring. Min involvering i ernæringsområdet har givet mig indsigt i forskellige

redskaber, projekter og undersøgelser vedrørende ernæring til indlagte patienter. Disse er præsenteret i baggrundsafsnittet. Min forforståelse er også påvirket af mit syn på sygepleje, sygdom og sundhed, som er inspireret af Benner og Wrubels teori om omsorgens betydning i sygeplejen.

2.5 Begrebsafklaring

Sygeplejefaglig ernæringsindsats betyder i denne sammenhæng sygeplejedelen af den patientorienterede arbejdsgang vedrørende tværfaglig opgave- og ansvarsfordeling for ernæringsområdet, som anvendes i Reumatologisk afdeling (Grum 2005b). Dette består af en identifikation af den ernæringstruede patient og en individuel ernæringsintervention. For at identificere ernæringstruede og underernærede patienter, anvendes et ernæringscreeningsskema, som er godkendt i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S 2003). Ernæringscreeningen tager udgangspunkt i en dataindsamling vedrørende grunddata i forbindelse med indlæggelse og vurdering af risiko for underernæring. Plejepersonalet sikrer under indlæggelsen, at patienterne får opfyldt deres individuelle energi- og proteinbehov gennem kostordination og energi- og proteintilskud. Patienterne informeres af plejepersonalet om kostens betydning for rehabiliteringen (Grum 2005b). Målet for ernæringsinterventionen er at fastholde patientens ernæringstilstand under indlæggelsen ved at minimere de faktorer, som kan begrænse ernæringsindsatsen, tilbyde ernæring med protein- og energitilskud samt monitorere patientens ernæringsindtag, således at underernæring hurtigt identificeres og behandles (H:S 2003). Denne arbejdsgang følger de ernæringsmæssige anbefalinger der beskrives i *Referenceprogram om hoftebrud* (Pedersen & Brandt 2008).

3. Afgrænsning og formål

Litteraturgennemgangen viser, at der er forsket i ernæringsproblematikker hos patienter med hoftebrud med mange forskellige fokus. Patienternes ernæringsstatus efter hoftefraktur, deres viden om ernæring og deres

oplevelse af sygeplejen i forbindelse med måltider er undersøgt i flere studier. Baggrundsbeskrivelsen, såvel som litteraturgennemgangen, peger på, at det er relevant at undersøge hvilken betydning patienterne tillægger den sygeplejefaglige ernæringsindsats i rehabiliteringen, da dette ikke har været det hovedsagelige fokus i de fundne videnskabelige artikler.

Formålet med projektet er at beskrive hvilken betydning patienter tillægger den sygeplejefaglige ernæringsindsats i rehabiliteringsforløbet efter hoftenær fraktur. Med udgangspunkt i dybdegående interviews med patienter indhentes beskrivelser af patienternes oplevelser af fænomenet: ”At modtage sygeplejefaglig ernæringsindsats i rehabiliteringsforløbet efter hoftenær fraktur”. Gennem en fænomenologisk analyse beskrives de karakteristika, som har betydning for og indflydelse på, hvilken betydning patienten tillægger den sygeplejefaglige ernæringsindsats i rehabiliteringsforløbet.

Forskningsspørgsmålet i denne undersøgelse bliver derfor:

”Hvilken betydning tillægger patienterne den sygeplejefaglige ernæringsindsats under rehabiliteringen efter hoftenær fraktur?”

4. Videnskabsteoretisk referenceramme

4.1 Fænomenologi

Fænomenologi er en filosofi udviklet af filosofen Edmund Husserl (1859-1938). Husserl ønskede at gøre filosofien videnskabelig, dvs. han ønskede at bygge filosofien på en erkendelse som alle kan være enige i (Lübcke 1982). *Fænomenet* er en benævnelse af en erfaring af en oplevelse eller et objekt. Ifølge Husserl er grundlaget for al filosofi og alle teorier en teorifri, rent beskrivende lære om fænomenerne, som han kalder *fænomenologi*. Husserl ønsker i sin filosofi at begynde absolut forfra i filosofien, gennem at gå til sagen selv, så som den viser sig ved sig selv. Det er fænomenologiens opgave at gå fra at omtale genstande eller fænomener til at beskrive dem, så som de

er, når de viser sig på deres mest oprindelige måde. Ifølge Husserl er målet med fænomenologien så klart og illustrativt som muligt at beskrive essensen i den levede oplevelse, uden forudfattet mening. Beskrivelsen af fænomenet skal bryde med tidligere oplevelser af og teorier om fænomenet (ibid.).

Fænomenologisk forskning søger at beskrive og forstå fænomener ud fra menneskernes egne perspektiver (Kvale 1997, Polit & Beck 2006). Indenfor fænomenologisk forskning stræber forskeren efter at sætte sin forforståelse, om det fænomen der undersøges, i parentes, i et forsøg på at møde fænomenet med åbenhed og uden påvirkning af forforståelsen (Kvale 1997, Polit & Beck 2006). Fænomenologisk forskning er en søgen efter at forstå erfaringer, som de er levet, og meningen for mennesket. Målet med fænomenologisk forskning er, så tydeligt og illustrativt som muligt, at beskrive levede erfaringer uden forudfattede meninger eller forståelse (Hall 2000).

4.2 Hermeneutik

Hermeneutik er studiet af tekstfortolkning, hvor formålet er at nå frem til en gyldig og almen forståelse eller fortolkning af en teksts betydning. ”Forskningsinterviewet er en samtale om den menneskelige livsverden, hvor den mundtlige diskurs er transformeret til tekster, der skal fortolkes” (Kvale 1997, s. 56). I kvalitativ hermeneutisk forskning fokuseres på menneskets levede erfaringer, og hvordan mennesket fortolker disse. Hermeneutikken er relevant for interviewforskningen, da den belyser den dialog, der producerer interviewet og efterfølgende fortolker den producerede interviewtekst. Når det handler om, hvordan vi skaber ny viden gennem forståelse, er et af nøgleordene *forforståelse*, som forskeren altid vil have pga. en forventning, mening eller fordom om det fænomen, der undersøges. Forskeren skal sætte forforståelsen på spil for at kunne opnå ny forståelse (Birkler 2005, Kvale 1997). To af de mest markante hermeneutikere er Martin Heidegger (1889-1976) og Hans-Georg Gadamer (1900-2002).

4.3 van Manens videnskabsteoretiske betragtning

Den canadiske professor Max van Manen har en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang til kvalitativ forskning. Hermeneutisk fænomenologisk metodologi forsøger at være opmærksom på både den beskrivende (fænomenologiske) og den fortolkende (hermeneutiske) metodologi. Ifølge van Manen er den levede erfaring altid fortolket af det oplevende menneske (van Manen 1990). Målet med hermeneutisk-fænomenologisk forskning er at konstruere en tekst, som på baggrund af et forskningsinterview har en dialogisk struktur. Teksten argumenterer sig frem til en dybere forståelse af fænomenets essens ved at afdække, hvad der skjuler sig bag det umiddelbare i samtalen. Menneskenes oplevelser og erfaringer danner forskningsmaterialet, som forskeren sætter ind i en videnskabelig sammenhæng (Hall 1999). Max van Manen beskriver denne type for forskning, som at forskeren "låner" andres erfaringer og refleksioner for at få en dybere forståelse af et aspekt af menneskets erfaring (van Manen 1990). Fænomenologi er ifølge van Manen ikke et studie af bevidstheden eller den direkte erfaring, men en retrospektiv refleksion af erfaringen. Van Manen mener også, at et forskningsinterview altid vil være præget af deltagernes kultur og bevidsthed, som de ikke kan løsrive sig fra. I stedet for at forsøge glemme eller ignorere den forforståelse, der ligger deri, er det bedre at synliggøre og acceptere den (ibid.).

5. Metode

Til at belyse problemstillingen anvendes en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskning anvendes, når der søges efter meninger og betydninger i forhold til at forstå mennesker og fænomener i menneskers livsverden. Kvalitativ forskning udspringer fra individets perspektiv og syn på sin egen virkelighed. Det betyder, at hvert enkelt individ har lige stor betydning for forskningsresultatet uanset hvor mange eller få personer, der har deltaget i forskningen og fortalt om den samme oplevelse. Hvert enkelt individ er derfor interessant, og procenter og tal er uinteressante i denne sammenhæng.

Ud fra et videnskabeligt perspektiv studeres mennesket som en hel person. Personens/individets oplevelser er individuelle, både som proces og som væren i verden (Fridlund & Hildingh 2000).

Det kvalitative forskningsinterview er en metodemæssig tilgang til at undersøge patienternes erfaringer og oplevelser (Kvale 1997, Polit & Beck 2006). Ifølge Kvale kan forskningsinterviewet betragtes som en professionel form for samtaleteknik, hvor man kan konstruere viden gennem interaktion mellem interviewer og den interviewede (Kvale 1997). Forskningsinterviewet er en samtale, hvor forskeren har et formål. Kvale mener dog ikke, at forskningsinterviewet er en samtale mellem ligestillede parter, eftersom det er forskeren som definerer og kontrollerer situationen (ibid.).

I dette projekt er forskningsinterviewet semi-struktureret. Der anvendes en interviewguide for at sikre, at alle områder bliver dækket i interviewet. Spørgsmålene i interviewet er åbne for at give informanterne mulighed for at tale frit om den betydning, de tillægger emnet (Polit & Beck 2006). I det semi-strukturerede forskningsinterview strukturerer forskeren interviewet ved at bestemme interviewemnet og forfølge informantens svar på spørgsmålene. Men selvom interviewet er planlagt, kan der opstå forstyrrelser i interviewet, der gør, at planen og strukturen ændres. For eksempel kan der i det første interview fremkomme nogle uforudsete interessante oplysninger om det oplevede fænomen. Herefter kan der inkluderes yderligere spørgsmål om dette i de følgende interviews. Dette er en styrke i forskningsinterviewet, da det fanger mangfoldigheden i informantens oplevelser (Hall 1999, Kvale 1997).

Interviewet kan valideres undervejs ved, at der spørges ind til meningen i det, der siges. På den måde kan der vurderes om det, informanten siger, er troværdigt, og den indhentede information ”kontrolleres” kontinuerligt gennem uddybende spørgsmål til informanternes udsagn. På den måde sikres, at udsagnene er korrekt forstået (Kvale 1997).

5.1 Design

5.1.1 Dataindsamling

Projektet foregår i Reumatologisk Afdeling på et hospital i Region Hovedstaden, i et afsnit med speciale i målrettet rehabilitering efter hoftenær fraktur. Jeg er ansat i denne afdeling, men har ingen daglig kontakt til patienterne. Det var planlagt at interviewe 2 patienter i efteråret 2007 og foråret 2008. Ifølge Kvale er det hensigtsmæssigt at gennemføre interviews indtil man har opnået datamætning, hvor nye interviews ikke tilføjer ny viden (Kvale 1997). Men da dette projekt var en del af en Masteruddannelse, var der begrænset tid til rådighed, og det var derfor umuligt at fortsætte med nye interviews indtil datamætning var opnået. Der inkluderedes 2 patienter, da det var realistisk i forhold til tidsplanen for projektet.

Da jeg er ansat i Reumatologisk Afdeling og ønsker at bevare et åbent og tillidsfuldt forhold til mine samarbejdspartnere, blev ledere og plejepersonale i afdelingen mundtligt informeret ved afdelingsmøder og personalemøder om projektets formål og udførelse i løbet af måneden op til projektets start. Skriftlig information til plejepersonalet vedrørende projektet blev sendt ud i den samme tidsperiode til sengeafsnittet. Jeg er bevidst om, at dette tiltag kan have påvirket projektet, da plejepersonalets viden om projektets formål kan have øget deres fokus på ernæringsindsatsen (Polit & Beck 2006).

Afsnittets sygeplejerske med klinisk specialistfunktion har stort kendskab til de patienter, der er indlagt i afsnittet og var med til at vælge mulige informanter ud. Derefter informerede hun patienterne mundtligt om projektet og udleverede skriftlig patientinformation (Bilag 2). Patienterne blev informerede om, at de på ethvert tidspunkt kunne vælge at træde ud af projektet, og at hverken deltagelse eller fratrædelse ville påvirke den pleje og behandling, de fik. Deltagerne blev informerede om, at interviewene ville blive optaget på bånd, som vil blive slettet 5 år efter projektets afslutning. Denne information fik deltagerne cirka en uge før forventet udskrivelse. Det gav patienterne mulighed for at overveje, om de ville deltage i projektet og gav dem mulighed for at reflektere over den sygeplejefaglige

ernæringsmæssige indsats. At sygeplejersken med klinisk specialistfunktion informerede patienterne minimerede risikoen for, at patienterne følte sig pressede til at deltage i projektet, hvilket de eventuelt kunne have gjort, hvis det var mig selv, der spurgte patienterne (SSN 2003, Christensen 2007).

5.1.2 Forskningsinterviewet

Forskningsinterviewet blev gennemført dagen før den planlagte udskrivelsesdag. Interviewet blev holdt sidst i indlæggelsen for at tydeliggøre for informanterne, at deres udsagn ikke ville påvirke deres pleje og behandling. Jeg opsøgte de udvalgte patienter på dagen for interviewet. Informanterne blev interviewet én gang, og interviewene tog cirka én time. I starten af interviewet blev informanterne informeret mundtlig om projektet. De fik mulighed for at stille spørgsmål, og de udfyldte informeret samtykke. Jeg havde privat tøj på under interviewene for at nedtone min faglige baggrund, og dermed åbne op for en mere uformel samtale med informanterne, end hvis jeg havde sygeplejerskeuniform på (Christensen 2007).

Interviewene blev optaget med diktafon. Undervejs i interviewet spurgte jeg ind til patienternes svar, som jeg havde opfattet det. Dette gav dem mulighed for at komme med uddybelser og rette op på eventuelle uklarheder i deres udsagn. Dette styrker validiteten i projektet (Kvale 1997). Umiddelbart efter interviewene reflekterede jeg over indtryk fra interviewet. Interviewene blev transskriberede ordret af mig selv, da transskriberingen er begyndelsen på analysen af interviewene (Kvale 1997).

5.1.3 Den semistrukturerede interviewguide

Interviewguiden er bygget op omkring 2 områder, dannet ud fra min forforståelse om den sygeplejefaglige ernæringsindsats, og indeholder 2 åbne spørgsmål til områderne. Interviewguiden indeholder også hjælpespørgsmål for at få uddybet informanternes svar (Bilag 3). Dette gav mulighed for ændringer af spørgsmålene, så at jeg kunne følge op på informanternes svar (Kvale 1997). At interviewguiden ikke kan holdes fri fra forforståelse ses ikke som en begrænsning. Min forforståelse danner fundamentet for

projektet, og jeg var i interviewene opmærksom på at sætte forforståelsen i parentes for ikke at risikere at styre informanternes svar i en bestemt retning (Kvale 1997, Polit & Beck 2006). Forforståelsen blev bevidst sat på spil i interviewanalysen og i diskussionen af resultaterne.

Interviewguiden er opbygget i 2 dele. Det indledende afsnit, som ikke blev optaget på bånd, består af en gensidig præsentation samt en kort mundtlig information om projektet og formålet med interviewet. Der sikredes, at informanten havde fået skriftlig information om projektet og havde forstået informationen. Informanten skrev under på samtykkeerklæringen.

Anden del af interviewguiden indeholder åbne spørgsmål vedrørende patienternes oplevelse af ernæringsindsatsen i afsnittet. Jeg stillede et indledende spørgsmål om, hvilken betydning patienten selv tillægger mad og ernæring, inden jeg gik i gang med forskningsspørgsmålene. Med det indledende spørgsmål søgte jeg at skabe en tillidsfuld og tryk atmosfære ved at give patienten mulighed for at tale lidt om sig selv. I forskningsspørgsmålene blev der lagt vægt på hvilken betydning informanten lægger i den oplevede sygeplejefaglige ernæringsindsats. Interviewguidens spørgsmål blev afprøvet i et interview med en enkelt patient for at sikre, at de områder, der blev spurgt ind til, var meningsfulde for patienten. Herefter blev interviewguiden ændret i spørgsmålenes formulering.

5.1.4 Udvalgelse af informanter

Deltagerne til projektet blev udvalgt konsekutivt i rehabiliteringsafsnittet. Deltagerne inkluderer 2 patienter der blev udskrevet efter den 1/9 2007 og opfylder følgende inklusionskriterier:

- Dansktalende voksen >18 år
- Har gennemgået det målrettede rehabiliteringsforløb i Reumatologisk Afdeling efter operation af hoftenær fraktur
- Der foreligger en planlagt udskrivelsesdato for patienten

Eksklusionskriterier:

- Har diagnosen demens
- Har fået sondeernæring under indlæggelsen

5.2 Etiske overvejelser

Ifølge Kvale er en interviewundersøgelse et moralsk foretagende, da interaktionen i interviewet påvirker informanten, og den viden, interviewet frembringer, påvirker vores forståelse af menneskets situation (Kvale 1997). De etiske overvejelser i forbindelse med dette projekt handler både om formelle retningslinier, såsom at sikre patienternes retssikkerhed samt uformelle etiske overvejelser, det vil sige de etiske spørgsmål, der kan opstå i selve interviewsituationen.

For at sikre informanternes retssikkerhed, følges *Etiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden* (SSN 2003). Den lokale Videnskabsetiske Komité blev kontaktet for at afklare, om projektet var anmeldelsespligtigt. Der er givet tilladelse til at indsamle og anvende data fra de informanter, som indgår i projektet fra Datatilsynet. Desuden er der givet tilladelse fra afdelingsledelsen i Reumatologisk afdeling om at udføre projektet i det pågældende sengeafsnit.

Patienterne fik mundtlig og skriftlig information om projektet, og fik udleveret anmodning om samtykke. Patienterne blev informeret om, at interviewer har tavshedspligt. Bånd og transskriptioner opbevares adskilt og forsvarligt, låst inde og gemt i computer bag en kode. I transskriptionerne anonymiseres alle data af personlig art, men da der bruges citater fra informanterne i rapporteringen, vil de eventuelt kunne genkende deres egne udtalelser. Dette er informanterne gjort opmærksomme på (SSN 2003).

Et vigtigt etisk spørgsmål er, hvorvidt informanterne får gavn af at deltage i undersøgelsen, og om det er forsvarligt at ulejlige patienter, der står i en menneskelig svær situation (Kvale 1997). I dette projekt vil informanterne ikke få gavn af resultatet, men kan være med til at hjælpe patienter som senere kommer i en sammenlignelig situation. Intentionen var, at informanterne fik en positiv oplevelse af at deltage i projektet og fik mulighed at udtrykke sine oplevelser i rolige rammer. Patienterne var velkomne til at have pårørende med under interviewet. En fordel med dette kunne være, at informanten føler sig mere tryk i interviewsituationen

(Christensen 2007). Ingen af informanterne valgte dog at benytte sig af tilbuddet.

Det fysiske rum, hvor interviewet foregår, kan have indflydelse på hvilke emner informanten vil tale om, og hvor frit han eller hun kan tale (ibid.). Interviewene forgik i et lokale udenfor sengeafsnittet for at sende et signal om, at informanten kunne tale frit. Dermed beskyttedes informantens autonomi og samtidigt minimeredes eventuelle forstyrrelser (Christensen 2007, SSN 2003).

5.3 Analysemetode

Jeg analyserede materialet, med udgangspunkt i Max van Manens fænomenologiske metodologi (van Manen 1990). Denne hermeneutisk-fænomenologiske tilgang til kvalitativ forskning er tidligere beskrevet i projektets videnskabssteoretiske referenceramme. Van Manens metodologi indeholder 6 elementer, der indgår i et dynamisk samspil:

- 1) tage fat i et fænomen, som interesserer og forpligtiger os til verden
- 2) undersøge oplevelser som de leves, snarere end som vi forestiller os dem
- 3) reflektere over de grundlæggende meninger, som karakteriserer fænomenet
- 4) beskrive fænomenet gennem en skriveproces ("the art of writing and rewriting")
- 5) fastholde en stærk og orienteret sammenhæng mellem forskningsgenstanden og faget
- 6) skabe ligevægt i forskningskonteksten

De første to elementer er beskrevet i indledning, baggrund, formål samt metodeafsnit. De næste 4 trin vil kort blive beskrevet her.

Refleksion over grundlæggende meninger:

Hensigten med fænomenologisk refleksion er at forsøge fange den grundlæggende mening med fænomenet. Forskeren søger en helhedsforståelse af de enkelte informanters oplevelser. Forskeren finder temaer, der karakteriserer fænomenet ud fra informantens oplevelser. Herefter

søges efter forenende grundtemaer eller karakteristika, som er fælles for samtlige tekster og grundlæggende både for fænomenet og den kontekst, fænomenet befinder sig i. Forskerens forforståelse bliver her sat i spil.

Beskrivelse af fænomenet: Hensigten med forskningsprocessen er at skabe en fænomenologisk tekst. Indenfor fænomenologisk forskning er skriveprocessen ikke det sidste trin i forskningsprocessen, forskningen *er* en form for skriveproces. Ifølge van Manen frembringer skriveprocessen en refleksion over det beskrevne fænomen, og hjælper forskeren med at forstå fænomenet. At skrive og omarbejde teksten skaber en dybde ved at der skabes successive eller mangfoldige meningsstrukturer. Når forskeren beskriver temaerne, beskrives indholdet i fænomenet, forenklet og reduceret, med et sprog tæt på informanternes eget sprog.

Fastholde en stærk og orienteret sammenhæng: Forskeren fastholder en stærk og orienteret relation til fænomenet. Det vil sige, at forskeren beskriver og fortolker fænomenet, samtidigt med at være loyal over for forskningsobjektet. Forskningsmaterialet gennemgås med henblik på en faglig forståelse af fænomenet. Her bliver forskerens forforståelse sat i spil igen.

Skabe ligevægt: Forskeren afbalancerer den overordnede mening af fænomenet, gennem at holde den op mod den betydning delene har i konteksten. Forskeren bevæger sig mellem helhed og dele under hele forskningsprocessen (van Manen 1990).

Hensigten med den fænomenologiske refleksion er, som tidligere nævnt, at forsøge fange de grundlæggende meninger med fænomenet. Man er som forsker med udgangspunkt i livsverden interesseret i, hvad der er væsentligt i den levede erfaring. Til at guide refleksionen beskriver van Manen fire grundlæggende eksistentialer, forskeren tager udgangspunkt i: *levet tid, rum, krop og relationer*. De fire eksistentialer danner en indbyrdes sammenhængende helhed, den fænomenologiske livsverden, og ved hjælp af dem er det muligt at beskrive livsverden og oplevelser nuanceret og specifikt. Oplevelse af *levet tid* (temporality) hentyder til informanternes subjektive

oplevede tid under indlæggelsen. Tid kan, afhængig af alder og aktiviteter, opleves som kort eller lang, sjov eller kedelig. Mennesket kan føle sig godt tilpas eller stresset på grund af oplevelsen af tid. Med andre ord, mennesket er sin levede tid. Når der indtræffer en forandring i livet, så som en operation og indlæggelse på hospitalet, sker der en ændring i oplevelsen af tid. *Det levede rum* (spatiality) omfatter både den indre og den ydre oplevelse af det sted, man befinder sig. Det vil sige, patienternes oplevelser i afsnittet og hospitalsmiljøet, og hvordan det påvirker dem både fysisk og psykisk. *Levet krop* (corporality) tager udgangspunkt i, at mennesket både har en krop og er en krop. Hvis en del af kroppen kommer til skade, som f.eks. når man brækker hoften, kommer kroppen i fokus. Levet krop er, hvordan patienterne oplever, at deres kroppe reagerer. *Levede relationer* (relationality) henviser til den levende relation patienterne har med andre mennesker i den tid og det kropslige rum, de deler med dem. Hver relation er unik, og kan bidrage til tillid, sundhed og modenhed, men også det modsatte, så som usikkerhed eller sygdom (van Manen 1990). De fire eksistentialer kommer på spil i flere af de forenede karakteristika, jeg fandt frem til i projektet.

Jeg begyndte analysen med at søge en helhedsforståelse af de enkelte informanternes oplevelser gennem at lytte til de båndindspillede interviews og læse de transskriberede interviews flere gange samtidigt med, at jeg bevidst reflekterede over informanternes udsagn. Jeg reflekterede ud fra van Manens fire eksistentialer. Eksistentialerne blev senere tydeliggjort i analyseteksten. Jeg arbejdede med ét interview ad gangen. Jeg søgte at have det, van Manen kalder en holistisk eller meningsfuld tilgang, til teksten (van Manen 1990). Jeg kondenserede informanternes udsagn i kortere formuleringer, hvor hovedbetydningen, af hvad der blev sagt, blev omformuleret i korte sætninger, tæt på informanternes egne ord (Kvale 1997). Jeg stillede spørgsmål til interviewteksten: ”Hvad siger dette udsagn mig om patientens oplevelse?” og ”Hvad siger dette udsagn mig om, hvilken betydning patienten tillægger fænomenet?”. Dette gav mig et første, overordnet helhedsbillede af informanternes oplevelse af den sygeplejefaglige ernæringsintervention, og

hvad de fandt betydningsfuldt i den. I disse overordnede tekster, fandt jeg 6 temaer i det første interview og 5 i det andet interview. Temaerne beskrev informanternes oplevelser og blev dannet ud fra beskrivelser af informanternes erfaringer og oplevelser (Kvale 1997, van Manen 1990). Jeg kategoriserede temaerne så simpelt som muligt, gennem at angive ”+” eller ”-” i interviewteksten, afhængigt af om et tema forekom eller ikke forekom i informanternes udsagn. Jeg var bevidst om min forforståelse og forsøgte at sætte den i parentes under kondenseringen og dannelsen af temaerne.

Efter at have dannet mig et helhedsbillede af hvert interview, vendte jeg tilbage til de enkelte interviews med en mere selektiv tilgang (van Manen 1990). Jeg søgte efter sætninger, der var beskrivende for patientens oplevelse af fænomenet, og ”highlightede” dem. Jeg spurgte til de ”highlightede” udsagn: ”*Hvad siger dette mig om patientens oplevelse?*”. Disse udsagn blev brugt som citater og blev sorteret ind under hvert tema.

Herefter søgte jeg efter forenende karakteristika, fælles for interviewteksterne og temaerne og grundlæggende både for fænomenet samt den kontekst, fænomenet befinder sig i, det vil sige sygeplejen (van Manen 1990). Jeg stillede igen spørgsmål til teksten: ”*Hvordan belyser dette udsagn undersøgelsens fænomen?*” og ”*Hvordan belyser dette udsagn det sygeplejefaglige perspektiv?*”, hvilket hjalp mig at finde de forenende karakteristika. Jeg var også under denne proces opmærksom på min forforståelse, og hvilken indflydelse den kunne have på analysen. Jeg synliggjorde forforståelsen for mig selv ved at skrive den ned i noterne.

Jeg fandt frem til fire forenende grundtemaer. Jeg har valgt at kalde dem forenende karakteristika, da de karakteriserer fænomenet, jeg undersøger i projektet. De fire forenende karakteristika er: *der bliver ikke talt om ernæring, man spiser ikke ret meget når man er indlagt, madens smag er vigtigst samt man har et eget ansvar*. Disse karakteristika beskriver fænomenet: at modtage den sygeplejefaglige ernæringsindsats i

rehabiliteringsforløbet efter hoftenær fraktur. De forenede karakteristika danner overskrifter i analyseteksten.

Hensigten med forskningsprocessen er at skabe en fænomenologisk tekst (van Manen 1990). Ifølge van Manen er fænomenologisk forskning en form for skriveproces. I skriveprocessen frembringes yderligere refleksion over det beskrevne fænomen, og det hjælper forskeren til at forstå fænomenet. Jeg skrev og omarbejdede teksten for at skabe en dybde. Jeg beskrev de forenede karakteristika og derigennem indholdet i fænomenet, forenklet og reduceret. De forenede karakteristika findes i mange variationer i interviewene. Derfor belyses de fra så mange vinkler som muligt med et sprog tæt på informanternes eget sprog og med citater fra de to interviews.

Jeg ville skabe balance og ligevægt i forskningskonteksten gennem at holde de forenede karakteristika i fænomenet op mod den betydning, temaerne har i konteksten (van Manen 1990). Jeg tog ”et skridt tilbage” og kiggede på helheden, på konteksten samt på hvordan, hvert tema bidrager til helheden. Jeg bevægede mig mellem helhed og dele, mellem fænomen, forenede karakteristika og temaer under hele analyseprocessen. I analyseteksten bruges citater fra informanterne for at beskrive temaerne. Citaterne holdes op mod de forenede karakteristika for at beskrive fænomenet i sin helhed.

5.4 Kvalitetskrav til forskning

Kvalitativ forskning skal, som al anden forskning, leve op til kvalitetskrav. Med udgangspunkt i Henning Olsens bog *Kvalitative kvaler – Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet* (Olsen 2002) vil jeg ridse nogle generelle kvalitetskriterier op samt nogle specifikke kvalitetskriterier for den kvalitative interviewundersøgelse. Olsen taler om håndværksmæssige, kommunikative og pragmatiske kvalitetskriterier.

Håndværksmæssige kvalitetskriterier

Olsen anbefaler metodologisk transparens, hvor forskerens valgte metodiske procedure fremlægges og beskrives med reference til relevant metodelitteratur samt begrundes alle metodologiske dispositioner. Han anbefaler desuden, at forskeren er opmærksom på kohærens mellem problemstillinger, design, tilvirkning af kvalitative data og analysestrategi. Undersøgelsen skal have et tydeligt og begrundet overordnet forskningstema, og der skal være overensstemmelse mellem tema, problemstillinger og forforståelse. Undersøgelsens design skal tage afsæt i problemstillinger og forforståelse, og forskeren skal argumentere overbevisende for den valgte metodes tematiske relevans. I den kvalitative interviewforskningen tilvirker og oparbejder man data fra informanter. Det er vigtigt, at forskeren beskriver og argumenterer for selektionskriterier og selektionsprocedurer. Da der findes forskellige former for kvalitative interviews, fastlægges en tematisk relevant og teoretisk motiveret interviewopfattelse, som kan relateres til kvalitativ metodelitteratur. Interviewprocessens forudsætninger og forløb tydeliggøres, f.eks. interviewerens forudsætninger, interviewguides samt transskribering. Forskeren skal gerne have reflekteret over kvalitetsvurdering af de gennemførte interviews. Analyseprocessen tydeliggøres ved en redegørelse af analysestrategi. Der tages stilling til, om andre kan have tiltro til analyseresultaterne og hvilken kontrolstrategi der foretages af resultaterne.

Kommunikative kvalitetskriterier

Forskning skal bidrage til den videnskabelige udvikling. Ved at sammenholde egne analyseresultater med tidligere forskning kan forskere perspektivere deres bidrag til ny erkendelse. Forskningen skal komme til andres kendskab, og andre skal have mulighed at kommentere forskningens procedurer, beskrivelser og analyseresultater. Olsen anbefaler en gennemtænkt og tematisk relevant skrivestil, når analyseresultaterne formidles.

Pragmatiske kvalitetskriterier

Undersøgelser, der opfylder ovennævnte håndværksmæssige og kommunikative kvalitetskriterier, er ifølge Olsen informative og dermed anvendelige. Når analyseresultaterne informerer om ny erkendelse, som andre

kan have tiltro til, kan det hjælpe til at opnå de ønskede resultater, som for eksempel i forbindelse med den sygeplejefaglige ernæringsindsats.

6. Resultater

6.1 Analyse af empiriske data

Gennem en fænomenologisk analyse af informanternes udsagn, ud fra van Manens metodologi, beskrives de fire forenende karakteristika, som har betydning for og indflydelse på, hvilken betydning patienten tillægger det, at modtage den sygeplejefaglige ernæringsindsats i rehabiliteringsforløbet efter hoftenær fraktur. De fire karakteristika er:

- der bliver ikke talt om ernæring
- man spiser ikke ret meget når man er indlagt
- madens smag er vigtigst
- man har et eget ansvar.

Analysen er inddelt efter disse fire forenende karakteristika, og informanternes udsagn inddrages via citater.

6.1.1 Der bliver ikke talt om ernæring

Eksistentialt levede relationer handler om hvordan vi møder andre mennesker, hvordan de opfattes af os, og hvordan vi oplever, at vi opfattes af andre (van Manen 1990). Levede relationer var væsentlige for informanterne. Informanternes oplevelser blev påvirkede af mødet med personalet. I dette møde var personalets viden om ernæring centralt for informanterne. Den levede tid beskrives af informanterne som en oplevelse af travlhed hos personalet, at de ikke havde tid til ernæringsindsatsen.

At få noget at vide om og anbefalinger om kost og ernæring var betydningsfuldt for informanterne. Men informanterne beskriver, at de ikke oplevede at have talt med personalet om ernæring. Informanterne beskrev dette på forskellige måder. *"Det har der slet ikke været talt om. Overhoved!"*, *"Der er jo heller ikke noget personale, der er jo ikke nogen der har tid til*

det.” og ”De siger ikke noget til at få øje på i hvert fald” er eksempler på hvordan informanterne opfattede den del af ernæringsindsatsen, der omhandler information til patienterne.

Informanterne gav udtryk for at have oplevet, at personalet havde travlt, og at det var derfor, de ikke havde talt om ernæring. En af informanterne havde ikke lagt mærke til, at de havde talt specielt om ernæring. Én af informanterne siger i forbindelse med det at tale om ernæring: *”De er jo forskelligt uddannet alle sammen. Det, det betyder noget.”* Informanten beskriver en oplevelse af forskel på ernæringsindsatsen i plejegruppen. Der bliver ikke sagt noget om, hvori forskellen lå. Begge informanter gav udtryk for, at det ville have været godt med information om ernæring. Den ene patient udtrykker dog en forventning om, at personalet ville fortælle, hvis der var noget, der var u hensigtsmæssig at spise. De gav begge udtryk for, at informationen om ernæring var viden, de ville bruge efter udskrivelsen. Det var forskelligt, om de selv ville lave mad, når de kom hjem, men de ville få indflydelse på, hvad der blev købt ind og kunne derved sikre, at kost og ernæring var hensigtsmæssig efter en hofteoperation.

At personalet havde viden om ernæring og ernæringsinterventionen var betydningsfuldt for informanterne. Informanterne havde en forventning om, at personalet havde styr på, hvilken kost den enkelte patient skulle have. Den ene informant oplevede dog, at personalet ikke altid vidste, hvilken kost han skulle spise, hvilket han reagerede kraftigt på. Under interviewet gav han udtryk for, at han syntes, det var uprofessionelt. Den samme informant oplevede også, at det var tilfældigt, hvordan der blev handlet i forbindelse med ernæringsinterventionen.

”Forleden dag så fandt de ud af at de skulle veje mig. De havde slet ikke vejet mig. Jeg tror ikke alle var klare over det. Og altså, der er jo ustandseligt nye patienter. Hvis det er de samme der ligger der i lang tid, så kender de, de forskellige og behøver ikke spørge dem. Men når de ligger der så kort tid... de når dårlig nok at lære dem at kende.”

Informantens udsagn tyder på, at han opfatter, at tilfældighederne er begrundet i både personalets (u)viden og i stor udskiftning af patienterne. Dette påvirker de levede relationer og informantens tillid til personalet.

Den anden informant siger, når jeg spørger om, hvad de havde talt om i forbindelse med kost og ernæring:

” De serverer jo bare. Og det er den besked man får, og det.. og det er jo også rigtigt. De deler det jo bare ud. Det kan vi jo ikke bebrejde dem.. de laver den jo ikke. De serverer jo det de har her. Så går jeg ud fra at det er det vi skal have, som er sundt, ikke. Det må man jo gå ud fra.”

Her beskriver informanten, at der ikke blev talt om kost og ernæring, men maden bare var noget, man fik serveret. Informanten beskriver også, at hun ikke fik svar på sine spørgsmål om ernæring og oplevede det som om, personalet ikke havde viden om ernæring. Samtidigt vil informanten ikke bebrejde personalet deres manglende viden, men forsvare personalet. Informanten beskriver senere i interviewet en oplevelse af at personalet ikke havde tid til ernæringsinterventionen på grund af, at der var få personale på arbejde. Informanten forventede dog, at personalet gav den rigtige kost og ernæring til patienterne, og at de havde viden om kost og ernæring.

6.1.2 Man spiser ikke ret meget når man er indlagt

Eksistentialt levet tid indeholder flere dimensioner; fortiden, nutiden samt fremtiden. Disse dimensioner skaber en persons ”tids-landskab”. Oplevelser i fortiden giver erfaringen som bruges i nutiden og i planlægning af fremtiden. Fortiden kan også ændre sig under påvirkning af oplevelser i nutiden. Gennem håb og forventninger planlægger vi livet fremadrettet, ind i fremtiden (van Manen 1990).

Informanterne taler om tiden før hoftebruddet og indlæggelsen, den oplevelse de har af indlæggelsesperioden på genoptræningsafsnittet samt de tanker, de har om tiden efter udskrivelsen. Begge informanter gav udtryk for, at deres spisevaner ændrede sig under indlæggelsen efter hoftefrakturen. Informanterne beskrev, at de ikke spiste så meget under indlæggelsen, som de plejede. *”Men det gør man vel ikke hvis man har det som jeg har det”* siger

én af informanterne. Begge informanter oplevede, at de havde nedsat appetit, og at det var derfor, de spiste mindre. Informanterne forklarede den nedsatte appetit som en naturlig følge af operationen og af det at være indlagt på hospital.

Sengeafsnittet på hospitalet, som er rammen om informanternes hverdag under genoptræningsforløbet, er det mest centrale for informanterne i relation til eksistentialt det levede rum. Eksistentialt tager blandt andet afsæt i, at det levede rum påvirker vores oplevelser og følelser (van Manen 1990). Det vil sige, sengeafsnittet som levet rum påvirker deres appetit. Informanterne gav også udtryk for, at de mente, de ville spise mere, når de kom hjem igen efter udskrivelsen.

Begge informanter beskriver, at de havde tabt sig under indlæggelsen. De forbinder den nedsatte appetit og vægttabet med det at have brækket hoften. De kunne sige nøjagtigt, hvor mange kilo de have tabt. *"Jeg har tabt 4 kg. Så det har jo betydet noget for én."* Informanterne kunne mærke vægttabet som en forandring på deres egen krop. Eksistentialt levet krop kommer her på spil. Eksistentialt henviser til det faktum, at vi altid er kropsligt i verden. Informanterne har oplevet en forandring på sin krop, både gennem hoftefrakturen og den efterfølgende operation samt gennem vægttabet, hvor kroppen har ændret sig. Den ene informant fortalte i forbindelse med sit vægttab, at *"det tror jeg de siger alle gør der kommer ind"*. Denne patient så det ikke som noget underligt eller besynderligt, at have tabt sig. *"Hvis jeg havde været rask, så havde jeg spist mere. Så havde jeg heller ikke tabt mig"*, forklarer informanten. Informanten oplever, at den "syge" krop er anderledes end den raske. Det vil sige, den levede krop, som nu er opereret, påvirker hvor meget informanterne spiser.

Begge informanter fortæller, at de havde fået proteintilskud. De satte dog ikke proteintilskuddet i forbindelse med, at de spiste mindre end de plejede, eller at de havde brug for mere protein og energi efter hofteoperationen. Den ene informant siger, om proteintilskuddet: *"Ja, jeg har smagt det, men det er*

ikke noget de ligefrem har anbefalet". Informanterne fortalte om, at man kunne få serveret forskellige retter til måltiderne, men kunne ikke fortælle hvilken kostordination, de fik. Informanterne var bevidste om, at det var vigtigt at spise, men kunne ikke forklare hvorfor det var vigtigt for dem. De beskrev ikke, at der var nogen slags mad, der var bedre for dem at spise under rehabiliteringsforløbet, eller hvis de havde nedsat appetit og ikke kunne spise ret meget.

6.1.3 Madens smag er vigtigst

At leve kropsligt i verden betyder, at vi oplever gennem kroppen (van Manen 1990). Oplevelserne får vi blandt andet gennem sanserne, og i forbindelse med spisning tages alle sanser i brug. Informanterne beskriver hovedsageligt, hvilken betydning smagssansen har for dem i forbindelse med ernæring. Madens smag har nemlig stor betydning for, hvad og hvor meget, informanterne spiser. De beskriver, at det er vigtigt, at maden smager godt og har den rigtige konsistens og temperatur. Hvis informanterne selv må vælge, hvad de skal spise, vælger de ud fra madens smag. Det er det vigtigste for dem. Informanterne gør sig også tanker om, hvad der er godt for dem at spise, både fysisk og psykisk. De giver udtryk for, at sund mad er godt for kroppen, og god mad er godt for sindet. Den ene informant siger:

"Når jeg kommer ud her fra så får jeg ikke noget der er kedeligt. Når man kan vælge selv mellem hvad man kan lide og hvad man ikke kan lide, så søger jeg jo ikke noget jeg ikke kan lide! Jeg er klar over jeg skal lægge noget af stilen om. For at blive rask igen. Nu er det sundhed. Altså mennesket, hvordan man har det inde i. Inde i sig selv, ikke?"

Informanten har gjort sig nogle overvejelser om, hvad der er godt at spise for kroppen. Han ser det dog ikke som et problem, at han skal spise anderledes for at være sund. Men det er vigtigt for ham, at spise mad, han selv kan vælge, og som smager godt. Informanterne oplever, at hvis maden smager godt, har de det bedre, både fysisk og psykisk. Begge informanter beskriver maden under indlæggelsen som kedelig og tør, og ikke varmet ordentlig op. Dette har haft betydning for dem. Det har, sammen med den nedsatte appetit,

haft indflydelse på, at de spiser mindre under indlæggelsen end tidligere. Den ene informant siger: *"Man spiser jo ikke noget som ikke smager godt, vel?"*

Informanterne præciserer ikke, hvad der er sund mad, eller hvad der er godt for dem at spise. Begge giver dog udtryk for, at sund mad er vigtigt for dem.

6.1.4 Man har et eget ansvar

Relationen til personalet har indflydelse på, hvordan informanterne oplever ansvaret for behandling og pleje under indlæggelse. Informanterne beskriver, at de på den ene side har et eget ansvar for sig selv og sin egen krop. De beskriver, at personalet på den anden side også har et ansvar under indlæggelsen. Dette sammensatte syn på ansvar har betydning både for eksistentialt levede relationer og for eksistentialt levet krop.

Informanterne gav udtryk for, at personalet havde ansvaret for ernæringsindsatsen under indlæggelsen, men oplevede ikke altid at personalet tog dette ansvar. Begge informanter tænker over deres eget ansvar i forbindelse med ernæring, men det egne ansvar har forskellige betydninger for dem.

Den ene informant beskriver, at han har taget ansvar for sin ernæring under indlæggelsen ved at tage initiativ. *"Så vil jeg gøre noget ved det selv. Det kan jeg selv sige ved pleje runden."* Informanten beskrev, hvordan han bl.a. tog initiativ til at komme op og vaske sig og tage tøj på før morgenmaden. Han oplevede, at det gjorde, at han spiste mere. Begge informanter ønskede selv at tage ansvar for at få den rigtige ernæring efter udskrivelsen. Derfor ønskede de også information om kost og ernæring.

En af informanterne fortalte først om ernæring, at *"Jeg har overhoved ikke tænkt over det"*, men det viser sig senere i interviewet, at hun gør sig nogle tanker om ernæring, sundhed og sygdom:

"Når man selv har det godt, så tænker man ikke videre over det. Så går man ikke særlig op i det. Altså, jeg går jo ud fra at jeg kun spiser sundt. Og jeg spiser det jeg kan, jeg spiser kun noget der er sundt. Og sætter det egentlig

ikke i forbindelse som sådan med.. som noget.. jeg går ud fra at det.. at man lytter til sit eget sind. Og passer på sig selv. At enhver spiser det man bedst kan lide. Og sundt! Jeg har jo aldrig fejlet noget, vel. Kun det brækkede ben. Så jeg sætter det egentlig ikke spor i forbindelse med maden. Over hovedet ikke.”

Informanten ser en sammenhæng mellem kost og sygdom generelt. Informanten beskriver, at man har ansvar for sig selv og sin egen sundhed og beskriver desuden, at hun har taget dette ansvar før indlæggelsen. Informanten mener at have spist sundt hele sit liv og har ikke har været syg eller indlagt på hospital tidligere. For denne informant er sund kost det, at spise friske grøntsager, frisk kød og fisk og ikke at spise noget man ikke kan lide. Informanten oplever ikke, at hoftebruddet har noget med hendes kost- og spisevaner at gøre. Hun har derfor svært ved at se, hvordan kosten kan påvirke genoptræningsforløbet efter hoftebruddet.

6.2 Sammenfatning af den empiriske analyse

Undersøgelsen peger på en række forenede karakteristika, som beskriver hvilken betydning patienterne tillægger det, at modtage den sygeplejefaglige ernæringsindsats i rehabiliteringsforløbet efter hoftenær fraktur. Det, der karakteriserer fænomenet er, at de oplever, at de ikke får information om ernæring, at det har betydning for informanterne, at de har et nedsat kostindtag, at madens smag har betydning samt at de har et eget ansvar i forbindelse med ernæringsindsatsen.

Informanternes oplevelse af, at der ikke bliver talt om ernæring har betydning for informanterne, da de ønsker viden, så at de selv kan tage ansvar for kost- og ernæringsindtag efter udskrivelsen. Deres oplevelse af nedsat kostindtag viser sig ved, at de beskriver nedsat appetit og vægttab under indlæggelsen. At maden smager godt har betydning for hvad og hvor meget, de spiser. Informanternes følelse af eget ansvar i forbindelse med ernæringsindsatsen kommer til udtryk ved, at der tages initiativ til ernæringstiltag under indlæggelse, at de reflekterer over kostens vigtighed, samt at de har en formodning om, at de skal spise sundt for at have det godt.

Der findes dog et par modsætninger i informanternes udsagn. Blandt andet beskriver informanterne, at der ikke tales meget om ernæring. Selv om de har et ønske om at få viden om ernæring, giver de ikke udtryk for utilfredshed over, at de oplever manglende information. Informanterne lægger vægt på, at de har et eget ansvar for ernæringen efter udskrivelsen, men lægger ansvaret for ernæring over på personalet under indlæggelsen. Informanterne har en forventning om, at personalet har viden om ernæringsindsatsen, men når de oplever det modsatte, forsvarer og undskylder de personalet.

7. Diskussion

I diskussionen sammenholdes analysens fund med eksisterende viden indenfor området. De fire karakteristika fra analysen diskuteres i lyset af relevant forskningslitteratur. Fundene diskuteres desuden i forhold til omsorgens betydning i den sygeplejefaglige ernæringsindsats i rehabiliteringsforløbet ud fra Benner og Wrubels sygeplejeteori. I diskussionen bliver det tydeligt, at de fire karakteristika overlapper hinanden. Viden om ernæring hænger sammen med informanternes ønske om at tage eget ansvar. Viden om ernæring hænger desuden sammen med informanternes valg af kost, som påvirker deres appetit og vægt.

7.1 Diskussion i forhold til eksisterende litteratur og den sygeplejefaglige ramme

Der bliver ikke talt om ernæring

I interviewene fremgår, at begge informanter ikke har ret meget viden om ernæringens betydning for deres rehabilitering, sundhed og sygdom. De ved at de skal spise sundt, men ved ikke hvad det indebærer. De udtrykker at de ønsker viden om ernæring og at denne viden er vigtig for dem, da de vil bruge den efter udskrivelsen. Dette beskrives også i andre studier (Carlsson 2005, Hallström 2000, Lassen 2005, Pedersen & Cameron 1999, Price 2006, Saionio 2001). Fundene viser dog at informanterne ikke oplever at der bliver talt om ernæring og ernæringens betydning for rehabiliteringen under

indlæggelsen. Det ser ud til, at det har betydning for patienterne, at de oplever at personalet har viden om ernæring. Interviewene viser, at patienterne forventer af personalet, at de har denne viden. Informanterne oplevede dog, at plejepersonalet ikke havde viden om ernæring. Lignende resultater fremkommer i andre undersøgelser, som også viser, at patienterne føler sig usikre på den behandling og pleje de får, hvis de oplever at personalet ikke har viden (Hallström 2000, Sahlsten 2001, Sainio 2001).

En af informanterne beskriver en forventning om, at plejepersonalet har den fornødne viden om ernæring, og at de serverer hensigtsmæssig kost. Informanten ville samtidigt ikke forstyrre personalet ved at spørge til ernæring, da hun opfattede, at de havde travlt. Denne modsigelsesfulde situation beskrives også i et svensk studie, som viser, at patienterne opfatter personalet som eksperter, og derfor automatisk forventer, at de får optimal pleje. Studiet viser dog, at plejepersonalet har en forventning til patienterne, at de beder om hjælp ved behov. Hvis personalet ikke bliver spurgt, tolker de det som, at patienterne ikke har brug for hjælp (Hallström 2000).

Hvis patienterne ikke oplever personligt engagement hos plejepersonalet, kan det medføre, at patienterne ikke udvikler mestringsstrategier for bl.a. hensigtsmæssig kost og ernæring efter udskrivelsen ifølge Benner og Wrubel. Personligt engagement (concern) indebærer, at ting betyder noget for os, derfor bliver vi involveret i verden. Personligt engagement er essentielt for, at sygeplejersken kan være i en situation, at situationen skal give mening for sygeplejersken, og for at sygeplejersken skal kunne give situationen mening. Personligt engagement opstår ud fra sygeplejerskens egen personlige historie og professionelle historie samt situationen. Her spiller viden en stor rolle, både for hvordan sygeplejersken er i situationen, og for hvordan hun kan give situationen mening for patienten. Sygeplejersken har gennem personligt engagement mulighed for at hjælpe patienten at mestre sygdom og lidelse. Når sygeplejersken giver patienten viden og vejledning, hjælper hun patienten til at vurdere sin situation og agere ud fra denne vurdering (Benner & Wrubel 2001).

Informanterne efterlyser information om ernæring for at aktivt kunne mestre ernæringsindtaget efter udskrivelse. En undersøgelse vedrørende ældre ortopædkirurgiske patienters viden om kost henviser til en metode, der stimulerer patienters aktivitet og udvikling, udarbejdet af Anne Lise Salling (Pedersen & Cameron 1999). Metoden indeholder faktorer, som påvirker sundhedsfremmende aktiviteter hos patienterne, f.eks. patienternes viden, holdninger, erfaringer, værdier og normer samt personalets information, vejledning og undervisning af patienterne. Netop det, som informanterne lægger vægt på.

Journalaudit vedrørende den sygeplejefaglige ernæringsindsats i rehabiliterings-afsnittet, som tidligere er beskrevet i baggrundsafsnittet, viser, at målene for indsatsen kun delvis bliver opfyldt. Målene er at patienterne bliver ernæringscreenet indenfor 24 timer efter indlæggelse og re-screenet én gang ugentlig. Patienterne skal desuden have ordineret kost efter screeningsresultatet og blive tilbudt energi- og proteintilskud. Den del af ernæringsindsatsen, der omhandler information, bliver ikke dokumenteret, men indgår implicit i den generelle information i forbindelse med ernæringscreening og i informationen til patienterne vedrørende planen for sygeplejen. Journalaudit viser dog et faldende procenttal for opfyldelse af målet det sidste år.

Man spiser ikke ret meget når man er indlagt

Informanterne i projektet beskriver et mindre kostindtag end vanligt som følge af hoftebrud og efterfølgende indlæggelse. Der findes flere undersøgelser, som viser at ortopædkirurgiske patienter oplever nedsat appetit postoperativt, og at de spiser mindre under indlæggelse (Carlsson 2005, Hallström 2000, Lassen 2005, Pedersen & Cameron 1999, Price 2006). En anden artikel beskriver, at patienternes ernæringsstatus desuden påvirker hvor længe, patienterne er indlagt. Dårlig ernæringsstatus forlænger indlæggelsestiden, og en lang indlæggelse påvirker ernæringsstatus negativt (Hallström 2000). Benner og Wrubel siger, at patienten lever i nutiden, er påvirket af fortiden og projiceres ud i fremtiden. En alvorlig hændelse som et

hoftebrud og efterfølgende nedsat mobilitet med rehabilitering som følge, kan få patienterne til at tage deres liv op til nyovervejelse. Patienterne har behov for en vejleder, som kan hjælpe patienten at forestille sig det næste skridt i livet, og derved blive i stand til selv at projicere sig ud i fremtiden (Benner & Wrubel 2001). I undersøgelsen beskriver patienterne, at de ved at de skal spise mere samt lægge kosten om, men har ikke viden om hvordan. En omlæggelse af kosten er endnu en konfrontation med at livet er ændret drastisk. De gamle mønstre, som indtil nu har været taget for givet, er ikke relevante mere (Benner & Wrubel 2001). Patienterne kan ikke selv købe ind, hvilket tidligere har været en rutinepræget opgave for dem. Patienterne kan dog beholde vis kontrol over sin situation gennem at selv bestemme hvad der skal købes ind. Problemet er at de ikke ved, hvad de skal købe for at få en hensigtsmæssig kost.

Hospitalsmiljøet påvirker hvad og hvor meget informanterne spiser. De fortalte at de ikke spiste så meget under indlæggelsen som de plejede, og forklarede sin nedsatte appetit som en naturlig følge af operationen, og af det at være indlagt på hospital. De beskriver desuden ændrede handlingsmuligheder i forhold til ernæring, og de skabte selv mestringsstrategier, såsom at de planlagde at spise mere når de kom hjem efter udskrivelsen. Flere undersøgelser beskriver, at hospitalsmiljøet og afdelingens måltidsrutiner påvirker ernæringsindtagelsen (Carlsson 2005, Hallström 2000, Lassen 2005, Pedersen 2005, Price 2006). Situationen og miljøet spiller en rolle for stress og mestring. Alt efter hvordan personen er involveret i situationen, vil de mestringsmuligheder personen har til rådighed veksle. Den måde personen er engageret i situationen på, skaber forskellige muligheder og forskellige mestringsstrategier (Benner og Wrubel 2001).

Informanterne i min undersøgelse kunne mærke, at deres kroppe var påvirkede af, at de havde tabt sig under indlæggelsen, hvilket var betydningsfuldt for dem. Deres kroppe er også påvirkede af det hoftebrud, de har været igennem. Kroppens habituelle funktioner bliver mere synlige, når kroppen bryder sammen, som f.eks. ved hoftebrud og vægttab. Benner og Wrubel beskriver den habituelle krop, som omfatter alle kulturelt og socialt

indlærte holdninger, skikke og gestus. Disse lærer man tidligt i livet, gennem identifikation og imitation. Disse evner bliver integrerede i den habituelle krop. Tabet af den habituelle krop ved f.eks. sygdom medfører, at kroppen føles fremmed, som en ting. Alle aktiviteter bliver besværlige, også det at spise og forholde sig til ernæring. Tabet af den habituelle krop medfører en nedsat evne til at mestre dagligdagen og dens problemer og bliver i sig selv et problem for patienterne (Benner & Wrubel 2001).

Madens smag er vigtigst

Interviewene tegner et billede, hvor kroppens sanseoplevelse af maden er vigtigst. Informanterne taler om, at selvom de prioriterer madens smag, så ved de, at der er andre ting, der er vigtige i forbindelse med maden, så som ”sund kost”. At informanterne ikke nærmere kan specificere hvad, ”sund kost” er, ligner fund i andre undersøgelser, hvor bl.a. mellemmåltider opfattes som usund kost (Pedersen & Cameron 1999, Price 2006). Madens smag har en høj prioritet hos informanterne. Dette er også fundet i tidligere undersøgelser, som viser at ernæring for mange patienter handler om madens smag, kvalitet og mængde (Lassen 2005). Pedersen og Cameron påpeger desuden i en artikel, at mediernes information om, at vi skal spise ”magert og groft” kan forvirre patienterne, når de skal vælge, hvad de skal spise (Pedersen & Cameron 1999).

Ifølge Benner og Wrubel er mennesket ikke delt i krop og sind. Al perception udspringer fra kroppens oplevelse. Oplevelserne er grundlag for personens viden og handlinger. Med andre ord, kroppens sanser og følelser er en form for viden, som mennesket er født med, udvikler livet igennem og er helt afhængig af (Benner & Wrubel 2001). Hvis patienterne vælger mad efter sanseoplevelsen, dvs. kun efter hvordan maden smager, kan de risikere at få en uhensigtsmæssig sammensat kost. Hvis de vælger at spise for at overleve, dvs. ”den sunde mad”, som mine informanter beskriver som kedelig, er risikoen, at de spiser mindre.

Man har et eget ansvar

Relationen til personalet har indflydelse på, hvordan informanterne oplever ansvaret for behandling og pleje under indlæggelse. Informanterne gav udtryk for, at personalet havde ansvaret for ernæringsindsatsen under indlæggelsen. De oplevede dog ikke altid, at personalet tog dette ansvar, bl.a. når personalet ikke havde viden om ernæring. Begge informanter tænker over sit eget ansvar i forbindelse med ernæring, og de giver udtryk for, at de er indstillede på at selv tage ansvar for ernæringen efter udskrivelsen fra hospitalet. De ønskede information om kost og ernæring under indlæggelsen, så at de kunne tage dette ansvar. Dette kan være et tegn på, at rehabiliteringens formål bliver opfyldt. Formålet er bl.a., at patienten opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv (MarselisborgCentret 2004), hvilket netop er, hvad informanterne giver udtryk for, at de ønsker, også i forhold til ernæring. Det er tankevækkende, at de to informanter slet ikke har oplevet, at der bliver talt om ernæringens betydning for rehabiliteringen under indlæggelsen.

En artikel beskriver, at aktiv medinddragelse i plejen øger patienternes sundhedsfremmende aktiviteter i forhold til ernæring (Pedersen 2005). Denne artikel henviser også til en undersøgelse, der viser, at patienter som er aktivt medinddraget i sin pleje, beholder en sundhedsfremmende adfærd op til 3 måneder efter udskrivelse. En anden undersøgelse viser, at nedsat compliance påvirker hvor meget, patienterne tager ansvar for sundhedsfremmende aktiviteter, og at de patienter, der har dårligst ernæringsstatus er mindst tilbøjelige til at tage ansvar for sin ernæring (Price 2006). Dette bekræftes i en undersøgelse, hvor man finder, at det er de ressourcestærke patienter, som er aktivt involverede i deres ernæring og opsøger information (Lassen 2005). Price foreslår, at ernæringsinterventionen ikke skal foregå under indlæggelsen på hospitalet, men anbefaler at interventionen finder sted efter udskrivelsen, når patienten er i mere velkendte omgivelser (Price 2006). Dette modsiger både, hvad informanterne i denne og flere andre undersøgelser udtaler. Tværtimod ønsker patienterne informationen under indlæggelsen, som de siden kan bruge efter udskrivelsen (Hallström 2000, Lassen 2005, Pedersen & Cameron 1999, Sainio 2001).

Én af informanterne fortæller, hvordan han tog initiativ til at blive vasket og tage tøj på før morgenmaden, og hvor vigtigt det var for ham. Dette initiativ gjorde, at han spiste mere. Dette finder Pedersen og Cameron ligeledes i sin undersøgelse, hvor 76 % af de adspurgte patienter syntes, at det var vigtigt at blive vasket før morgenmaden (Pedersen & Cameron 1999). Ifølge Benner og Wrubel består en af sygeplejerskernes opgaver i at fortolke, hvad der er vigtigt for patienten i situationen og fortolke det, der påvirker patientens forståelse af sin egen situation. Det giver sygeplejersken mulighed for at begribe patientens særlige enestående situation og tage sig af det, der er vigtigt for patienten samt vejlede patienten, så at han eller hun selvstændigt kan tage ansvar i situationen. Dermed har sygeplejersken mulighed at hjælpe patienten til at mestre sygdom og lidelse (Benner & Wrubel 2001).

7.2 Metodekritik

Ifølge Olsen (2002) såvel som Polit & Beck (2006) er det, som tidligere beskrevet i afsnittet om kvalitetskrav i forskning, både essentielt og relevant at foretage en vurdering af de valgte metoders anvendelighed i forhold til undersøgelsers formål. Jeg vil i dette afsnit forholde mig kritisk til projektets metode.

Det kvalitative interview er valgt på baggrund af undersøgelsens overordnede formål: at beskrive hvilken betydning patienter tillægger den sygeplejefaglige ernæringsindsats i rehabiliteringsforløbet efter hoftenær fraktur. Det kvalitative interview er, ifølge både Olsen og Polit & Beck velegnet til at undersøge menneskers oplevelser og erfaringer (Olsen 2002, Polit & Beck 2006). Ifølge van Manen er interviewet en måde at indsamle og undersøge menneskers oplevelser, som kan bruges til at udvikle en dybere forståelse af et fænomen (van Manen 1990). Det semistrukturerede interview med en interviewguide, synes umiddelbart at være en velvalgt metode, da det giver informanterne mulighed for at tale frit om emnet samtidig med, at interviewet bliver struktureret for bedst muligt at dække projektets formål (Polit & Beck 2006, Olsen 2002).

Informanterne er konsekutivt udvalgt ud fra en hensigtsbestemt udvælgelsesstrategi, som af Polit og Beck betegnes som *typical case sampling*, hvor målsætningen er, at de udvalgte kan illustrere det typiske. Der var inkluderet få informanter i undersøgelsen. En dybdegående analyse af få personers oplevelse beskriver, hvordan fænomenet viser sig for netop disse personer (Polit & Beck 2006). Da antallet af informanter var lille, kan der ikke generaliseres ud fra resultaterne. Resultaterne kan dog bidrage til et overordnet billede af informanternes oplevelse af den sygeplejefaglige ernæringsindsats. Dette overordnede billede kan medtænkes i plejen til denne patientgruppe.

Den skriftlige information til plejepersonalet vedrørende projektet kan have påvirket projektet, da plejepersonalets viden om projektets formål kan have øget deres fokus på ernæringsindsatsen – en mulig ”Hawthorne effect” (Polit & Beck 2006). Resultaterne tyder dog ikke på dette.

At informanterne vidste, at jeg var sygeplejerske, kan have påvirket deres svar. De kan have været tilbageholdende af frygt for at virke kritiske over for plejepersonalet og deres handlinger (Christensen 2007). Jeg forsøgte dog at undgå dette ved ikke at bære uniform samt holde interviewene i et lokale væk fra sengeafsnittet. Før interviewet lagde jeg vægt på, at deres svar ikke ville påvirke deres pleje og behandling.

Jeg brugte min forforståelse om den sygeplejefaglige ernæringsindsats i udarbejdelsen af den semistrukturerede interviewguide. Jeg var opmærksom på at sætte min forforståelse i parentes i selve interviewsituationen, så min måde at spørge ind på ikke blev påvirket af den (Christensen 2007, Kvale 1997, van Manen 1990). Under interviewene var jeg desuden opmærksom på at holde mit sind åbent og tage imod patienternes beskrivelser. Når patienterne beskrev noget, der gik imod min opfattelse af, hvad der er god sygepleje, kommenterede jeg det ikke, men lavede et notat om at følge op på det senere. Dette kan have påvirket den måde, jeg stillede uddybende spørgsmål på.

Da visitationen til sengeafsnittet foregår af en reumatologisk læge efter skrappe krav til patienternes rehabiliteringskapacitet, som tidligere beskrevet

i baggrundsafsnittet, syntes patientgruppen umiddelbart meget ensartet. Stort set alle patienter indlagt i sengeafsnittet opfyldte inklusionskriterierne til projektet. Alligevel valgte fire adspurgte patienter ikke at deltage i projektet. Den kliniske sygeplejespecialist tolkede det som, at patienterne var optaget af deres udskrivelse dagen efter og derfor ikke kunne overskue et interview. De to informanter, som deltog, var ressourcestærke, ansvarsbevidste og initiativrige. Hvis nogle af de mere ressourcevage patienter havde deltaget i projektet, kunne resultatet have set anderledes ud. Hvis jeg havde gennemført projektet i en afdeling, hvor jeg ikke var ansat, kunne jeg have valgt at interviewe patienterne nede i sengeafsnittet. På den måde kunne jeg have fået flere informanter, også ressourcevage. Jeg kunne også have valgt at holde interviewene i patienternes eget hjem efter udskrivelsen. Dette havde sandsynligvis givet andre oplysninger, både pga. et mere afslappet miljø, væk fra hospitalet, og pga. at patienten havde fået et andet perspektiv på indlæggelsen og den sygeplejefaglige ernæringsindsats (Christensen 2007).

Analysen kunne have været yderligere styrket gennem at lade informanterne læse det transskriberede materialet, før jeg begyndte på analysen. Dermed ville de få mulighed for at rette i teksten og på den måde undgå misforståelser. I stedet spurgte jeg løbende ind til informanternes udsagn under selve interviewene for at undgå misforståelser af deres udtalelser. Jeg kunne også have ladet en anden person kode data fra interviewene i temaer og forenende karakteristika (Olsen 2002, Polit & Beck 2006). Dette har dog ikke været muligt i projektet, da der kun blev frigivet ressourcer fra afdelingen til min egen arbejdsindsats.

Jeg har i gennem hele processen søgt at være eksplicit i forhold til forforståelse og metodevalg samt i analyseafsnittet fremlægge citater for at underbygge de udledte temaer og forenende karakteristika (Olsen 2002, van Manen 1990). Jeg søgte at fastholde en stærk og orienteret relation til fænomenet gennem at beskrive og fortolke fænomenet, samtidigt som jeg var loyal over for informanternes udsagn (van Manen 1990).

De videnskabelige artikler, der er beskrevet i litteraturgennemgangen og bruges i diskussionsafsnittet synes velegnede, idet de både underbygger og

perspektiverer projektets fund på en konstruktiv måde (Olsen 2002). Den sygeplejefaglige ramme bidrager til at holde fokus på sygeplejen i projektet, og Benner og Wrubels teori stemmer fint overens med det fænomenologiske perspektiv jeg har ønsket at holde på problemstillingen, da de tager udgangspunkt i et fænomenologisk syn på mennesket og sygeplejen (Benner & Wrubel 2001).

8. Konklusion

Formålet med dette projekt var at beskrive hvilken betydning patienter tillægger den sygeplejefaglige ernæringsindsats i rehabiliteringsforløbet efter hoftenær fraktur. Det fremgår af interviewene, at det opleves som betydningsfuldt at have viden om ernæring og ikke at tabe sig, at madens smag er vigtig samt at patienterne mener, det er vigtigt at tage ansvar for ernæringsindsatsen.

Informanterne oplever, at der ikke bliver talt om ernæring under indlæggelsen, og det medfører, at de ikke har viden om hensigtsmæssig kost i forhold til rehabilitering. Betydningen af information om ernæring fremstår som centralt – bl.a. oplever informanterne det som vigtigt at have viden om hensigtsmæssig ernæring, da det vil påvirke, hvad de vil spise, og da de har et ønske om at tage ansvar for at indtage en hensigtsmæssig kost efter udskrivelsen. Informanterne giver udtryk for, at de kan mestre ernæringsproblematikker efter udskrivelsen gennem viden om ernæring.

Informanterne har lagt mærke til, at de ikke spiser så meget under indlæggelsen, som de plejer. De beskriver nedsat appetit på grund af hoftebruddet og hospitalsmiljøet. De har begge tabt sig som følge af den nedsatte appetit. De fremhæver, at det har betydning for dem, at de har tabt sig, da de har mærker forskel på deres kroppe. Både den påvirkning hoftebruddet har haft på kroppen og hospitalsmiljøet har betydning for ernæringsindtaget, og hvordan informanterne mestrer den nedsatte appetit og vægttabet.

Måltiderne har stor betydning for informanterne, både når det handler om smag, temperatur, kvalitet, mængde og miljøet omkring måltiderne. Madens smag fremstod som vigtigst. Begge informanter fremhævede, at de efter udskrivelsen ville vælge mad som smager godt. Informanterne oplevede, at maden under indlæggelsen var ”kedelig”. De fortæller, at de ved, at de skal spise ”sundt” og har planer om at gøre det efter udskrivelsen. Men de har en uklar opfattelse af, hvad sund mad er.

Informanterne mener, at de selv har et ansvar for hensigtsmæssig ernæringsindtag efter udskrivelsen. De gør sig overvejelser om, hvad der er godt for dem at spise. De mener, at de har ansvar for at passe på sig selv, også når det gælder ernæring. Dette ansvar vil de hovedsageligt tage gennem indkøb af madvarer, der er hensigtsmæssige for netop dem. Under indlæggelsen mener de dog, at størstedelen af ansvaret for ernæringsindsatsen ligger hos plejepersonalet. Informanterne har en forventning om, at plejepersonalet har viden om og giver dem viden om den kost og ernæring, som de har brug for efter hoftenær fraktur.

9. Perspektivering

Resultaterne viser, at den sygeplejefaglige ernæringsindsats har betydning for patienterne på flere måder. Undersøgelsen påpeger betydningen af at få viden om ernæringens rolle for rehabilitering, for patienterne. At forske videre indenfor samme felt med en større, bredere og mere nuanceret sampling af informanter kan give en mere nuanceret indsigt i patienternes oplevelser. Andre typer af design, f.eks. fokusgruppeinterview, kan medvirke til at få et andet perspektiv på informanternes oplevelser, tanker og ønsker vedrørende ernæringsindsatsen. Ved et fokusgruppeinterview kunne der komme flere synspunkter frem, ved at deltagerne inspirerer hinanden til at fortælle og overveje ernæringsindsatsen. Det vil også perspektivere problemstillingen yderligere at undersøge sygeplejerskernes perspektiv på ernæringsindsatsen. Det vil medvirke til synliggørelse af, hvilken rolle sygeplejerskerne med fordel kan have i ernæringsindsatsen i fremtiden. Dette projekt kan ikke i sig

selv pege på implikationer for praksis, men den har medvirket til at afdække et behov for yderligere undersøgelser. Projektet har givet et indblik i de betydninger, patienterne lægger i den sygeplejefaglige ernæringsindsats. Dette indblik kan med fordel – på trods af et behov for mere forskning i området – medtænkes i sygeplejen fremover. Denne undersøgelse med to informanter er næppe repræsentativ for den generelle gruppe af rehabiliteringspatienter efter hoftebrud, fordi informanterne fremstår som ressourcestærke og ansvarsbevidste. Alligevel giver den et billede af netop denne gruppe patienter, som anstrenger sig for at få hverdagen til at give mening og fungere.

Konkret vil jeg, på baggrund af dette projekt, udarbejde en præsentation for plejepersonalet i sengeafsnittet, som skal præsenteres ved et personalemøde. Forhåbentlig kan dette bidrage til en debat i plejegruppen om den sygeplejefaglige ernæringsindsats. Resultaterne fra projektet vil også blive inddraget i introduktionen til nyansat personale. Herefter vil jeg, i samarbejde med afdelingssygeplejersken og afdelingens ressourcepersoner i ernæring, lave et større projekt om den sygeplejefaglige ernæringsindsats, baseret på dette projekt.

10. Referenceliste

Benner P. & Wrubel J. (2001) *Omsorgens betydning i sygepleje – Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. Munksgaard Danmark, København. Side 14-210, 396-439.

Birkler J. (2005) *Videnskabsteori. En grundbog*. Munksgaard Danmark, København. Side 95-102.

Bülow P. (2008) *Administrativ vejledning: Vejledning for tilsynsgående læge*. BBH-net. (Citeret 20.03.2008)

Carlsson P., Tidermark J., Ponzer S., Söderqvist A., Cederhold T. (2005) Food habits and appetite of elderly women at the time of femoral neck fracture and after nutritional and anabolic support. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*. **18**: 117-120

Christensen, Dyhr L., Schmidt L. (2003) Interviewet som forskningsmetode. In: *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab* (Lunde I.M. og Ramhøj P. red.) Akademisk Forlag, København. 1. udgave, 3. oplag.

Egerod I, Rud K. (2006) *Sygepleje ved hoftefraktur: Klinisk vejledning*. Enheden for perioperativ sygepleje.

Fridlund B. & Hildingh C. (2000) *Health and qualitative analysis methods*. In: *Qualitative research methods in the service of health*. Fridlund B. & Hildingh C. (red.) Studentlitteratur, Lund.

Glindvad J, Ravn AW. (2004) *Ernæring og sygepleje*. Munksgaard, København. Side 142-147, 199-212

Grum M (2005a) *Beskrivelse af sygeplejefaglig indsats i patientforløb for patienter, der har gennemgået operation for hoftenær fraktur*. Klink H, Bispebjerg Hospital. Ikke publiceret materiale.

Grum M (2005b) *Patientorienteret arbejdsgang: Tværfaglig opgave- og ansvarsfordeling for ernæringsområdet*. Klink H, Bispebjerg Hospital. Ikke publiceret materiale.

Hall E.O.C. (1999) *Fra afdeling til afdeling. En fænomenologisk undersøgelse af indholdet i sygeplejen ved et lille barns overflytning til eller fra intensiv afdeling*. Ph.D-afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige fakultet, Aarhus Universitet. S. 27-42.

Hall E.O.C. (2000) *Phenomenological methodologies in the service of health*. In: *Qualitative research methods in the service of health*. Fridlund B. & Hildingh C. (red.) Studentlitteratur Lund.

Hallström I, Elander G, Rooke L (2000) Pain and nutrition as experienced by patients with hip fracture. *Journal of Clinical Nursing*. **9**: 639-646

H:S (2003) *Tværgående instruks: Ernæringscreening af voksne og brug af Ernæringskema*. BBH I-net. (Citeret 21.05.2007)

Kondrup J, Johansen N, Plum L.M, Bak L, Højlund Larsen I, Martinsen A, Andresen J.R, Bærnthsén H, Bunch E, Lausen N (2002) Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nutrition*. **21** 461-468

Kvale S. (1997) *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzlers forlag. København. Kapitel 1-9, 11.

Lassen KO., Kruse F., Bjerrum M. (2005) Nutritional care of Danish medical inpatients – patients' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Science*. **19**: 259-267

Lübcke P (1982) Husserl: Filosofi som streng videnskab. In: *Vor tids filosofi. Engagement og forståelse*. Brikner K, Grøn A, Juhl F, Lübcke P, Matthiesen S, Sandøe P, Widell P (red) pp 35-68. Politikens Forlag, København.

MarselisborgCentret (2004) *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Side 1-22

Olsen H. (2002) *Kvalitative kvaler – Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. Akademisk Forlag A/S. Kapitel 8.

Pedersen P.U. (2004) *Humanernæring i praksis – i et folkesundhedsperspektiv*. Forlaget Samfundslitteratur. Side 11-33, 164-180

Pedersen PU. (2005) Nutritional care: the effectiveness of actively involving older patients. *Journal of Clinical Nursing*. **14**: 247-255

Pedersen P. U. (2000) *Stimulation til øget kostindtagelse – effekten af at medinddrage patienter over 65 år i egen kostforplejning*. PhD-afhandling, Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

Pedersen P.U., Cameron U. (1999) Ældre ortopædkirurgiske patienters viden om kost, ønsker til måltidsrutiner og aktiviteter, der øger kostindtagelsen under sygehusindlæggelse. *Vård i Norden*. **19**: 23-28

Pedersen P.U., Brandt C.E. (2008) Ernæring. In: *2. udkast til revideret referenceprogram om hoftebrud*. Red. Munch Jensen C. et al. Under revision http://ortopaedi.dk/Refereneceprogram_samlet_2._udg.doc Side 83-90.

Polit DF., Beck CT. (2006) *Essentials of Nursing Research. Methods, appraisal and utilization*. 6. udgave. Kap. 5, 10 og 16. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Price RJG., McMurdo MET., Anderson A. S. (2006) A personal snack-based intervention for hip fracture patients: development feasibility and acceptability. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*. **19**: 139-145

Sahlsten MJM, Larsson IE, Plos KAE, Lindencrona CSC. (2005) Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*. **19**: 223-229

Sainio C, Eriksson E, Lauri S (2001) Patient participation in decision making about care: the cancer patients point of view. *Cancer Nursing*. **24**: 172-179

SSN Sygeplejerskers Samarbejde i Norden (2003) *Etiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden*. Dansk version. Dansk Sygeplejeråd, 4. revision. S. 5-8.

SST Sundhedsstyrelsen (2005) *Medicinske patienters ernæringspleje: En medicinsk teknologivurdering*.
Side 8-12

SST Sundhedsstyrelsen (2003) *Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko: Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister*.

Sydner Y.M., Fjellström C. (2005) Food provisions and the meal situation in elderl care – outcomes in different social contexts. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*. **18** (1): 45-52

Van Manen M. (1990) *Researching lived experience*. State University of New York Press, New York.

11. Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Søgestrategi

Bilag 2: Informationsbrev til informanter samt samtykkeerklæring

Bilag 3: Interviewguide

Søgestrategi

Database	Søgeord	Hits	Limits
PubMed	#1: hip fracture (MESH) OR femoral neck fracture (MESH)	110	-Only items with abstracts. -Articles in English. -Published in the last 10 years. -Humans. -Nursing journals. -Aged 65+ years.
	#2: nutrition therapy (MESH)	433	
	#3: patient-nurse participation	2	
	#4: patient experience	3255	
	#5: #1 AND #2	34	
	#6: #1 AND #3	0	
	#7: #1 AND #4	5	
	#8: #2 AND #4	80	
	#9: #1 AND #8	0	
	#10: patient-nurse interaction	4275	
	#11: #1 AND #10	0	
	#12: #2 AND #10	604	
	#13: #4 AND #10	291	
	#14: #2 AND #13	13	
CINAHL	S1: (MM hip fracture)	1127	-Published 1997-2007 -Abstract available. -Peer Reviewed -Language: English -Age groups: 65+ years
	S2: (MM hip fracture) AND nutritional therapy (MH nutrition management, MH food intake)	19	
	S3: (MM hip fracture) AND rehabilitation	305	
	S4: (MM hip fracture) AND nutritional therapy AND rehabilitation	5	

Kære Patient.

Forespørgsel om deltagelse i en undersøgelse.

Jeg er sygeplejerske og studerer sygeplejevidenskab på Århus Universitet. I den forbindelse vil jeg gerne undersøge, hvordan patienter oplever sygeplejen i forbindelse med kost og ernæring.

I undersøgelsen ønsker jeg at beskrive hvilken betydning den sygepleje der er i forbindelse med kosten, har for patienterne. Jeg vil derfor spørge om du gennem et interview vil bidrage med dine oplevelser og erfaringer. Interviewet vil vare i ca. halvanden time og finde sted dagen før din udskrivelse, i et lokale på Bispebjerg Hospital.

Erfaringerne fra interviewet skal bruges i min Masterafhandling, til at øge viden om hvilken betydning patienterne tillægger sygepleje i forbindelse med kost og ernæring. Alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt. Offentliggørelsen af undersøgelsen vil ske i anonym form, således at den enkelte besvarelse ikke kan opspores. Der kan dog forekomme citater i Masterafhandlingen, som du eventuelt vil kunne genkende. Projektet er registreret hos Datatilsynet og Videnskabsetisk Komité i Region Hovedstaden har givet tilsagn til at projektet må gennemføres

Det er frivilligt at deltage i undersøgelsen og du kan når som helst trække dig ud af den. Hvis du indvilliger i at deltage, bedes du venligst udfylde nedenstående samtykkeerklæring og videregive den til sygeplejerske med klinisk specialistfunktion Ane Ludvigsen, hvorefter jeg vil kontakte dig.

Venlig hilsen og på forhånd tak.

Karin Vallgren Seyfarth
Sygeplejerske, stud. MKS.
sygeplejeforskning

Forskningsansvarlig:
Forskningsleder for

Susan Rydahl Hansen
Opgang 20D, 1. sal
Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV
Tlf: 3531 2335

Hvis du vil deltage i undersøgelsen, bedes du skrive under nedenfor.

Jeg bekræfter hermed, at jeg har fået skriftlig og mundtlig information om undersøgelsen vedrørende patientens oplevelser af sygeplejen i forbindelse med kost og ernæring. Jer indvilliger i at deltage i undersøgelsen, og i et interview med Karin Vallgren Seyfarth. Jeg er informeret om at undersøgelsen er frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn tilbage.

.....
Dato

.....
Underskrift

Forskningsansvarlig: Forskningsleder Susan Rydahl Hansen, Afdeling for sygeplejeforskning, Bispebjerg Hospital.

Interviewguide

Indledning med personlig præsentation efterfulgt af uddybning af formål med undersøgelsen samt interviewet herunder praktiske oplysninger:

Hvem jeg er og lidt om mit studie:

Sygeplejerske, arbejder til dagligt som kliniske oversygeplejerske og med at vejlede studerende. Er ikke sygeplejerske i sengeafsnittet.

Læser på Århus universitet, en masteruddannelse i klinisk sygepleje. I forbindelse med studiet skal vi lave et projekt, og det er hvad dette interview handler om.

Uddybning af hvad jeg vil få ud af projektet:

Jeg er interesseret i hvordan du oplever det det bliver sagt og gjort, og hvilken betydning det har for dig.

Jeg vil optage det vi taler om på bånd, og det er kun mig der vil lytte til båndet bagefter. Jeg vil opbevare det hvor ikke nogen kan komme til det. Hvis der er noget du ikke vil have med på båndet siger du bare til, så slukker jeg for båndoptageren. (Efter projektet er slut, vil båndene opbevares i 5 år for at herefter blive smidt ud.)

Det kan være at jeg skriver noget ned undervejs, det er for min egen hukommelses skyld, hvis det er noget jeg vil spørge mere ind til.

Jeg tror at det hele kommer til at tage ca. 1 time.

Har du læst den skriftlige information du fik udleveret? Projektet er godkendt af Datatilsynet og videnskabsetisk komité har givet tilsagn til at undersøgelsen må gennemføres.

Ifølge loven, skal du give et skriftligt samtykke til at deltage. Har du udfyldt det som blev udleveret sammen med den skriftlige information?

Før vi går i gang; har du nogle spørgsmål?

Interviewguide

Båndoptages tændes

Tak for at du vil deltage i dette interview.

Jeg vil starte med at bede dig beskrive for mig hvad maden, og ernæring, betyder for dig under genoptræningen efter din hofteoperation?

- Kan du beskrive lidt mere om det?
- Hvad betyder det for dig?

Jeg vil gerne bede dig beskrive hvad du har oplevet at personalet har talt med dig om, vedrørende madens betydning for genoptræningen?

- Hvad har du og personalet talt om vedrørende madens betydning for genoptræningen efter din hofteoperation?
- Kan du beskrive det lidt mere?
- Hvad betyder det for dig, at...?
- Hvilken betydning har det for dig?
- Hvad indebærer det for dig, at...?
- Kan du sige lidt mere om det?

Jeg vil gerne bede dig beskrive hvad du har oplevet at personalet har gjort i forhold til kost/ernæring og din genoptræning?

- Hvad betød det for dig, at...?
- Kan du beskrive lidt mere om det?
- Hvilken betydning har det for dig, det personalet har gjort for dig her inde?

Du skal hjem i morgen. Hvilken betydning vil det I har talt om vedrørende ernæringens betydning få, når du kommer hjem?

Afsluttende:

Er der andet du selv har lyst at fortælle her til sidst?

Hvordan har det været for dig at medvirke i dette interview?

Tak for hjælpen endnu en gang!

Båndoptager slukkes