



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1033

Antall ord: 7549

Brukermedvirkning i postoperativ sykepleie til hoftebruddpasienter

«Betydningen av preoperativ informasjon for brukermedvirkning i postoperativ smertebehandling hos pasienter med hoftebrudd».



Nurse. [Photograph]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.
http://quest.eb.com/search/181_770667/1/181_770667/cite

**Bachelorutdanning i sykepleie,
Avdeling for Helsefag Haugesund,**

Februar 2016

Kull 2013

Antall ord: 7549

Sammendrag

Bakgrunn: Rundt 1-1,5 % av alle eldre som faller, kommer ut for hoftebrudd (Helbostad, 2008). Cirka 9000 pasienter blir innlagt med hoftebrudd hvert år, og utgjør den største pasientgruppen når det kommer til akutte innleggelser i Norge (Østensvik, 2013, s. 732). Det er erfart at hoftebruddpasienter har forskjellige behov knyttet til den preoperative informasjonen.

Hensikt: Oppgavens formål er å forsøke å belyse hoftebruddpasienters medvirkning i postoperativ behandling. Dette, for å forsøke å se på involveringen til pasientene i smertelindringsprosessen i håp om å ivareta individuelle behov for informasjon og medvirkning.

Problemstilling: ”Betydningen av preoperativ informasjon for brukermedvirkning i postoperativ smertebehandling hos pasienter med hoftebrudd”.

Metode: Oppgaven er bygget opp som litteraturstudie. Det er blitt inkludert fire forskningsartikler som er med på å belyse problemstillingen. Annen litteratur er hentet fra fagbøker.

Oppsummering/Funn: Pasienter har ulike ønsker når det kommer til informasjon og medvirkning. Når det handler om å få pasienter til å medvirke i smertebehandlingen etter en operasjon vil det avhenge av god informasjon gitt av både sykepleiere, anestesipersonell og kirurger. Brukermedvirkning og empowerment kan ses i sammenheng som at de begge handler om maktoverføring. Sykepleiere har makt i form av kunnskaper og fagbakgrunn, og de kan med dette overføre makt til pasientene ved å øke deres kunnskaper.

Abstract

Background: Around 1-1.5% of the elderly who falls, gets hipfracture (Helbostad, 2008). Approximately 9,000 patients are admitted with hip fracture each year and constitute the largest group of patients when it comes to acute admissons in Norway (Østensvik, 2013, p. 732). It is experienced that hip fracture patients have different needs related to preoperative information.

Purpose: The thesis purpose is to try to shed light on hip fracture patients' participation in post-operative treatment. This, in an attempt to look at the involvement of patients in pain management process in hopes of safeguarding individual needs for information and participation.

Reaserch question: "The importance of preoperative information for user interaction in postoperative pain management in patients with hip fractures".

Method: The thesis is structured as literature. It has been including four research papers that help to highlight the issue. Other literature is taken from textbooks.

Summary / Findings: Patients have different preferences when it comes to information and participation. When getting patients to participate in pain management after surgery this will depend on good information given by nurses, anesthesia and surgeons. User participation and empowerment can be seen in the context that they both is about transfer power. Nurses have the power in terms of skills and backgrounds, and they can with this transfer power to the patients by increasing their knowledge.

1.0	Innledning	7
1.1	Hensikt med oppgaven.....	7
1.2	Problemstilling.....	7
1.3	Avgrensning og presisering av problemstilling	7
1.2	Begrepsavklaring	8
2.0	Teori	9
2.1	Joyce Travelbees sykepleieteoretisk perspektiv	9
2.1.1	<i>Travelbees perspektiv på sykepleie, sykdom og skade</i>	9
2.1.2	<i>Sykepleieprosessen og smerte</i>	9
2.2	Hoftebrudd.....	9
2.3	Preoperativ informasjon	10
2.3.1	<i>Pasientens behov for informasjon</i>	11
2.3.2	<i>En sykepleiers kommunikasjonsetik</i>	11
2.4	Postoperative smerter.....	11
2.4.1	<i>Definisjon av smerte og postoperativ smerte</i>	11
2.4.2	<i>Medikamentell og ikke medikamentell smertebehandling</i>	11
2.4.3	<i>En sykepleiers observasjoner av smerter</i>	12
2.4.4	<i>Sykepleieprosessen i smertebehandling</i>	12
2.5	Brukermedvirkning	15
2.5.1	<i>Empowerment</i>	16
3.0	Metode.....	17
3.1	Hva er en metode?	17
3.2	Litteraturstudie som metode	17
3.3	Valg av litteratur og litteratursøk.....	17
3.4	Kildekritikk	19
3.5	Etiske overveielser	19
4.0	Resultater	20
4.1	Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi.	20
4.2	Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia- reported by nurses.	20
4.3	Patients with hip fracture: Experiences of participation in care.	21
4.4	A systematic review of qualitative studies: Patients` experiences of preoperative communication.	21
4.5	Hovedfunn i resultatene	21
5.0	Drøfting	23
5.1	Preoperativ informasjon	23
5.2	En sykepleiers samarbeid med fysioterapeut i smertelindring	25

5.3 Kartlegging av smerter.....	26
5.3.1 Sykepleieprosessen i smertebehandling	27
5.4 Brukermedvirkning	28
5.4.1 Maktoverføring	29
6.0 Avslutning	30
7.0 Litteraturliste	31

1.0 Innledning

Rundt 1-1,5 % av alle eldre som faller, kommer ut for hoftebrudd (Helbostad, 2008). Omlag 9000 pasienter blir innlagt med hoftebrudd hvert år, og utgjør den største pasientgruppen når det kommer til akutte innleggelse i Norge (Østensvik, 2013, s. 732). Gjennomsnittsalderen for hoftebruddpasienter var i år 2014, 77 år for menn og 82 år for kvinner (Magnus, u.å)

Bakgrunn for valg av tema blir relatert til både arbeidserfaring og praksiserfaring. Arbeidserfaringen knyttes til hoftebruddpasienter og det er blitt erfart at pasienter har forskjellige behov tilknyttet informasjon. Når hoftebruddpasientene ligger i påvente av operasjon, har noen pasienter behov for informasjon knyttet til selve inngrepet, anestesiformen som skal benyttes og hvordan tiden blir i etterkant av operasjonen. Andre pasienter har ikke gitt inntrykk for at de har ønsket informasjon, og de har heller ikke etterspurt informasjonen. Mine opplevelser knyttet til medvirkning kommer av at det er forskjell på hvordan pasientene medvirker i smerterapportering og i mobilisering.

1.1 Hensikt med oppgaven

Oppgavens formål er å forsøke å belyse hoftebruddpasienters medvirkning i postoperativ behandling der en vektlegger preoperativ informasjon, kartlegging og brukermidvirkning i prosessen. Mobilisering av pasienter, smerteskalaer, spørreskjemaer, veiledning og undervisning av personale, empowerment og makt og avmakt vil bli sentrale elementer for oppgaven. Dette, for å forsøke å se på involveringen til pasientene i smertelindringsprosessen i håp om å ivareta individuelle behov for informasjon og medvirkning.

1.2 Problemstilling

”Betydningen av preoperativ informasjon for brukermidvirkning i postoperativ smertebehandling hos pasienter med hoftebrudd”.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Bruken av begrepet «hoftebrudd» blir brukt som en samlebetegnelse på ulike typer hoftebrudd (Østensvik, 2013), og oppgaven vil derfor ikke fokusere på de ulike typene brudd i smerterapporteringen. Omfanget på oppgaven vil utelukke pasientenes bi-sykdommer når det kommer til deres subjektive opplevelse av smerte og generelt i brukermidvirkningen.

Oppgaven vil omhandle pasienter uavhengig av pårørende i brukermidvirkningen. Kroniske

smerter og behandlingsmetoder for hoftebrudd, vil heller ikke bli omtalt. En av studiene omhandler pasienter med artrose og min oppgave fokuserer i hovedsak på hoftebrudd. Det postoperative forløpet ved artrose og hoftebrudd oppfattes såpass likt at studiens innhold blir relevant for min oppgave.

1.2 Begrepsavklaring

Den preoperative perioden er «tiden som går fra det blir tatt en endelig beslutning om å utføre et bestemt kirurgisk inngrep, til pasienten blir operert» (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy og Grønseth, 2010A, s 273).

Den postoperative perioden «starter når operasjonen er avsluttet og pasienten er flyttet over i seng» (Berntzen, Almås og Bruun, 2010A, s. 307).

2.0 Teori

2.1 Joyce Travelbees sykepleieteoretisk perspektiv

For å belyse denne oppgavens problemstilling, vil det bli tatt utgangspunkt i Travelbees sykepleieteoretisk perspektiv. Dette omhandler den profesjonelle sykepleier, sykdom og skade, smerte og sykepleieprosessen.

2.1.1 Travelbees perspektiv på sykepleie, sykdom og skade

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess. For at et individ skal kunne finne mening i sine erfaringer knyttet til sykdom og lidelse, skal en sykepleier bistå individet i denne prosessen. (Travelbee, 2001, s.29). Hvordan den syke oppfatter sin sykdom er viktigere enn helsearbeidernes kategoriseringssystem. Individets oppfattelse av sykdom kan ikke vites i forkant av helsearbeideren. For å få fram meningen som den syke legger i tilstanden, må helsearbeideren gå nærmere inn på dette sammen med vedkommende (Travelbee, 2001, s. 87).

2.1.2 Sykepleieprosessen og smerte

Sykepleieprosessen omhandler «alt som en sykepleier gjør for og sammen med individet» (Travelbee, 2001, s. 33). Smerte lar seg ikke observere, man kan bare registrere virkningen av den. Når individet blir rammet av full styrke, vil det være vanskelig å forklare smerte til andre på en slik måte at de får fullstendig innsikt i erfaringen. Helsearbeidere kan ha antagelser om styrken på smerten til en person, men de kan ikke være helt sikre på at vurderingen av intensiteten i smerten til individet er riktig (Travelbee, 2001, s. 112).

2.2 Hoftebrudd

Hoftebrudd kan forstås som:

En samlebetegnelse for *proximale femurfracturer* - dette vil si brudd tilknyttet til øvre del av lårbeinet (femur). Bruddene som tilhører gruppen av hoftebrudd er: lårhalsbrudd (*fractura colli femoris*), petrokantære femurfrakturer (gjennom trokanterregionen) og subtrokantære femurfrakturer (under trokanterregionen)

(Østensvik, 2013, s.731)

2.3 Preoperativ informasjon

Berntzen, et.al (2010A, s. 283) formidler at informasjon og undervisning er sentralt i den preoperative fasen. Det er sykepleiere, anestesipersonell og kirurger som formidler informasjon og undervisning til pasienten(e). Når man skal formidle informasjon skal den være så detaljert som mulig. Man skal være forsiktig med å gi for mye informasjon som fører til at pasienten(e) ikke har mulighet å forholde seg til, eller kan klare å minnes den (Eide og Eide, 2011).

Pasientens rett til informasjon er forankret i loven om pasient og brukerrettigheter §3-2:

Pasient skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje (...) Brukere skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

(Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Informasjonen som blir gitt bidrar til flere ting. Pasienten(e) får mulighet til å bli kjent med helsepersonellet samtidig som de blir kjent med omgivelsene i sykehuset. Det kan også virke positivt på stress, noe som fører til at pasienten(e) opplever en viss kontroll og oversikt over situasjonen. Pasientenes frykt og engstelse kan begrenses, samtidig som det kan føre til at behovet for beroligende og kvalmestillende medikamenter reduseres. Informasjonen kan også bidra til at pasientens opplevelse av smerte og ubehag reduseres, slik at pasientene blir raskt mobile, noe som resulterer i at sykehusoppholdet blir kortere (Berntzen, et.al, 2010A, s. 283).

I den preoperative fasen skal det også informeres om postoperativ smertelindring. Hvilken informasjon som gis, vil avhenge av type inngrep og anestesiform som skal brukes. Når pasienten(e) har fått relevant informasjon om smertelindringen i den postoperative perioden, vil dette føre til at han/hun kan formidle smertene sine til helsepersonellet på en enkel måte. Man forventer at pasienten skal kunne forholde seg til smerteskala, og at han/hun meddeler om det er behov for smertestillende. På denne måten blir pasienten en samarbeidspartner i behandlingen (Berntzen, et.al, 2010A, s. 285).

2.3.1 Pasientens behov for informasjon

Når man gir informasjon er det mange faktorer som er relevante. Noen pasienter ønsker å bli betraktet som en ekspert, noe som påvirker måten det blir informert på. Andre pasienter kan betrakte bevisst eller ubevisst informasjonen som at det gir dem makt. Informasjon kan også gjøre pasienter usikre i form av at man informerer om alt, uavhengig om pasienten har behov for informasjonen på nåværende tidspunkt. Før man informerer pasientene må man finne ut hva han/hun trenger av informasjon og kunnskap. I dialog kan man hente inn informasjon, samtidig som man planlegger og identifiserer mål. Når man skal informere en pasient, må dette gjøres på en god måte, som vil si gjennom dialog og samhandling (Eide og Eide, 2011, s. 292).

2.3.2 En sykepleiers kommunikasjonsetikk

Kommunikasjonsetikk kan forstås gjennom Eide og Eide (2011, s. 100) som hvordan man skal kommunisere. Det omhandler også den profesjonelles identitet og verdiene som representeres. Etikk handler om holdninger og verdier. Omsorg, respekt, fagkunnskap og kvalitet er viktige verdier for en sykepleier. Etisk kommunikasjon viser til om man presenterer disse verdiene i praksis.

2.4 Postoperative smerter

2.4.1 Definisjon av smerte og postoperativ smerte

Rustøen (2007, s.127) definerer smerte som: «smerte er det som den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det» .

Postoperative smerter kan defineres som «en akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi» (Holm og Kummeneje, 2009, s. 68).

2.4.2 Medikamentell og ikke medikamentell smertebehandling

En sykepleier skal ha kunnskap om både medikamentell og ikke-medikamentell behandling, der de skal vite hva som fungerer og hvorfor (Rustøen, 2007).

Medikamentell smertebehandling av akutte smerter inneholder analgetika som blir delt inn i tre hovedgrupper. De er «ikke – opioide analgetika (Paracetamol, NSAID-preparater),

Opioider (Morfin og Kodein) og andre legemidler der Tramadol, Metadon, Buprenorfin og Petidin er fremtredende» (Slørdal og Rygestad, 2013, s. 342-349).

Ikke-medikamentell smertebehandling kan, ifølge Rustøen (2007, s.134-135), være «musikkterapi, berøring, avspenning og avledning, akupunktur eller transkutan nervestimulering (TENS)».

2.4.3 En sykepleiers observasjoner av smerter

Innenfor smerte har en sykepleier i den postoperative perioden mange observasjoner som skal vurderes. Det innebærer å vurdere smerten nøye, både i oppvåkingsfasen og i det videre forløpet. De skal i tillegg observere smertens «lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon, hva som lindrer eller forverrer pasientens opplevelse av smerte, og effekten av legemiddelbehandlingen» (Berntzen, Danielsen og Almås 2010B s. 313).

En sykepleier skal også observere smerter både i hvile og ved aktivitet hos pasienter som er operert for hoftebrudd. Tidlig mobilisering er viktig for å forebygge de ulike komplikasjonene som kan oppstå i etterkant av operasjon. Komplikasjonene kan være: dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli, infeksjon i urinveier, sår og lunger og akutt forvirring (delirium). I den postoperative perioden vil fysioterapeuten og sykepleieren samarbeide om mobilisering. Samarbeidet vil gå ut på at sykepleieren sørger for smertelindring. I smertelindringen kan det oppstå kommunikasjonsutfordringer i den grad at pasienten vegrer seg for å spørre om smertestillende medikamenter, samtidig som sykepleieren vil forvente at de ber om det. Fysioterapeuten vil i hovedsak bistå hoftebruddpasienter ved tilpasning av ganghjelpemidler og øvelser i seng. Man skal sørge for å utnytte de mulighetene som pasienten(e) kan få trening ut av. Begrensninger i pasientens aktivitet kan komme av at de kun opplever å være smertefri i hvile (Østensvik, 2013). Sykepleieren skal også observere gjennombruddssmerter hos pasienter med hoftebrudd, og dette kan forstås gjennom Werner (2010, s. 191) sin litteratur som «en episodisk økning i intensitet av smerte, noe som er vanlig ved akutt smerte».

2.4.4 Sykepleieprosessen i smertebehandling

Rustøen (2007, s. 129) formidler at en sykepleier benytter seg av sykepleieprosessen i sitt arbeid. Sykepleieprosessen kan defineres som: «en planleggingsmetode for å gi god og individualisert sykepleie» (Rustøen, 2007, s.129). Før jeg går dypere inn i fasene i sykepleieprosessen, vil de bli presentert som følgende:

- Datasamling og identifisering av problemet
- Målsetting
- Tiltak og intervensjon
- Evaluering

(Rustøen, 2007, s.129-140)

I datasamlingen samles det inn data om pasienten det gjelder. Det er særdeles viktig å samle inn data på en nøyaktig måte. Man benytter spørreskjemaer som allerede er ferdig utviklet, datasamlingsguide eller skala. For at dataen en samler inn skal være pålitelige og holdbare, bør en sykepleier bruke gyldige kartleggingsinstrumenter i datasamlingsfasen (Rustøen, 2007, s. 129).

Når det kommer til kartlegging av smerte er det en del ulike kartleggingsverktøy en sykepleier kan benytte seg av (Rustøen, 2007, s. 129-130). De ulike kartleggingsverktøyene blir presentert punktvis nedover slik at leseren får en god oversikt:

- VAS (visuell analog skala) benyttes i kartlegging av smerte. Pasienten blir da bedt om å sette ett kryss på en 10 centimeter lang linje, der 0 gir uttrykk for «ingen smerte» og 100 gir uttrykk for «verst tenkelig smerte».
- En kan også anvende NRS (numerisk rangerings skala), der en beregner smerten på en nummerskala fra 0 til 10, der 0 viser til «ingen smerte» og 10 viser til «verst tenkelig smerte».
- Ansiktskala kan en bruke når en skal kartlegge smerte hos barn eller voksne som har kognitiv svikt. Skalaen består av forskjellige ansikter med ulike uttrykk, og pasienten blir bedt om å anslå smerten ved å peke på det ansiktet pasienten mener presenterer situasjonen best.
- Kroppskart blir brukt for å kunne kartlegge type og utbredelse av pasientens smerte. Pasienten skal bruke dette til å markere plasseringen av hvor de har sterkest smerte. Den kan bli benyttet som en oppfølging av pasientens påbegynte smertebehandling slik at en får en oversikt over pasientens smerteutbredelse. Anvendelse av kroppskart kan være betydningsfull for at pasienten selv skal få avdekke og uttrykke sine smerter, noe som igjen kan føre til at pasienten oppfatter sine smerter bedre.

(Rustøen, 2007s.130-131).

Det finnes et annet vurderingsskjema for smerte som heter *McGill Pain Questionnaire / Smerteskjema* (MPQ). Arendt- Nielsen og Mogen (2003, s.58) beskriver dette som at man deler smerteoppfattelsen i forskjellige klasser. De fire klassene er: sensorisk smerteopplevelse, affektiv smerteopplevelse, evaluerende ord og blandet. Disse klassene ble delt i totalt tyve underkategorier. Hver underklasse omfatter et antall ord som kan benyttes for å beskrive smerte. Det fremkommer i teorien til Berntzen et.al (2010B, s. 364) at denne type vurdering av smerte vil være umulig for en pasient å vurdere under de akutte smertene.

Når pasientene blir bedt om å anslå smertene med tall, vil de kunne oppleve det som vanskelig, da smerte er en subjektiv opplevelse. I forhold til at man skal anslå smerte, må man være bevisst på at det er en mangelfull beskrivelse av pasientens opplevelse av smerte. Dette kan kun bli brukt som en antydning på pasientens nåværende situasjon (Tønnesen, 2003).

I målsettingsfasen blir målet assosiert med et resultat som kan realiseres. Man kan skille mellom kortsiktige og langsiktige mål. For å kunne evaluere om tiltaket eller intervensjonen har vært god, avhenger det av målsettingen. På kort sikt kan det være et urealistisk mål i smertebehandlingen, å bli helt smertefri. Det fremkommer også som et langsiktig mål. Et mer realistisk mål kan være å takle smertene på en bedre måte eller at pasienten velger å prøve den smertestillende behandlingen som legen har anbefalt (Rustøen, 2007, s. 133-135).

Tiltak og intervensjon innebærer at man skal planlegge og gjennomføre behandling eller omsorg. Det kan dreie seg om enkelttiltak eller større intervensjoner. Et tiltak kan være at sykepleieren gir smertestillende medikamenter eller at de hjelper til med hygiene. At pasienten oppnår nye kunnskaper og ferdigheter kan komme av at sykepleieren veileder og underviser i smertebehandlingen (Rustøen, 2007, s. 135).

I sykepleieprosessen vil evalueringen av tiltaket eller intervensjonen være viktig. På denne måten ser man hvordan tiltakene som er blitt satt i gang, har hatt påvirkning på helsetilstanden til pasienten(e). Den kan også si noe om tilstanden til pasientene er forbedret, om den er stabilisert (uforandret) eller om den er blitt verre. Man må utføre evalueringen systematisk for at den skal være pålitelig og virkningsfull. En del tiltak blir ikke evaluert. Som følge av dette vil det oppstå situasjoner der man ikke vet «hva» som virker av det man gjør (Rustøen, 2007, s. 139).

2.5 Brukermedvirkning

Man kan dele brukermedvirkning i to ord. Betydningen av bruker er en person som «nyter, utnytter eller anvender». Medvirkning tyder på at en person skal «delta, bidra og hjelpe, der hensikten er at man skal ta del i noe og yte noe». Hensikten med å anvende «bruker» var for normalisering. Dette på grunnlag av at alle er brukere av offentlige tjenester en eller annen gang i livet (Humerfelt, 2005, s. 16).

Pasienter og brukeres medvirkning er nedfelt i loven under §3-1:

Ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester har pasient og bruker rett til å medvirke. De har også rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (...)

(Pasient og brukerrettighetsloven, 1999)

Helsetjenestene har som mål i framtiden at pasientene skal se på behandlerne som samarbeidspartnere. Med dette vil pasientene kunne utforme sine tjenestetilbud, gjennom medvirkning (Mekki og Holter, 2011, s. 34).

Jenssen (2012, s. 51) viser til at definisjonen av brukermedvirkning kan variere mellom arbeidsplassene. På individnivå omhandler brukermedvirkning de individuelle møtene hvor pasientene eller brukerne har mulighet til å påvirke de tilbudene han/hun har behov for. Informasjonen som blir gitt til pasientene eller brukerne må være ordentlig slik at de kan ha en forutsetning for å medvirke (Myhra, 2012). Når man benytter brukermedvirkning på systemnivå, kan man også kalle det for kollektiv brukermedvirkning og representerende medvirkning. På systemnivå viser det til at medvirkningen handler om systemet rundt de enkelte hjelperelasjonene, utformingen av hjelpeapparatet, rammebetingelser og om helse- og sosialpolitikk. Representerende medvirkning, antyder at det er personer som taler på vegne av brukergruppene, og er dermed en brukerrepresentant overfor hjelpeapparatet (Andreassen, 2005, s. 21).

Når man skal legge til rette for brukermedvirkning vil ansvaret ligge hos tjenesteapparatet og de profesjonelle. For å kunne skape et godt samarbeid mellom brukeren og de profesjonelle, skal man vise brukerne respekt og anerkjennelse (Myhra, 2012, s. 74-75).

Tveiten (2008) skriver i sin teori at brukermedvirkning omhandler informasjon og veiledning fra sykepleiere. Sykepleiere er eksperter i sitt felt, men pasientene er eksperter på seg selv. Kompetansen til både sykepleieren og pasienten skal anerkjennes og i samhandlingen skal dette kunne føre til at den felles forståelsen øker. Når det kommer til pasientenes meninger og syn, forståelsen deres og personlige opplevelser viser dette til at pasienten får medvirke.

2.5.1 Empowerment

Man kan forstå empowerment som at det inneholder ordet power. Dette kan bety «styrke, makt og kraft». Alle vil føle seg sterke og kraftfulle, og man vil ha innflytelse og makt og kontroll over våre liv (Askheim og Starrin, 2007, s. 13).

Rønning (2007, s.40) beskriver at empowerment er nær beslektet med brukermedvirkning. Han forklarer videre at empowerment dreier seg om maktoverføring. Makten skal overføres fra fagfolk og hjelpeinstanser til brukerne av tjenestene, og det er her man kan se likheten mellom brukermedvirkning og empowerment. Kjernen i både empowerment og brukermedvirkning er overføring av makt, og de har begge som mål at brukerens innflytelse skal styrkes når det kommer til å utforme sitt eget hjelpetilbud.

Myhra (2012, s. 112) beskriver at empowerment dreier seg om makt- og avmactsrelasjoner og om bevissthet rundt egen rolle. Tveiten (2008) viser til at den pedagogiske funksjonen til en sykepleier ved at de informerer, veileder og underviser er viktig når man skal utvikle pasientenes kompetanse og empowerment.

Makt kan ses på som at man har makt over noen andre, men også makt til å gjøre noe. Bruken av makt vil vise seg i hvordan man utfører handlinger på (Norvoll, 2013, s. 72). Tveiten (2008) viser til at en sykepleier har mer makt enn pasienten i kraft av sin fagbakgrunn. Norvoll (2013, s. 82) viser til at avmakt kan i syn av helsevesenet bli sett på som at pasientene er under en svakere maktposisjon på grunn av at de er underordnet de ansatte.

3.0 Metode

3.1 Hva er en metode?

Metode brukes når man gjennomfører undersøkelser eller forskningsprosjekt. Metoden blir vårt verktøy og redskapet er en måte å gå frem på for å finne svar på spørsmål, samtidig som man oppnår nye kunnskaper innenfor et valgt felt. Det handler også om hvordan man henter inn, organiserer og tolker informasjonen (Larsen, 2007, s.17).

3.2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie som metode impliserer at man skal søke systematisk. Litteraturen skal gjennomgås kritisk og man skal deretter sammenstille litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. En litteraturstudie baserer seg på studier som er gjennomført tidligere. Man skal fokusere på forskning som er aktuell på det feltet man har valgt ut og skal ta sikte på å finne ett grunnlag for klinisk praksis (Forsberg og Wengström, 2013, s.30). Metode i litteraturstudie blir også omtalt av Støren (2013, s. 37), som at man skal benytte seg av databaser som er relevante i søket etter vitenskapelige originalartikler.

I en litteraturstudie som metode har man begrenset tilgang til relevant forskning. Utvalget kan derfor være selektivt, der forfatteren tar utgangspunkt i undersøkelser som støtter deres synspunkt. I litteraturstudien kan også ulike eksperter innenfor samme området komme frem til helt ulike svar (Forsberg og Wengström, 2013, s. 26).

3.3 Valg av litteratur og litteratursøk

Da jeg skulle finne forskningslitteratur benyttet jeg meg av skolens helsefaglige databaser. Jeg har brukt CINALH og Svemed+ for å finne de fire studiene som blir fremstilt i resultatdelen.

Det ble brukt søkeord som:

- Postoperative pain
- Postoperative care
- Painrelief
- Pain management
- Hip fracture
- Hip Surgery
- Postoperativ smertelindring
- User participation

- Pasientens medvirkning
- Postoperativ smertebehandling
- Hoftekirurgi
- Brukermedvirkning
- Sykehus
- Preoperative
- Communication
- Patient

- I søket etter studien fra Sjøveian og Leegard (2015) søkte jeg i Svemed+ med søkeordene «postoperativ smertebehandling», noe som ga 45 treff. Da det ikke var så mange artikler som kom opp valgte jeg derfor å gå gjennom overskriftene for å se om det var noen som var relevante for problemstillingen min. Jeg kom over artikkelen «pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi». Den lå som nummer to på søkeresultatet. Jeg klikket meg inn på artikkelen og leste abstraktet som viste seg å være relevant for mitt valg av tema og problemstilling. Selv om det ikke fokuseres i hovedsak på hoftebrudd, vil jeg inkludere denne studien i mitt datagrunnlag. Hensikten med studien var å beskrive hvordan pasienter erfarer å medvirke i den postoperative smertebehandlingen ved hofte- og kneprotesekirurgi.
- I søket etter studien fra Rantala, Hartikainen, Kvis og Kankkunen (2014) søkte jeg i CINAHL med søkeordene «postoperative care», noe som ga 27, 609 treff. Deretter la jeg til søkeordet «pain management» og fikk 1,365 treff. Da jeg fikk så mange treff med dette søkeordet la jeg til søkeordet «hip fracture», som ga meg 31 treff. For å ytterligere begrense søket, trykket jeg på «full text», som ga 9 treff. Jeg tok også på årsbegrensning der studiene som var relevante, var fra 2011-2016, dette ga meg 3 treff. Studien var den første som kom opp i forhold til relevans av tema jeg søkte på. Da jeg gikk inn og leste abstraktet så jeg at denne kunne ha relevans til oppgaven og problemstillingen min, da jeg skal skrive om medvirkning i den postoperative smertebehandlingen til pasienter med hoftebrudd.
- I søket etter studien fra Malmgren, Tämvall og Jansson (2014) brukte jeg CINAHL sin database med søkeordene «hip fracture» AND «participation». Søket ga meg 66 treff og jeg la inn årsbegrensning på fem år og da fikk jeg opp 25 treff. Studien kom øverst

på siden og på grunn av at overskriften hadde relevans til oppgaven, gikk jeg inn for å lese abstraktet. Studien har relevans til oppgaven da den handler om deltakelse i behandlingen for hoftebrudd.

- I søket etter studien fra Chan, Kan, Lee, Chan & Lam (2012) benyttet jeg CINAHL. Jeg brukte søkeordene «Preoperative» AND «communication», noe som ga meg et resultat på 454 artikler. Deretter la jeg inn AND «patient», og jeg fikk da 361 treff. For å avgrense søket ytterligere krysset jeg av på «full text» noe som ga 99 treff. I tillegg avgrenset jeg søket med å trykke på publikasjonsår fra 2011-2016. Dette ga 48 treff. Blikket mitt vandret over den første siden og studien kom opp som nummer 4. Videre ble studien valgt ut i fra overskrift. Da jeg leste abstraktet så jeg at studien var relevant til oppgaven, da det er en systematisk review av hvordan erfaringene til pasientene er i forhold til preoperativ kommunikasjon.

3.4 Kildekritikk

Min forståelse for kildekritikk kan ses gjennom Dalland (2007, s.72) som at man skal «vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet». Når man skriver en oppgave skal hovedfokuset være å anvende primærkilder. Dette på grunnlag av at sekundærkildene allerede vil være omarbeidet og tolket av noen andre. I oppgaven har oppgaveforfatteren hovedsakelig benyttet primærkilder, men der det ikke har vært anledning er det blitt anvendt sekundærlitteratur.

3.5 Ethiske overveielser

I forbindelse med å belyse min problemstilling har i søket etter studiene sett på: personvern og informert og frivillig samtykke (Dalland, 2007, s. 237-245). Oppgaveforfatteren har også benyttet kunnskapscenteret for å kvalitetssjekke forskningsartiklene.

Studien til Sjøveian og Leegaard (2015) er godkjent av personvernombudet for forskning (NSD) og det viser til at det innfrir kravet om frivillighet, informert samtykke og konfidensialitet. Studien til Rantala, Hartikainen, Kvist og Kankkunen (2014) er blitt godkjent av Hospital Districts of Northern Savo's Committee on research ethics. Studien til Malmgren, Törnvall og Jansson (2014) har blitt godkjent av Regional Ethical Review Board in Lund. Den

systematiske gjennomgangen til Chan, Kan, Lee, Chan og Lam (2012) blir inkludert i studien da den er godkjent for publisering.

4.0 Resultater

4.1 Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi.

(Sjøveian, A.K.H., & Leegaard, M. 2015).

Er en kvalitativ studie, der de undersøker pasientenes erfaringer med å medvirke i den postoperative smertebehandlingen. Pasientene som deltok i undersøkelsen var mellom 59-81 år, og studien ble utført ved en ortopedisk sengepost i Norge. Resultatene fra studien viser at ni av ti pasienter opplevde den preoperative forberedelsesdagen som nyttig. Pasientene opplevde også smerte ved mobilisering, særlig første og andre postoperative dag. Noen av pasientene opplevde forsinket mobilisering grunnet kvalme og svimmelhet. Det var også ulike oppfatninger i deltakelsen av smerterapporteringen, der noen av pasientene var aktive mens andre pasienter ventet med rapporteringen. Pasientene opplevde også forskjellige rutiner for bruken av Numerisk Rangering Skala.

4.2 Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia- reported by nurses.

(Rantala, M., Hartikainen, S., Kvist, T., og Kankkunen, P.2014).

Er en kvantitativ studie, som inkluderte syv universitetsykehus og ti sentrale sykehus i Finland. Hensikten med studien var å beskrive bruken av smertestillende hos hoftebruddpasienter med demens i de to første postoperative dagene. Resultatene i studien viser til at de mest brukte smertestillende legemidlene hos pasienter med demens var paracetamol og sterke opioider. Studien viser også til at ikke-steroide legemidler og svake opioider også ble benyttet. Sykepleierne rapporterte at det primære målet for postoperativ smertebehandling hos hoftebruddpasienter med demens var «liten smerte, som ikke hindrer normal fungering» (72%).

4.3 Patients with hip fracture: Experiences of participation in care.

(Malmgren, M., Törnvall, E., Jansson, I. (2014).

Er en kvalitativ studie, der hensikten med studien var å beskrive hoftebruddpasientenes erfaringer med deltakelse under sykehusoppholdet. Studien ble utført på en ortopedisk avdeling ved et lokalt sykehus, vest i Sverige. Resultatene som fremkommer i studien viser at erfaringer fra deltakelse styres av pasientens personlige forhold, behov og ønsker og det blir påvirket av hvordan de ansatte responderer på disse. I deltakelse av fysioterapien opplevde pasientene forskjellig involvering. Pasientene opplevde også ulik behandling av sykepleierne. Opplevelsene knyttes til pasientenes smerter og legemiddelbehandling.

4.4 A systematic review of qualitative studies: Patients` experiences of preoperative communication.

(Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I., & Lam, J.2012).

Er en systematisk gjennomgang av 11 studier som ble hentet fra CINAHL, Cochran Library, Embase, Medline, PsycInfo og pubmed. Hensikten med gjennomgangen var å undersøke pasientenes erfaringer med preoperativ kommunikasjon med helsepersonell.

Resultatene viser til at det knyttes fire hovedtemaer til pasientenes erfaringer med preoperativ kommunikasjon med helsepersonell. De fire temaene var: behovet for informasjon, pårørendes involvering, behov for kontroll og helsetjenestens profesjonalitet.

Disse temaene var som følger: behovet for informasjon, som involverer slektninger, behov for kontroll og helsetjenestens profesjonalitet.

4.5 Hovedfunn i resultatene

Hovedfunnene i den systematiske gjennomgangen til Chan, Kan, Lee, Chan og Lam (2012) kan presenteres punktvis følgende:

- Pasientenes erfaringer med preoperativ kommunikasjon med helsepersonell viste at pasientene hadde ulike behov og ønsker om kommunikasjon.
- Hvordan pasientenes behov blir møtt påvirker inntrykket av helsepersonellet og utfallet av operasjonen.

Hovedfunnene i studien til Sjøveian og Leegaard (2015 er:

- På kort tid skal pasientene delta aktivt i forhold til å nå bestemte mål.
- Pasientene erfarte smerte ved mobilisering

- Uklar bruk av NRS

Hovedfunnene i studien til Malmgren, Törnvall og Jansson (2014) er:

- Pasientenes opplevelse av deltakelse styres av personlige forhold, behov og ønsker og at de ansatte er oppmerksomme på dette.
- Det er risiko for at de ansatte gir alle pasienter med hoftebrudd samme omsorgen, uten å reflektere over de personlige behovene til pasienten.
- Pasientene føler da at de må tilpasse seg helseorganisasjoner og strukturer.

Hovedfunnene i studien til Rantala, Kvist og Kankkunen (2014):

- Paracetamol og sterke opioider er mest benyttet hos pasienter med demens
- Det primære målet for postoperativ smertebehandling hos hoftebruddpasienter med demens var «liten smerte, som ikke hindrer normal fungering»

5.0 Drøfting

5.1 Preoperativ informasjon

Lovverket sier at helsepersonellet har plikt til å informere pasientene, men også at informasjonen ikke skal gis mot pasientens uttrykte vilje (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). To kvalitative studier peker i to forskjellige retninger når det kommer til pasientenes ønske om preoperativ informasjon. Studien til Sjøveian og Leegaard (2015) viser til at ni av ti pasienter opplevde den preoperative forberedelsesdagen som nyttig, da de fikk betydningsfull informasjon om inngrepet, hvilken funksjon protesen har, om rehabiliteringen i postoperativ periode, behandlingen av smerte og det videre forløpet i behandlingen. Studien til Malmgren, Törnvall og Jansson (2014) viser på den andre siden at informasjonen hoftebruddpasientene fikk før og etter operasjon varierte mellom pasientene. Noen pasienter ønsket ikke å være involvert, og ga dermed ansvaret til helsepersonellet. De opplevde at de ikke hadde behov for informasjon som ble gitt før operasjonen og tillot dermed de ansatte til å utføre de tiltakene de mente var nødvendige. Man kan også se på den systematiske gjennomgangen til Chan, Kan, Lee, Chan og Lam (2012) som viser til at pasienter har en grense for hvor mye informasjon de klarer å motta. I denne gjennomgangen viste de også til at behovet for preoperativ informasjon var individuell. I teorien til Eide og Eide (2011, s. 100) fremkommer det også at pasientene har ulike behov for informasjon, og at dette påvirker måten det blir informert på. Mine praktiske erfaringer viser også at de fleste pasienter ønsker å få informasjon om hva som skal skje før, under og etter det kirurgiske inngrepet. Det er også erfart at noen pasienter har mindre behov for informasjon, og det oppleves da som at sykepleierne gir informasjonen til pasientene selv om de ikke nødvendigvis ønsker den. Dette kan skyldes at loven plikter helsepersonell til å gi informasjon for å kunne vise pasienten at det finnes risikoer og bivirkninger, spesielt med tanke på et kirurgisk inngrep (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Informasjonen som pasientene mottar før det kirurgiske inngrepet kan bidra til at pasientene blir raskere mobilisert, noe som igjen kan føre til at sykehusoppholdet går ned (Berntzen, et.al, 2010A). Teorien til Østensvik (2013, s. 740-741) viser at når pasientene kommer raskt i gang med mobilisering vil dette forebygge komplikasjoner. I studien til Sjøveian og Leegaard (2015) viser til at halvparten av pasientene syntes rehabiliteringsperioden på sykehuset var for kort. Oppgaveforfatterens erfaringer kan bekrefte dette, da hoftebruddpasienter ofte uttrykker at sykehusoppholdet er av kort varighet. Men dette gjelder ikke alle. Andre pasienter er fornøyde med varigheten på oppholdet, og føler seg tilstrekkelig oppegående til å reise hjem. På den ene siden kan man forstå at pasientene synes oppholdet på sykehuset er kort. Dette kan skyldes rask mobilisering for å forebygge komplikasjoner som kan oppstå i etterkant av et kirurgisk inngrep (Østensvik, 2013, s. 740-741). På den andre siden kan man se at hvis man ikke kommer raskt i gang med mobilisering, kan dette føre til at pasientene får komplikasjoner, noe som kan føre til at sykehusoppholdet blir forlenget. I belysning av dette kan man se at rask mobilisering fører til mindre komplikasjoner, noe som igjen fører til kortere sykehusopphold.

Den preoperative informasjonen blir gitt av sykepleiere, anestesipersonell og kirurger. Dette medfører at pasienten(e) generelt føler seg tilfreds med informasjonen (Berntzen, et.al, 2010A, s. 283). Studien til Malmgren, Törnvall og Jansson (2014) viser til at tilfredsheten med den preoperative informasjonen fra anestesileger går i to retninger. Noen pasienter ble informert at de kunne velge om de skulle være bedøvet eller om de ønsket spinalbedøvelse. Dette fremmet at pasientene syntes det var positivt at valget eksisterte og at ønsket deres ble respektert. Andre pasienter fikk ikke dette valget. De følte at anestesilegen allerede hadde bestemt hvilken metode som skulle benyttes, og at de kun fikk informasjon om metoden. Hvorfor noen ble spurt mens andre ikke fikk mulighet til å velge, er uvisst. Det kan stilles spørsmålsteget ved om de som ikke ble spurt, gjerne er pasienter som er eldre eller at de pasientene blir forhindret fra å velge på grunn av bi- sykdommer som kan utgjøre en risiko for anestesiformen som skal benyttes.

5.2 En sykepleiers samarbeid med fysioterapeut i smertelindring

I den postoperative perioden har en sykepleier mange og nødvendige observasjoner som skal utføres (Berntzen, et.al, 2010B, s. 313). I denne sammenheng skal sykepleierne også samarbeide med fysioterapeuten i rehabiliteringen etter operasjonen (Østensvik, 2013, 741-743).

Forskningen til Malmgren, Törnvall og Jansson (2014) viser at pasientene fikk både skriftlige og praktiske instruksjoner fra fysioterapeuten. Pasientene opplevde instruksjonene som forståelige og valgte å følge disse. Fysioterapeuten hadde i tillegg gjort pasientene oppmerksomme på sin egen rolle i gjenopprettelsen og gjenvinningen av funksjonen. Det ble også forklart av fysioterapeuten viktigheten av å utføre øvelsene de hadde fått instruksjoner om. Forskningen spriker videre i to retninger når det kommer til deltakelse i fysioterapien. Noen pasienter følte at de var involvert i prosessen og i fysioterapien i avdelingen sammen med fysioterapeuten. Andre pasienter opplevde ikke det samme. De pasientene opplevde at noen ganger hemmet smerten evnen deres til å fullføre treningen. Pasientene opplevde at personalet ikke tok dette på alvor. Sykepleierne skal observere smertene hos pasientene i hvile og aktivitet. Samtidig fremkommer det at når pasienten skal gjennomføre aktivitet, må sykepleieren skal samarbeide med fysioterapeuten når det gjelder smertelindring (Østensvik, 2013, s. 743). I studien til Sjøveian og Leegaard (2015) kommer det frem at flere av pasientene opplevde smerter i mobilisering første og andre postoperative dag. Noen pasienter måtte utsette mobiliseringen grunnet kvalme og svimmelhet, det første døgnet. Den tredje postoperative dag gjennomførte åtte av ti pasienter trappetrening med fysioterapeuten. To måtte utsette trappetreningen da de opplevde kvalme og svimmelhet. Oppgaveforfatterens erfaringer tilknyttet mobilisering etter operasjon viser til at det ikke er uvanlig at pasientene opplever kvalme og svimmelhet. Dette kan videre føre til at pasientene får forsinkelse i rehabiliteringen. Når slike situasjoner oppstår kan det være viktig at pasientene eventuelt får kvalmestillende medikamenter av sykepleieren i forkant av planlagt mobilisering. Mine erfaringer viser til at sykepleierne gir kvalmestillende medikamenter til pasientene før avtalt aktivitet, for å se om dette kan hjelpe de til å starte rehabiliteringen. I de fleste tilfeller har de kvalmestillende legemidlene effekt, slik at pasientene får begynt med mobilisering. Men det er ikke alltid at dette nødvendigvis fungerer på pasienter. Da kan dette videre føre til at rehabiliteringen blir forsinket. Mine erfaringer tilknyttet samarbeidet mellom fysioterapeut og sykepleier er positive. Fysioterapeutene kommer innom avdelingens kontor for å kartlegge sammen med sykepleieren om pasienten har mulighet for å kunne delta i

mobilisering. Hvis pasienten ikke kan delta som følge av kvalme og svimmelhet, tilbyr fysioterapeuten å komme tilbake litt senere på dagen for å se om pasientene føler seg bedre da. Hvis fysioterapeuten ikke har anledning til å komme senere på dagen og pasienten er svimmel, tilbyr fysioterapeuten seg å gjøre øvelser i seng, sammen med pasienten.

5.3 Kartlegging av smerter

I følge Rustøen (2007, s. 128) har en sykepleier et selvstendig ansvar i smertebehandlingen. Rustøen viser også til de ulike måtene man kan kartlegge smerter på.

I studien til Sjøveian og Leegaard (2015) er Numerisk Ranging Skala (NRS) fremtredende og denne skalaen ble brukt i deres studie. Det fremkommer i studien at pasientene opplevde forskjellig bruk av NRS. Halvparten av pasientene i studien påpekte at sykepleierne benyttet denne skalaen regelmessig i kartleggingen av smerte. Noen pasienter syntes denne skalaen var logisk å benytte seg av, mens andre opplevde den som vanskelig å forstå og at det var for mange nivåer. Tønnesen (2003, s. 31) forklarer også i sin teori at den kan være vanskelig å sette tall på styrken da dette er en subjektiv opplevelse. Man kan stille spørsmålstegn ved om det ikke kunne vært en ide å benytte seg av ulike kartleggingsverktøy til pasientene. Men man må ikke utelukke at hoftebruddpasienter får tilbud om dette. De andre kartleggingsverktøyene som kan bli brukt er ifølge Rustøen (2007, s. 130-131) ansiktsskala, kroppskart og visuell analog skala. McGills Pain Questionare (MPQ) kan også bli benyttet i smertekartlegging ifølge (Arendt-Nielsen og Mogen, 2003, s. 58). Man må ta i betraktningen at de ulike kartleggingsmetodene har forskjellige hensikter. Ansiktsskala blir benyttet til barn og til pasienter med kognitiv svikt, og kroppskart kan benyttes i den påbegynte smertebehandlingen (Rustøen, 2007). I teorien til Berntzen, et.al (2010B, s. 364) kommer det frem at MPQ ikke har noen hensikt for pasienter som opplever akutte smerter. Travelbee (2001, s.112) påpeker at det er vanskelig for en person å forklare smerten sin til andre slik at de får fullstendig innsikt i den og samtidig kan ikke en sykepleier være helt sikker på at vurderingen av intensiteten i smerten er riktig. Oppgaveforfatterens erfaringer er at en sykepleier sjelden har forklart hoftebruddpasientene om de ulike kartleggingsverktøyene som man kan benytte, og at en sykepleier heller ikke alltid spør pasienten om hvilken måten han/hun synes er best å kunne videreformidle smertene sine på. Det er også blitt erfart at de aller fleste sykepleiere benytter seg av NRS. Det er ikke alle pasientene som nødvendigvis forstår hvordan kartleggingsmetoden fungerer, og med dette er det ikke sikkert at pasientene klarer å evaluere smerten sine realistisk. I forhold til kroppskart har ikke oppgaveforfatteren observert at dette

har vært i bruk når det kommer til å kartlegge smerte. Rustøen (2007, s. 130) viser til at en benytter seg av de kartleggingsverktøyene i forskjellige sammenhenger. Rustøen formidler at Numerisk Ranging Skala blir vanligvis mest benyttet. Da en ser at NRS både i forskning, praktisk erfaring og i teorien er svært fremtredende kan man på en side se at de kan være et bedringspotensiale ved at pasientene får en oversikt over de ulike skalaene som kan benyttes og at de selv får være med på å bestemme og medvirke i hvilken type kartleggingsverktøy de synes kan fungere best for dem. For sykepleierne sin del kan dette være med å bidra til at vurderingene de gjør på intensiteten i smertene blir mer troverdig. På en annen side kan sykepleiernes travle hverdager spille inn, og med dette kan Numerisk Ranging Skala være enkel og lite tidkrevende å bruke.

5.3.1 Sykepleieprosessen i smertebehandling

Travelbee (2001, s.33) formidler at sykepleieprosessen er alt en sykepleier gjør sammen med individet og skal sikte på å hjelpe den enkelte med å mestre eller utholde en sykdom og lidelse når erfaringene melder seg i deres liv.

Studien til Rantala, Hartikainen, Kvist og Kankkunen (2014) formidler at sykepleierne samlet sett, syntes at målet om å være helt smertefri er urealistisk å kunne oppnå i praksis.

Sykepleierne viser også til at det primære målet deres er svak smerte som ikke hindrer normal funksjon hos pasienter med demens. Det fremkommer også i teorien til Rustøen (2007, s. 133) at det er et urealistisk mål å kunne oppnå, samtidig som man må se på målet som svært langsiktig. Oppgaveforfatterens erfaringer peker også i samme retning da en har jobbet mye med kirurgiske pasienter både i praksis- og arbeidssammenheng. Min erfaring viser til at sykepleierne ikke har hatt som mål at pasientene skal være helt smertefri. Man må forvente at pasienten vil kjenne noe ubehag i etterkant av en operasjon. Sykepleierne som oppgaveforfatteren har arbeidet med har hatt som mål at pasientene skal ha svak smerte som ikke hindrer normal funksjon. Når en ser samlet sett på forskningen, teorien og den praktiske erfaringen viser disse til at fullstendig smertelindring ikke er et mål som kan forventes å kunne oppnå i den postoperative perioden på sykehus. I tillegg viser det til at målsetningen ikke er gunstig for de ulike pasientgruppene som blir behandlet for hoftebrudd.

Tiltak og intervensjon omhandler å sette i gang å planlegge eller gjennomføre behandling. Med evaluering menes det at man evaluerer tiltakene som er gjennomført (Rustøen, 2007, s.

134). Et tiltak i smertebehandlingen kan være å administrere legemidler. Forskningen til Malmgren, Törnvall og Jansson (2014) viser til at pasientene opplevde ulik behandling av sykepleierne i forhold til smerter. Noen av pasientene ble spurt om smerter, mens andre pasienter ble ikke spurt. Sett i lys av evalueringen i sykepleieprosessen, kan en stille spørsmål ved, om hvordan sykepleierne kan evaluere tiltakene de har iverksatt, dersom de ikke spør pasientene om smerter og eventuelle effekt/bivirkninger av legemiddelbehandlingen. Oppgaveforfatterens erfaringer innenfor dette området, kan vise til at sykepleiere opptrer forskjellig. Noen sykepleiere spør om effekt/bivirkning av legemidlene, mens andre er mindre bevisst på å spør. På denne måten kan man se at hvis man skal kunne evaluere mål og tiltak, bør man evaluere om behandlingen har hatt effekt eller ikke, og om det har blitt noen forandringer i pasientens tilstand.

5.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning på individnivå kan forstås som at pasienten skal få innflytelse på det tilbudet han eller hun har behov for (Myhra, 2012).

For å få en forståelse over hvordan pasientenes involvering i smertebehandlingen foregår skal en se på to studier. I studien til Sjøveian og Leegaard (2015) presenterte pasientene ulike oppfatninger og handlingsmønstre i smerterapporteringen. En del pasienter var klar over sitt ansvar med å rapportere smerter, men holdt tilbake. Andre pasienter ventet med å rapportere smerter og håpet at de skulle gå over. Andre pasienter igjen viste en mer aktiv deltakelse, og fremhevet viktigheten av å forebygge smertetopper. Forskningen til Malmgren, Törnvall og Jansson (2014,) viser til at de fleste pasientene var involvert i smertebehandling og at de var i stand til å påvirke når smertelindringen var nødvendig. Grunnen til involveringen skyldes at sykepleierne var oppmerksomme og spurte om smertene og oppmuntret pasientene til å si om de hadde smerter. På en annen side viste samme studie at noen av pasientene ikke ble spurt om smerter. Dette førte til at de ikke var i stand til å avgjøre om smertelindringen de fikk var god. Sett i et slikt lys ser en at det er stor variasjon på hvordan sykepleierne lar pasientene medvirke i behandlingen. Det er rimelig å si at når de vises forskjell på hvordan pasientene blir behandlet av sykepleierne så kan dette blir et spørsmål om brukermedvirkningen blir ivaretatt. Oppgaveforfatterens erfaringer er at en sykepleiers holdninger mot pasienter varierer. På den ene siden er det erfart at en sykepleier må prioritere andre arbeidsoppgaver, og med dette kan det gå ut over hvordan de behandler pasientene. På en annen side er det også erfart at dårlige holdninger skyldes personlige årsaker. En kan da stille spørsmål ved om

den etiske kommunikasjonen blir ivaretatt (Eide og Eide, 2011, s. 100) Oppgaveforfatterens erfaringer er at pasientene er forskjellige når det kommer til rapportering av smerter. Noen pasienter er klar og tydelig i sin formidling, mens andre pasienter er mer tilbakeholdne. Mine erfaringer viser også til at det er forskjellig hvordan sykepleierne lar pasientene medvirke i behandlingen. Det er blitt erfart at når sykepleierne har mange arbeidsoppgaver, påvirker dette hvordan man inkluderer pasienten i sentrale spørsmål som angår dem og generelt når det kommer til smertebehandlingen. Man kan her stille spørsmål ved om det kunne vært mulighet for at pasientene kunne fått medvirke mer i behandlingen, dersom holdningen og verdiene til sykepleierne var preget av den etiske kommunikasjonen. På en annen side, kunne det vært klarere rutiner på hvordan man inkluderer pasientene, spesielt i forhold til hvordan de kan få medvirke i den postoperative smertebehandlingen.

5.4.1 Maktoverføring

Man kan se i teorien til Tveiten (2008) at sykepleiere er eksperter i sitt felt, mens pasientene er eksperter på seg selv. På en side kan man i denne sammenheng at det virker ut som det er lik maktbalanse mellom sykepleiere og pasienter, men dette er kanskje ikke helt tilfelle. Som oppgaveforfatteren har nevnt tidligere i drøftingen, blir den preoperative informasjonen gitt av både sykepleiere, anestesipersonell og kirurger (Berntzen, et.al, 2010A, s. 283). Når en pasient er innlagt i sykehus vil han/hun motta informasjon om selve inngrepet, anestesi og den postoperative perioden (Berntzen, et.al, 2010A, s. 283). Da hoftebruddpasienten har høy gjennomsnittsalder (Magnus, 2014), er det ikke sikkert at de har mye kunnskaper rundt det kirurgiske inngrepet og om tiden etterpå. Dette kan være en avmaktsituasjon for pasientene, da de ikke sitter med informasjon om det kirurgiske inngrepet. Man kan se på maktoverføring i denne sammenheng. Fagpersonene kan i en slik situasjon bidra til at de får makt gjennom at de informerer, veileder og underviser pasienten, eller at kompetansen til pasientene øker (Tveiten, 2008).

I sykepleieprosessen har en sykepleier kunnskap om de ulike kartleggingsmetodene som man kan bruke (Rustøen, 2007, s. 130). Dersom man skal se på makt og avmakt i denne sammenheng, kan man på den ene siden se at sykepleierne har makt i form av kunnskap om de ulike smerteskalaene. På en annen side kan hoftebruddpasienter eller andre kirurgiske pasienter oppleve avmakt, da en pasient i studien til Sjøveian og Leegaard (2014) ønsket et

annet smerteskjema enn Numerisk Ranging Skala. Dette kan vise til at de ikke har kunnskaper om at det finnes forskjellige skalaer og skjemaer, noe som kan være en avmaktssituasjon. En sykepleier kan i denne sammenheng overføre makt til hoftebruddpasientene ved at de går igjennom de ulike skalaene, og forklarer hvordan pasientene kan benytte disse. Dette kan gjøres gjennom informasjon, veiledning og undervisning som kan føre til at pasienten(e) opplever økt kompetanse og empowerment (Tveiten, 2008). På denne måten kan hoftebruddpasientene oppleve makt, da de får tilegnet kunnskaper og får en økt forståelse for smerteskalaer.

6.0 Avslutning

Oppgavens formål var å se på involveringen til pasientene i smertebehandlingen i håp om å ivareta individuelle behov for informasjon og medvirkning. I oppgaven blir det gjennomgått preoperativ informasjon. En kan se gjennom forskning og teori at pasientene har ulike ønsker i tilknytning til informasjon og medvirkning. Man kan også se at når det handler om å få pasienter til å medvirke i smertebehandlingen etter en operasjon vil det avhenge av god og tydelig informasjon gitt av både sykepleiere, anestesipersonell og kirurger. Jo tydeligere informasjon som gis i forkant av operasjon, jo enklere blir det for pasienten å medvirke i smertebehandlingen etter operasjon. Det vises også til at det er variasjon i hvordan sykepleierne lar pasientene medvirke i smertebehandlingen. Brukermedvirkning og empowerment kan ses i sammenheng som at de begge handler om maktoverføring. Makt og avmaktssituasjoner kan oppstå mellom sykepleier og pasient. Det kan vises til at sykepleierne har makt i form av kunnskaper og fagbakgrunn, og at de med dette kan overføre makt til pasientene ved å øke deres kunnskaper.

7.0 Litteraturliste

Andreassen, T.A. (2005). Brukermedvirkning – hva betyr det?.

I: Andreassen, T.A. (Red). *Brukermedvirkning i helsetjenesten – Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser* (1. utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Arendt- Nielsen, L., & Mogensen, T. (2003). Klinisk smertemåling.

I: Jensen, T.S., Dahl, J.B., & Arendt- Nielsen, L.(Red). *Smerter – en lærebog* (1. utg., s. 55-61). København: FADLs Forlag A/S.

Askheim, O.P., & Starring, B.(2007). Empowerment – et moteord?.

I: O.P, Askheim., & B, Starrin (Red.), *Empowerment: i teori og praksis* (1. utg., s.13-20). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A.M.G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., Grønseth, R.

(2010A). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: H. Almås., D.G. Stubberud., R.

Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s.273-339). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Berntzen, H., Danielsen., Almås, H. (2010B). Sykepleie ved smerter.

I: H. Almås., D.G. Stubberud., R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg, s.355-399). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I., & Lam, J. (2012).

A systematic review of qualitative studies: patients` experiences of preoperative communication. *Journal of Clinical Nursing* 21(5/6): 812-824. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03942.x>

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter.*

(4. utg., s. 62-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg., s. 291-296).

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3 utg., s.30). Stockholm, Författarne og Bokförlaget Natur & Kultur.

Helbostad, J.L. (2008). Bevegelse og aktivitet.

I: M. Kirkevold., K. Brodtkorb., & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (1 utg., s. 288-304). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Holm, S., & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie med dagkirurgi*. (2. utg., s. 67-91). Bergen: Fagbokforlaget AS.

Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermidvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. I: E. Willumsen (Red.), *Brukerens medvirkning – kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (1. utg., s 15-31). Oslo: Universitetsforlaget.

Jenssen, A.G. (2012). Brukermidvirkning – hva er så det?.

I: A.G. Jenssen., & I.M. Tronvoll (Red.), *Brukermidvirkning: likeverd og anerkjennelse* (1, utg., 42-51). Oslo: Universitetsforlaget AS

Kunnskapssenteret. (2015). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler.

Hentet 10. Februar 2016 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>

Larsen, A.K. (2012). *En enklere metode – veiledning i samfunnsvitenskapelig*

forskningsmetode (1. utg., s 11-27). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Magnus, T. (u.å). *Resultater fra Nasjonalt Hoftebruddregister*.

Hentet 24. Februar, 2016 fra: <http://www.kvalitetsregistre.no/resultater/muskel-skjelett-og-bindevev/nasjonalt-hoftebruddregister/resultater/>

Malmgren, M., Törnvall, E., & Jansson I. (2014). Patients with hip fracture: Experiences of participation in care. *Journal Article – research 18 (3): 143-150*. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.08.017>

- Mekki, T. E., & Holter, I.M. (2011). Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?
I: I.M. Holter., & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4. utg., s 27-37). Oslo: Akribe AS.
- Myhra, A.B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner – realisering av brukervedvirkning* (1. utg., s 63-77). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Norvoll, R. (2009). Makt og avmakt.
I: E. Brodtkorb., & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (2. utg., s. 67-92). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* av 24 juni 2011 nr 30. Hentet 28. Januar fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)
- Rantala, M., Hartikainen, S., Kvist, T., & Kankkunen, P. (2014). Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia – reported by nurses. *Journal of Clinical Nursing, 23* (21/22): 3095-3106. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12548>
- Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring.
I: A. Aambøe (Red.), *Smertes- smerteopplevelse og atferd* (1. utg., s 123-143). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Rønning, R. (2010). Brukervedvirkning og empowerment.
I: O.P. Askheim., & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (1. utg., s. 34-44). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sjøveian, A.K.H., Leegaard, M. (2015). Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi. *Sykepleien Forsking, 10* (2), 162-9
Hentet fra
http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=Pasientens%20AND%20medvirkning%20AND%20i%20AND%20postoperativ&query=Pasientens%20medvirkning%20i%20postoperativ&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok

Slørdal, L., & Rygnestad (2013). Legemidler ved smerter.

I: H. Nordeng., & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 341-353). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Støren, I. (2013). *Bare søk- praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg., s 37-43).

Oslo: Cappelen Damm AS

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten, S. (2008). Pedagogikk i sykepleiepraksis.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tønnesen, T.I. (2003). *Postoperativ smertebehandling*.

Oslo: Pensumtjeneste, AD Notam Gyldendal.

Werner, M. (2010). Smärtbedömning – analys och diagnostik

I: M. Werner., & I. Leden (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (1. utg., s 181-200).

Stockholm: Liber AB.

Østensvik, E. (2013). Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet.

I: U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3* (2. utg., s 712-777) Oslo: Cappelen Damm