



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02.14 kl 14.00

Kandidatnr.: 2

Antall Ord: 8261

Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter som er operert for brudd i lårhalsen i den postoperative fasen?



(Bilde hentet fra: <http://www.colourbox.com/image/carer-helping-elderly-senior-woman-using-walking-frame-image-1985163>)

**Sykepleierutdanning ved Høyskolen
Stord/Haugesund, Avdeling Haugesund**

Kull 2011

Sammendrag

Bakgrunn

Brudd i lårhalsen er en av de mest utbredte lidelsene hos eldre i Norge, og de fleste tilfelle av brudd i lårhalsen skyldes fall i hjemmet eller benskjørhet (osteoporose). Den viktigste behandlingen for brudd i lårhalsen er et kirurgisk inngrep, der behandlingen i den postoperative fasen spiller en viktig rolle for pasientens videre sykdomsforløp. Det er i denne perioden det er viktig for sykepleier å lindre smerte, fremme mestring, gi støtte og bidra til en god rehabilitering.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter som er operert for brudd i lårhalsen i den postoperative fasen?

Hensikt

Hensikten med dette studie er å øke min kunnskap og forståelse for hvilke sykepleiefaglige aspekter som bør prioriteres når man skal fremme mestring hos pasienter som har pådratt seg brudd i lårhalsen.

Metode

Metoden som er brukt i oppgaven er litteraturstudie, som også er et krav for bacheloroppgaven i sykepleie.

Resultat

Resultatet av litteratur og forskning viser at sykepleier bør sette seg inn i pasientens situasjon for å kunne fremme mestring på en best mulig måte. Sykepleier skal ha fokus på å skape et godt forhold til pasienten, samtidig bør man gi tilrettelagt informasjon for å fremme pasientens mestringsfølelse. Mestring kan også være avgjørende rehabiliteringen og smertelindring etter et brudd i lårhalsen, der det er sykepleierens oppgave å iverksette tiltak som hjelper pasientene å gjenvinne helsen etter et slikt brudd.

Summary

Background

Fracture of the femoral neck is one of the most widespread disorders among elderly in Norway, most cases of fracture is due to a fall or osteoporosis. The most important treatment for fractures of the femoral neck is a surgical procedure, where treatment in the postoperative phase is of significant importance for the patient's further course of disease. During this period it is important for nurses to relief pain, help the patient to cope, support and contribute to rehabilitation.

Research Question

How can nurses promote coping in patients who are operated for fracture of the femoral neck in the postoperative phase?

Purpose

The purpose of this study is to increase my own knowledge and understanding of the nursing aspects that should be prioritized when trying to promote coping in patients who have sustained fractures of the femoral neck.

Method

The method used in the thesis is a literature study, which is a requirement for the bachelor thesis in nursing.

Findings

The results of the literature and research shows that nurses should familiarize themselves with the patient's situation to promote coping in the best way possible. Nurses should focus on creating a good relationship with the patient, while one offer organized information to promote the patient's sense of achievement. Coping can be essential in rehabilitation and pain relief after a fracture in the femoral neck. The nurse's job is to take action that helps patients regain health after such violation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk	3
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv	3
2.2 Mestring	4
2.3 Kommunikasjon.....	5
2.3.1 Viktigheten av informasjon	6
2.4 ADL ”activities of daily living”	7
2.5 Lårhalsbrudd.....	7
2.6 Postoperativ sykepleie.....	8
2.6.1 Postoperativ smerte	9
3.0 Metode	10
3.1 Begrepet metode	10
3.2 Litteraturstudie som metode	10
3.3 Litteratursøk og valg av litteratur.....	11
3.4 Kildekritikk.....	12
3.5 Etske overveielser	13
4.0 Resultat	14
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	14
5.0 Drøfting	16
5.1 Betydning av mestring i den postoperative fasen	16
5.2 Kommunikasjon og viktigheten av informasjon til pasienter med brudd i lårhalsen	18
5.3 ”Activity of daily living” som verktøy.....	21
5.4 Smertelindring i den postoperative fasen	23
6.0 Avslutning	26
Referanseliste	27
Vedlegg	31
Vedlegg 1	31
Vedlegg 2	32

1.0 Innledning

Skader i bevegelsesapparatet utgjør en stor pasientgruppe i Norge, omtrent 9000 av tilfellene får behandling for brudd i lårhalsen hvert år. Det er hos eldre brudd i lårhalsen er mest utbredt, det skyldes i de fleste tilfellene osteoporose og fall. Dette har utviklet seg til å bli et av de største helseproblemene i Norge. Det er mange eldre som lider av funksjonssvikt og multiple og kroniske sykdommer, disse sammensatte sykdommene fører til at pasienten får svekket muskulatur og reguleringsevne og blir dermed mindre mobile. Undersøkelser har vist at omtrent 30 % av eldre som bor i hjemmet faller en gang i året; 10% av disse fallene fører til alvorlige skader og 5% av disse får brudd (Grønseth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2010).

Et brudd i lårhalsen kan gi alvorlige konsekvenser, som smerter, ubehag, tapt funksjon, økt behov for hjelp, institusjonsomsorg og redusert livslengde,. I tillegg får det også samfunnsmessige konsekvenser av økonomisk art, som er knyttet til omsorg eller behandling (Helse Norge, 2012). Det jeg vil legge vekt på i denne oppgaven er hvordan sykepleier kan fremme mestring hos pasienter som er operert for brudd i lårhalsen. Et slikt brudd kan gi pasientene mange helseplager, og i de verste tilfellene kan brudd i lårhalsen være starten på en palliativ fase hos eldre pasienter.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om pasienter som er operert for brudd i lårhalsen, der jeg vil legge mest vekt på hvordan pasientene mestrer tiden etter en operasjon. Samtidig vil jeg med denne oppgaven få frem viktigheten av rehabilitering og hvordan jeg som sykepleier bidrar til at pasientene øker sin mestringsfølelse. Grunnen til at jeg har valgt dette temaet er fordi jeg var i praksis på kirurgisk avdeling ved Haugesund sykehus våren 2013. Dette var en veldig spennende og utfordrende praksisperiode, der jeg la grunnlaget for hva jeg vil jobbe videre med, og innen hvilket område jeg gjerne vil spesialisere meg i etter jeg er ferdigutdannet. Pasientgruppen jeg jobbet med var ortopediske pasienter, dermed var mye av fokuset smertelindring og rehabilitering. Den postoperative fasen er tiden etter operasjon, sykepleierne har i denne fasen en viktig oppgave med å lindre smerte, mobilisere pasientene etter en eventuell

operasjon, dekke grunnleggende behov, informere og dokumentere progresjon. Innenfor temaet i denne bacheloroppgaven har jeg også valgt å legge vekt på mestring. Jeg vil fokusere på viktigheten av mestring i en postoperativ fase, og hvor viktig det er at sykepleieren opprettholder pasientenes mestringsfølelse under helingsprosessen.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter som er operert for brudd i lårhalsen i den postoperative fasen?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne bacheloroppgaven vil jeg legge vekt på et pasient- sykepleier forhold ved en kirurgisk avdeling på et sykehus. Studien vil omhandle eldre pasienter, 70 år og oppover, med brudd i lårhalsen. Jeg har også valgt å avgrense til perioden etter pasienten har vært gjennom operasjon; den postoperative fasen. Kirurgisk sykepleie er et vidt tema, der en har en rekke momenter og prosesser som settes i gang etter at pasienten er operert. Jeg har derfor valgt å avgrense ved å legge vekt på begrepet mestring, og hvordan sykepleier kan støtte pasientene til å oppnå mestring til blant annet ”activity of daily living” (ADL) og postoperativesmerter. Jeg vil samtidig legge vekt på sykepleierens rolle i en slik pasientsituasjon. Oppgaven fokuserer på behandling ved en kirurgisk avdeling, der en samtidig har mulighet til å samhandle og samarbeide med pasienten. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å kun fokusere på den enkelte pasients mestring.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke Joyce Travelbee sine sykepleieteoretiske perspektiv som mine hovedteori. Denne sykepleieteorien er relevant for min oppgave, siden teorien nettopp har et stort fokus på hvordan sykepleier kan fremme mestring til sine pasienter. I følge Travelbee (1999) er sykepleie en mellommenneskelig prosess fordi det direkte eller indirekte handler om mennesker. Sykepleier står ovenfor mennesker som man oppfatter som syke eller friske individ, samtidig som de står ovenfor pasientens familie, personale og andre yrkesgrupper innenfor helsesektoren. Videre sier hun at sykepleie også er en prosess, hun mener at det er en erfaring eller en serie av hendelser som inntreffer mellom en sykepleieren og ett eller flere individer som har behov for hjelp. Joyce Travelbee definerer sykepleie slik;

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 29).

Travelbee (1999) skriver videre at det å hjelpe syke mennesker med å gjenvinne helsen etter en akutt sykdom er en vesentlig tilfredsstillelse innen sykepleie. En av sykepleierens metoder for å bistå syke mennesker er å hjelpe dem til å mestre sykdom som en erfaring. Samtidig bør sykepleier etablere en tilknytning til den syke slik at han ikke er alene om sykdommen.

I tillegg til Travellbee´s teori har jeg valgt å bruke Lazarus og Folkman (1984) sin teori om stress og mestring. Teorien deres bygger på en fenomenologisk, kognitiv og transaksjonell forståelse av ulike situasjoner et menneske befinner seg i. Teorien sier mye om menneskets egne tanker om situasjonen de er i, som igjen utgjør grunnlaget for hans/hennes opplevelse av stress eller belastninger. Det som avgjør hvordan et menneske reagerer og handler på en situasjon er et samspill mellom faktorer i menneske selv og situasjonen han/hun befinner seg i (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus (2006) mener vi skiller mellom to typer strategier for å mestre ulike situasjoner; en følelsesorientert metode og en problemorientert metode. Den

problemorienterte metoden handler om at pasienten tilegner seg informasjon om hva som må gjøres og hvilke handlingsalternativer man har, man kan slik endre den problematiske relasjonen mellom person og miljø. En slik type mestringsstrategi velges fortrinnsvis når et menneske selv mener man har gode mulighet for å håndtere situasjoner.

En emosjonell orientert mestringsstrategi sier noe om situasjoner som man forsøker å unngå, unngå eller flykte fra. Forsvarsmekanismer som isolering og fortrenkning av følelser kan også betraktes som emosjonell orienterte strategier selv om disse i en viss grad er av ubevisst karakter (Kristoffersen, 2011).

2.2 Mestring

Lazarus og Folkman har i sin teori lagt frem en definisjon av mestring:

"We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person"

(Lazarus & Folkman, 1984, s. 141).

Mestring er stadig skiftende og atferdsmessige anstrengelser for å kunne håndtere spesifikke ytre eller indre krav som overstiger ressursene til pasienten. Definisjonen innebærer et skille mellom mestring og automatisert atferd ved å begrense endringer i forhold til ressurser de ulike pasientene har. Man ser også på mestring som en innsats til å klare noe, som inkluderer noe som pasienten gjør eller tenker, uansett hvor godt eller dårlig det fungerer (Lazarus & Folkman, 1984). Etter et kirurgisk inngrep opplever pasientene forandringer i livssituasjonen som ofte kan være uventet, eller føles stressende, enkelte kan derfor ha vansker med å mestre slike situasjoner (Holm & Kummeneje, 2009). Mestring handler også mye om atferd, tanker og følelser, der en har tilgang til ulike kunnskaper, ferdigheter og hjelpere. Samtidig kan man med mestring anskaffe seg tilgang til sosiale ressurser eller utstyr og ha evne til å bruke disse i situasjonen man er i (Heggen, 2007).

Mestring er i dag en del av sosialiseringprosessen, samtidig som det er et allmennmenneskelig fenomen. Ordet mestring blir brukt synonymt med uttrykk som å

klare seg, å greie seg eller å få noe til. Man kan si at mestring i den forstand handler om å utvikle seg og lære nye ferdigheter gradvis. Mennesker kan oppleve situasjoner som er såpass belastende at man får problemer med å mestre dem (Reitan, 2010). Videre skriver Eide og Eide (2007) at alvorlige livshendelser som katastrofer, traumer, sykdom, vold eller tap av funksjon fører til tap av mening og sammenheng, og den rammede går inn i en krise. I litteratur fokuseres det på at mestring består av uoversiktlige og komplekse situasjoner. Mestring kan i slike tilfeller oppfattes som summen av intrapsykiske og handlingsorienterte forsøk på å tolerere, beherske og redusere de indre eller ytre belastninger menneske blir utsatt for. Renolen (2008) hevder at sosial støtte også har mye å si for mestring, der alle mennesker trenger andre å støtte oss til.

2.3 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere mennesker. Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med- eller delaktiggjøre en annen. I dagligtale brukes kommunikasjon på ulike aspekter, fra personlige samtaler med en eller flere mennesker til massekommunikasjon gjennom globale nettverk og ”chatting” på internett. Når man kommuniserer må tegn og signaler fortolkes, disse er sammensatte av verbale eller non- verbale signaler og tegn. Avhengig av signalene de to partene gir hverandre og hvordan en tolker disse, kan møte med andre oppleves vidt forskjellig. Møtet kan tolkes som godt, sårende, ubehagelig, irriterende eller inspirerende. Avsenders signaler og mottaker fortolkning av de signalene kan skape et grunnlag for avstand, tillit, mistillit, samarbeid, nærhet og konflikt (Eide & Eide, 2007). Wormnes og Manger (2005) legger til at gjennom en kommunikasjonsprosess retter man fokus mot hvordan vi kan gjør hverandre mer kompetente. Målet med en slik prosess er å hjelpe hverandre til å oppnå økt mestring. Videre skriver Travelbee (1999) at pasienter kommuniserer gjennom sitt utseende, gjennom holdninger, adferd, manerer og ansiktsuttrykk, samtidig som sykepleieren gjør det samme til dem. All kommunikasjon med pasienter gir sykepleieren en anledning til å bli bedre kjent med pasienten som menneske, og til å bestemme seg for å hjelpe og ivareta pasientens behov. Dermed etableres et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient, der sykepleierens mål og hensikt blir oppnådd.

Travelbee (1999) hevder også at sykepleierens grunnleggende oppfatninger av andre mennesker og deres intensjoner alltid blir kommunisert i en sykepleiesituasjon. I kommunikasjon med pasienter bruker man verbal- og non- verbal kommunikasjon. Det er ikke alltid lett for pasienter å uttrykke seg verbalt om smerter eller sinnslidelser, dermed betegner den non-verbale kommunikasjonen overføring av budskap via ansiktsuttrykk eller kroppsbevegelser. Kommunikasjon uten ord omfatter også lyder, som skriking eller gråting. Den non-verbale kommunikasjonen er en ledsager for den verbale kommunikasjonen mellom to mennesker i en samtale.

2.3.1 Viktigheten av informasjon

Pasientrettighetsloven (2013) sier at pasienter har rett til den informasjonen som er nødvendig for at de skal få en innsikt i sin egen helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen. Samtidig står det i loven at pasientene skal ha informasjon om mulige risikoer og bivirkninger man kan få av de ulike behandlingene de gjennomgår.

I følge Bastøe (2011) blir opplevelsen av usikkerhet omkring egen sykdom ofte sett på som den enkeltes evne til å oppfatte informasjon og gjør de nødvendige valgene vanskeligere for pasientene. Erfaringer viser at pasienter i noen tilfeller ikke oppfatter at de er blitt informert, selv om sykepleier allerede har gitt informasjonen. Bastøe (2011) fremhever at mangel på informasjon er en av de viktigste årsakene til sårbarhet blant pasienter. Videre skriver Brinchman (2008) om pasientautonomi; retten til å velge og bestemme selv. Pasientautonomi er hovedsakelig knyttet til retten til å nekte behandling. I slike situasjoner, der pasienten nekter behandling, bør det vurderes om pasienten har fått informasjonen han/hun har rett på. Samtidig bør en vurdere om pasienten er kompetent, om pasientens preferanser er varige og om pasienten tar avgjørelser selv uten press fra ytre faktorer.

Informasjon er et viktig moment i henhold til operasjon. Informasjonen en får i den pre- operative fasen har mye og si for det postoperative forløpet. Hos eldre pasienter er det ofte en utfordring å sikre seg at informasjon som blir gitt blir forstått, dette på grunn av nedsatt syn eller hørsel (Holm & Kummeneje, 2009).

2.4 ADL ”activities of daily living”

Begrepet ADL brukes som regel i to ulike betydninger:

- *Som samlebetegnelse for en spesiell type aktiviteter*
- *Som arbeidsområde for en rekke profesjoner*

(Tuntland, 2011, s. 17)

Daglige aktiviteter handler om de praktiske gjøremålene man gjør for å opprettholde nødvendige funksjoner i hverdagen. Innenfor helse forstås daglige aktiviteter som handlinger man gjør for å opprettholde helse, velvære og funksjoner i og utenfor hjemmet. En skiller ofte mellom;

- P-ADL som står for personlige aktiviteter, som omfatter funksjoner som personlig stell og generell omsorg. Disse er også rettet mot velvære og helse, de sier mye om evne og vilje til å ivareta egenomsorg.
- I-ADL som står for instrumentelle daglige aktiviteter, som omfatte ytre funksjoner som gjør at en fungerer normalt i samfunnet. I-ADL sier mye om hvordan en fungerer i samfunnet og i sosiale sammenhenger

(Lerdal & Grov, 2011).

2.5 Lårhalsbrudd

Fraktur eller brudd defineres som diskontinuitet i beinvevet, altså manglende sammenheng i benet. Brudd i lårhalsen er en vanlig skade hos eldre i Norge, der eldre kvinner er de mest utsatte. Hos yngre mennesker er beinvevet i lårhalsen og lårbeinet sterkere, dermed tåler det mer dagligdagse påkjenninger (Jacobsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Brudd i lårhalsen deles inn i laterale og mediale lårhalsbrudd og brudd igjennom trokantregionen, noen brudd sitter også fast i hverandre, som kalles innkilte brudd. I slike tilfeller er bruddene mer stabile og pasienten kan til en viss grad gå på benet (Grønsløth et al., 2010). I følge Jacobsen et al. (2009) er

grunnen til at flest eldre kvinner utsettes for lårhalsbrudd og beinskjørhet (osteoporose). Ved beinskjørhet er reduksjonen av beintetthet såpass stor at det oppstår økt risiko for brudd, selv med minimale traumer.

Brudd i lårbeinsendene kan skje på ulike plasser i benet, hvis bruddet sitter i selve lårhalsen kan blodtilførsel til beinvevet ødelegges, dette kan igjen få behandlingsmessige konsekvenser. Som andre brudd vil pasienter med brudd i lårhalsen ha smerter i hofte-regionen, i tillegg klarer ikke pasienten å bevege eller trå på benet. Noen har også smerter som stråler ned mot kneet. Ved en undersøkelse av lårhalsen vil man se at benet ofte ligger utadrottert og tydelig forkortet (Langeland, Halse & Ørn, 2011).

2.6 Postoperativ sykepleie

De viktigste prinsippene innen pasientbehandling er:

- Informasjon
- Redusere kirurgisk stress
- Smertebehandling
- Mobilisering
- Ernæring

(Holm & Kummeneje, 2009, s. 14).

Vi skiller mellom pre-, per- og postoperative sykepleie. Den pre- operative fasen er tiden fra det er tatt en endelig beslutning om at pasienten skal operere, til pasienten er operert. Den per- operative fasen er fra pasienten blir operert til han/hun kommer inn på en postoperativ avdeling. Til slutt har vi den postoperative fasen, som er tiden etter operasjon, der pasienten trenger nøye overvåkning (Berntzen, Almås, Brun, Dørve, Giskemo, Dāvøy & Grønseth, 2010). Videre hevder Holm og Kummeneje (2009) at sykepleieren spiller en nøkkelrolle i henhold til det kirurgiske forløpet. Deres innsats, før, under og etter det kirurgiske inngrepet, blir avgjørende for at pasienter raskt blir bedre i den postoperative fasen. Et kirurgisk inngrep er en stressende og kompleks handling uansett om det er planlagt eller øyeblikkelig hjelp. Et inngrep blir ofte oppfattet som en trussel mot kroppens integritet, pasientene opplever å ha liten kontroll over egen kropp og situasjonen de gjennomgår. Ved hjelp av

kunnskapsbaserte rutiner både pre-, per- og postoperativt reduseres dette, og det gir mulighet til å ha best mulig utgangspunkt for inngrepet.

Å bli gammel er en naturlig del av livet, men eldre er mer utsatte for sykdommer og skader enn yngre, og vil dermed ha et større behov for eventuelle kirurgiske inngrep. Tidligere var kirurgiske inngrep til eldre blitt forbundet med større risiko for komplikasjoner, men til dags dato gjennomgår eldre, opptil 90 år, langvarige og kompliserte inngrep med vellykket resultat. Alder er ikke lenger en kontraindikasjon for de ulike typene kirurgi (Hansen, 2011).

2.6.1 Postoperativ smerte

Postoperative smerter kan defineres som akutt smerte som er forårsaket av ulike vevsskader assosiert med kirurgi. Postoperative smerter kan også komme av at pasienten har blitt utsatt for immobilitet eller trykk over lang tid. Hvor intensive smertene er avhengig av hvor inngrepet er gjort, samt pasientens smerteterskel (Holm & Kummeneje, 2009). I følge Dihle (2011) har eldre fysiologisk sett en del høyere smerteterskel enn yngre, selv om smerteintensiteten eller opplevelsen av smerten kan være minst like sterk. Videre skriver Holm og Kummeneje (2009) at i forhold til eldre pasienter med kognitiv svikt kan det være mer krevende å vurdere og observere smerter, eller vite hvor sterke smertene er. Det er derfor viktig for sykepleier å kunne observere non-verbale tegn eller bruke ulike instrumenter for å måle smerter. Instrumenter blir ofte brukt for å få en forståelse av hvor store smertene er. En skiller mellom fire typer skalaer som blir mest brukt. Verbal skala, der pasienten velger ordet som på en best måte beskriver pasientens smerter. Man har også visuell analog skala (VAS) som er en ikke gradert skala som er 10 cm lang, der pasienten vurderer smerte fra ingen til verst tenkelig smerte. Den tredje skalaen er numerisk skala, der pasienten vurderer smerter i fra 0-10, der 0 representerer ingen smerte og 10 representerer verst tenkelig smerte. Til slutt bruke man ofte ansiktsskala, som blir hyppig brukt når kommunikasjon svikter. Pasienten får da se ulike ansikter med uttrykker av ulike grad av smerte (Holm og Kummeneje, 2009).

3.0 Metode

Denne studien bygger på litteratur fra eksisterende forskning og faglitteratur. Jeg vil derfor med dette studie fremheve ulike former for metodebruk som er brukt av forskningen jeg bygger denne oppgaven på.

3.1 Begrepet metode

Metode i litteraturstudie sier noe om hvordan man bør gå til verks for å etterspørre eller fremskaffe kunnskap. For å velge en bestemt metode bør begrunnelsen være at vi vil innhente god data og belyse spørsmålet vårt på en faglig måte. Man bruker metode som et redskap for å undersøke noe, den hjelper oss å samle inn data (Dalland, 2012). Videre skriver Dalland (2012) at vi skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder. Metodene bidrar på hver sin måte ved at de gir oss svar på hvordan grupper, institusjoner og enkeltmennesker handler og samhandler. Målet er å få en bedre forståelse av verden vi lever i. Fordelen med den kvantitative metode er at den gir oss data i form av tall. Vi kan dermed bruke tallene til å foreta oss ulike regneoperasjoner, for eksempel for å finne gjennomsnittlig inntekt hos en befolkningen eller bruke den til prosentregning. Den kvalitative brukes til å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2012).

3.2 Litteraturstudie som metode

Hensikten med et litteraturstudie er å sette sammen en beskrivende bakgrunn som redegjør at studien er gjennomført, eller for å beskrive kunnskap på et bestemt område (Forsberg & Wengström, 2013). Det er vanlig å bruke litteraturstudie som metode i ulike hovedoppgaver. En litteraturstudie skal blant annet inneholde innsamlingsmetode, bakgrunn og formål, samt ulike problemstillinger, der litteraturen i studie er en informasjonskilde. Litteraturen man da har funnet i litteraturbakgrunnen, skal ikke være den samme som i datainnsamlingen. Man skal da i drøftingsdelen veie opp litteraturdata fra resultatene man har funnet i de vitenskapelige artiklene. Fordelen med et litteraturstudie er at det blir gitt en oversikt over forskjellige synspunkter på et problem, da disse synspunktene kan vurderes opp mot hverandre. Svake sider med et litteraturstudie er at det ikke kommer nye data frem i studie, og

man har derfor mindre mulighet med å legge frem nye funn (Olsson & Sörensen, 2006).

3.3 Litteratursøk og valg av litteratur

For å finne den relevante forskningslitteraturen jeg trenger i min oppgave, har jeg brukt høyskolen sine helsefaglige databaser. Databasene jeg brukte var SveMed, Cinahl og ProQuest. Jeg fikk mange treff på søkeordene jeg brukte, men det var også mye av litteraturen som ikke var relevant. For å få et godt og utvidet treff søkte jeg med søkeord på engelsk. Søkeordene jeg brukte var;

- “ADL”
- “Nursing”
- “Elderly”
- “Hospital”
- “Hip fractures”
- “Coping”
- “Surgical patient”
- “Communication”
- “Information”
- “Participation”
- “Postoperative care”
- “Postoperative pain”

Viser til vedlegg 1 for tabell oversikt over søkeprosessen.

- Artikkelen av Kiessling og Kjellgren (2004) var relevant for min oppgave. Målet med studien er å kartlegge hvordan pasienter selv kan delta i sin behandling, der informasjon fra sykepleier er sentralt. Søkeordene jeg brukte var ”surgical patient” som gav 35 246 treff, deretter kombinerte jeg søket med ”communication” og ”participation” som gav 29 treff.
- Jeg søkte på ordet ”hip fractures” kombinert med ”postoperative care” som gav 250 treff. Deretter kombinerte jeg disse to med ”information”, der jeg fikk

19 treff. Jeg fant da en artikkel av Murphy, Conway, MaGrath, O`Leary, O`Sullivan og O`Sullivan (2011) om betydningen av informasjon til pasienter med brudd i lårhalsen i den postoperative fasen. Derfor valgte jeg å bruke denne artikkelen siden den er relevant for min teori og problemstilling.

- Jeg søkte på ordet ”ADL”, som gav 2093 treff. Deretter kombinerte jeg søket mitt med ”hospital” og ”hip fractures” som gav 33 treff. Jeg fant da artikkelen til Theander, Jarnlo, Ornstein og Karlsson (2004). Hensikten med studien var å undersøke om innlagt pasienter med brudd i lårhalsen eller et ryggvirvelbrudd opplever forverring etter slike brudd i forhold til ADL. Den er derfor relevant for min oppgave, der jeg vil undersøke hvordan et brudd i lårhalsen påvirker pasientens ADL.
- Ved å søke på ”postoperative pain” fikk jeg 10 810 treff. Jeg søkte i tillegg ”communication” som gav 166 treff. Deretter kombinerte jeg søket med ”hip fractures” til slutt, som gav 4 treff. Da fant jeg artikkelen til Eid og Bucknall (2008) som sa noe om hvilken type smertevurdering pasienter med brudd i lårhalsen får, og om denne er god nok. Artikkelen er derfor relevant for min oppgave der jeg i min teoridel har satt fokus på postoperative smerter, og hvordan dette påvirker mestring etter operasjon.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som ofte blir brukt for å fastslå om en kilde er sann, som igjen betyr at man må karakterisere og vurdere de kildene man har brukt. Kildekritikk er et samlebegrep for de metoder man bruker for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Hensikten med kildekritikk er å finne frem til den litteraturen som på best mulig måte kan belyse problemstillingen man har valgt (litteratursøking), samtidig som den skal kunne gjøre rede for den litteraturen man har brukt i oppgaven (Dalland, 2012). I følge Bjørk og Solhaug (2008) er det viktig at man tydeliggjør hvor kunnskapen man har funnet er hentet fra. Vi skiller mellom ulike typer kilder, blant

anna sekundær- og primærkilder. Primærkilden betyr førstehåndskilde, med andre ord kan vi se på primærkilden som originalen. Eksempler på primærkilder er forsknings- eller fagutviklingsprosjekter. Sekundærkilder er en andrehåndskilde og materiale fra primærkilden er da bearbeidet, som ulike bøker som refererer til forskning av andre. Denne oppgaven er et eksempel på en sekundærkilde.

Litteraturen jeg har valgt å bruke i denne oppgaven er hentet fra ulike bøker jeg har funnet ved hjelp av bibliotekets hjemmeside BIBSYS, samt pensumlitteratur til sykepleie utdanningen. Jeg har basert min oppgave på primærlitteratur, som jeg har supplert med sekundærlitteratur, for å få en utfyllende bakgrunn for å løse min problemstilling. Jeg har også valgt å søke på artikler som ikke er mer en 10 år gamle, der det blir gjort mye forskning på mestring i forhold til kirurgiske pasienter, dermed vil jeg anvende den nyeste forskningen til min oppgave.

3.5 Ethiske overveielser

Innen forskning blir ofte etiske regler brukt for å finne eventuelle motsetningen mellom to allment aksepterte verdier. Den ene handler om verdien av økt kunnskap, mens den andre handler om verdien av det å opprettholde individets integritet og handlingsfrihet (Olsson & Sørensen, 2006). Forskningen man bruker i litteraturstudier skal samtidig være godkjent av en etisk komite (Forsberg & Wengström, 2013). I denne oppgaven skal jeg henviser til pensumlitteratur, samt forskningslitteratur som er relevant for min oppgave. Under produksjon av oppgaven har jeg vært nøye med å sitere, tolke og vurdere funn, samtidig som jeg vil anvende teoriene til mitt personlige kildemateriale.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Viser til vedlegg 2 for et mer utfyllende sammendrag av artiklene.

Patients opplevelse av delaktighet i vården (Kiessling & Kjellgren, 2004).

En kvalitativ studie med det fenomenologisk perspektiv der målet var å beskrive hvordan pasientene opplever sin deltakelse i pleie ved et sykehus og ulike faktorer som har innflytelse på deres deltakelse. Data ble samlet ved å intervjuv åtte døgnpasienter ved en kirurgisk avdeling. Resultat viser at pasientene ønsket dialog ved å kontinuerlig utveksle informasjon med sykepleier, kontinuitet i kontakt med personal samt kontroll over egen situasjon.

An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period (Murphy, Conway, MaGrath, O`Leary, O`Sullivan & O`Sullivan, 2011).

En kvantitativ artikkel der et informasjonshefte om viktigheten av mobilisering blir brukt for å forbedre tidlig mobilitet hos eldre som er operert for hoftebrudd. Betydningen av å gi postoperativ informasjon er fremhevet i studien. 83 eldre fra 65 år og eldre ble spurt i undersøkelsen. Deltakerne ble delt opp i tre grupper, der den ene gruppen gjennomgikk vanlig behandling, en gruppe der pasientene fikk informasjonshefte med grunnleggende informasjon om mobilitet og rehabilitering. Den siste gruppen fikk et mer detaljert informasjonshefte. Resultatene av studien viser at tilbudene om grunnleggende informasjon ble best likt, men deltakerne fremhever mangel på utdanning i vanlig omsorg.

Activities of daily living decrease similarly in hospital-treated patients with hip fracture or a vertebral fracture (Theander, Jarnlo, Ornstein & Karlsson, 2004)

En kvantitativ studie med hensikt å undersøke om innlagte pasienter med brudd i lårhalsen eller et ryggvirvelbrudd opplever eventuell forverring etter bruddet i henhold til aktivitet i dagliglivet (ADL). Metoden som ble brukt var å evaluere 87 kvinner, og 22 menn med brudd i lårhalsen, og 34 kvinner og 8 menn med ryggvirvelbrudd på en gjennomsnitt alder på 81 år. Disse ble fulgt opp i 12 måneder, der resultater viste at ingen forbedring i forhold til ADL ble påvist, eller den totale livskvaliteten ble på noen måte bedre innen disse 12 månedene. Men pasienter med ryggvirvelbrudd hadde lavere livskvalitet enn pasienter med brudd i lårhalsen. Her ser man at behovet for ekstern samfunnshjelp bør være på lik linje for ulike typer bruddskader.

Documenting and implementing evidence-based post-operative pain management in older patients with hip fractures (Eid & Bucknall, 2008).

En kvantitativ studie som beskriver hvilken type smertevurdering pasienter med brudd i lårhalsen mottar ved et sykehus. De brukte 43 journaler til pasienter som var fra 65 år og oppover i undersøkelsen, der de la vekt på de fem første dagene etter operasjon. Funnene viste at sykepleierens dokumentasjon av smertevurdering og ledelse ikke var godt nok, samtidig som sykepleierne ikke klarte å bidra til nok kontinuitet i omsorgen. Det anbefales et større fokus på akutte smerter i avdelingene om smertebehandlingen skal forbedres.

5.0 Drøfting

I helsesektoren møter en hver dag eldre som har skader i bevegelsesapparatet. Brudd i lårhalsen skyldes som regel beinskjørhet eller fall, der de aller fleste tilfellene trenger behandling i form av operasjon. Tiden etter operasjon er det fokus på rehabilitering; mobilisering og smertelindring er sentralt. For å bli frisk og tilegne seg best mulig gangfunksjon er det viktig for sykepleier å tilrettelegge og dekke pasientens behov. Samtidig må sykepleier fremme mestring, og ivareta pasientens mestringsfølelse. I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte min problemstilling opp mot litteratur og forskning jeg har funnet innen tema. Jeg vil også legge til mine egne erfaringer fra jobb og praksis i fra kirurgisk avdeling.

5.1 Betydning av mestring i den postoperative fasen

Betydningen av mestring for eldre pasienter som har pådratt seg brudd i lårhalsen har mye å si for deres videre sykdomsforløp. Mestring er en del av rehabiliteringen og uten mestringsfølelse klarer heller ikke pasienten å nå de målene han/hun har satt seg. Gjennom ulike mestringsstrategier kan derfor sykepleier bidra til å fremme mestring ovenfor pasientene. Man kan her stille spørsmålet; er det å bidra til mestring hos en pasient med lårhalsbrudd det samme som å vise omsorg? Som helsepersonell ved en ortopedisk sengepost vet man hvilke konsekvenser de kan ha å bli sengeliggende etter et brudd. Samtidig vet vi hva som skal til for at pasientene skal komme seg på bena igjen. Som sykepleier er målet å hjelpe pasienten å ivareta dens allmenntilstand å gå tilbake det livet pasienten hadde før. Når man ser på det på en slik måte kan man si at det å bidra til mestring er å vise omsorg til pasienten.

Studien til Kiessling og Kjellgren (2004) viser at en samtale med pasientene kan ha en annen dimensjon enn informasjonsutbytte. Gjennom å lytte til pasienten kan helsepersonell vise at de bryr seg og er interessert i hva de har å si. Å gi en bekreftelse på at det pasienten fortalte i samtalen ble hørt og nådde frem hadde stor betydning for opplevelsen av delaktighet for pasienten. Etter hva man har erfart i praksis bør ulike mestringsstrategier fremme pasientens utvikling ved å gjør det mulig for pasienten å

oppleve delaktighet i egen mestring. Slik kan man også bruke og videreutvikle egne ressurser. Som nevnt tidligere skiller Lazarus (2006) mellom to typer mestringsstrategier; den problemorienterte metoden og emosjonell orientert mestring. Den problemorienterte metoden omhandler hvordan pasienten tilegner seg informasjon og hvilke handlingsalternativer man bør ta for å bedre sin situasjon. Det er derfor lettere for pasienten å endre den problematiske relasjonen mellom person og miljø. En slik strategi ser man oftest hos pasienter som selv mener de har mulighet for å håndtere situasjonen de befinner seg i. I studien til Kiessling og Kjellgren (2004) var hensikt å beskrive erfaringer pasienter opplever av deltakelse og ulike faktorer pasientene mente hadde betydning for deres deltakelse innen helse. Resultater i studien viser at behovet for deltagelse kan variere avhengig av hvor i sykdomsprosessen pasienten befinner seg.

Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som en atferdsmessig og skiftende anstrengelser for å kunne håndtere spesifikke indre eller ytre krav som overstiger pasientens ressurser. Med andre ord mestring kan defineres som å klare noe. I følge Holm og Kummeneje (2009) kan pasienter etter et kirurgisk inngrep oppleve forandringer i livssituasjonen, forandringene kan ofte føles stressende eller være uventet. Dette kan igjen føre til at pasienter kan ha vansker med å mestre situasjonen man er i. I tillegg fremhever Eide og Eide (2007) at mestring består av uoversiktlige og komplekse situasjoner, der noen tilfeller oppfattes som summen av intrapsykiske og handlingsorienterte forsøk på å beherske, tolerere eller redusere indre eller ytre belastninger en blir utsatt for.

I teorien til Lazarus og Folkman (1984) legger de vekt på en forståelse av ulike situasjoner mennesket befinner seg i; der fokuset ligger på menneskets tanker og dets opplevelse av stress eller belastninger. Den andre mestringsstrategien Lazarus (2006) bygger på er i følge Kristoffersen (2011) emosjonell orientert mestring. En slik strategi sier noe om situasjoner man forsøker å unngå eller flykte fra, der forsvarsmekanisme som fortrenging av det som skjer ofte spiller inn. Når pasienter da ikke oppnår mestring kan relasjonen mellom pasient og sykepleier være et viktig moment i mestringsprosessen. Gjennom erfaringer fra praksis og jobb opplever man at samspill mellom sykepleier og pasient spiller en stor rolle for

hvordan deres videre forhold oppbygger seg. Om pasienten har et godt forhold til sykepleier kan igjen dette føre til at pasienten føler seg trygg og har tillit til det sykepleieren gjør. Reitan (2010) legger til at mestring er en del av sosialiseringprosessen, der vi gradvis utvikler oss og lærer nye ferdigheter. Renolen (2008) støtter dette ved at man gjennom livet trenger noen å støtte oss til, der den sosiale støtten er ekstra viktig når helsen svikter. For at mennesker skal kunne mestre sin situasjon er det derfor viktig at mennesker rundt dem er der for å gi ros og støtte, familie og venner er spesielt viktig for å skape trygghet for pasienten.

I forhold til mine erfaringer møter man pasienter som har større glede av å trene når en har gitt ros og positive tilbakemeldinger. Man ser ofte at pasienter selv ikke ser de små fremskrittene de har oppnådd, som å komme seg på sengekanten eller selv klare å komme seg til toalettet. Her er det derfor viktig for sykepleier å skryte, løfte dem til fremgang og skape glede slik at mestringsfølelsen til pasienten blir fremhevet.

5.2 Kommunikasjon og viktigheten av informasjon til pasienter med brudd i lårhalsen

Som nevnt tidligere i oppgaven er den største årsaken til brudd i lårhalsen hos eldre blant anna fall i hjemmet. Et slikt fall oppleves traumatisk for pasienten, og forvirring spiller ofte en stor rolle i tiden etter pasienten har pådratt seg lårhalsbrudd til pasienten blir operert. Pasienter blir da så raskt som mulig sendt til sykehus og tidligst mulig opereres. Man opplever da begrenset tid til å gi den informasjonen som trengs i den preoperative fasen. Informasjonen som blir gitt i den i den postoperative fasen på en kirurgisk sengepost blir derfor veldig viktig for pasientens videre rehabilitering. Innen kommunikasjon er nøkkelen å skape gode relasjoner og samarbeid mellom pasient og sykepleier. Jeg skal derfor synliggjøre etableringen av kontakt og relasjon til pasientene i denne delen av oppgaven. Kommunikasjon er en sentral utfordring for sykepleiere; eldre mennesker har ofte en svekket allmenntilstand, er forvirret etter en traumatisk opplevelse og er ikke like mottakelige for informasjon som yngre.

I forskningen til Murphy et al. (2011) har forsinket kirurgi resultert i at pasienter engasjerer seg mer i å anskaffe seg detaljert informasjon, men på en annen side reduseres også pasientens energi, motivasjonen og integriteten. Smerter og stress i

forhold til operasjon kan også føre til konsentrasjonsvansker som igjen fører til vanskeligheter med å oppfatte informasjonen som blir gitt. Kiessling og Kjellgren (2004) støtter dette ved å legge til at mangel på tid i forhold til å gi informasjon kan føre til sterk frustrasjon hos pasienten, dette gjør at pasientene føler seg glemt av pleiepersonale. Mangel på tid reduserer pasientens følelse av å bli sett og hørt som person, da blir relasjonen oppfattet som brutt.

I studien til Murphy et al. (2011) om viktigheten av mobilisering hos eldre pasienten med brudd i lårhalsen legger de vekt på å dele ut en pedagogisk brosjyre om mobilisering i den postoperative fasen. Studien viste at det å gi ut informasjon om mobilitet før operasjon resulterte til en betydelig forkortet sykehusopphold for pasientene som opererte. Pasientrettighetsloven (2013) sier noe om at pasienter har rett til den informasjonen som er nødvendig for å få en helhetlig innsikt i sin helsetilstand. Samtidig sier loven at pasienter skal ha informasjon om mulige risikoer eller bivirkninger før eventuell behandling settes i gang. Kiessling og Kjellgren (2004) viser også at kontinuerlig utveksling av informasjon mellom pasient og helsepersonell har en sentral rolle i pasientens medvirkning.

Informasjonsutvekslingen finner sted i samtaler og blir sett på som en interaktiv prosess hvor pasienten blir sett på som en partner og kan selv være med å diskutere spørsmål om deres behandling. Pasienten har ikke bare juridisk rett til å involveres, men det er bevist helsemessige fordeler ved å la pasienten delta i diskusjon om dens behandling. Brinchman (2008) støtter også dette ved å hevde at pasientautonomi spiller en stor rolle i pasientbehandling. Om pasienter nekter behandling bør det vurderes om pasienten har fått den informasjonen som er nødvendig, samtidig som det bør vurderes om pasienten er kompetent til å ta avgjørelser uten ytre press.

I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon et av de viktigste redskapene man som sykepleier kan ha for å skape et godt menneske-til-menneske-forhold. Man kan hjelpe pasientene gjennom kommunikasjon til å mestre sykdommen deres på en best mulig måte. Eide og Eide (2007) mener at når man kommuniserer er det viktig at tegn og signaler tolkes. Noen tegn kan oppfattes sårende og ubehagelige, mens andre kan oppleves inspirerende og hjelpsomme.

All kommunikasjon tolkes, uten tolkning kan det ikke ses på som kommunikasjon fordi det vil da ikke være en mottaker. Det er derfor veldig viktig at sykepleier er bevist på at det som kommuniseres tolkes på en riktig måte av pasienten.

Travellbee (1999) hevder at sykepleiere kommuniserer gjennom holdning og atferd. All kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er en anledning til å bli bedre kjent. Sykepleier har med dette et grunnlag for å hjelpe og ivareta pasientens behov. I tillegg legger Eide og Eide (2007) til at hjelpende kommunikasjon er et verktøy som skaper tillit og trygghet, samtidig som det er anerkjennende og formidler informasjon som bidrar til å stimulere til at pasientene mestrer situasjonen på en best mulig måte, og løse ulike problemer pasienten står ovenfor

Dette betyr at sykepleier skal gi informasjon til pasienten både før og etter operasjon. Informasjonen bør være konkret og beskrivende slik at også eldre har mulighet til å forstå hva som blir sagt. Man bør her legge vekt på hvordan informasjonen blir gitt, hva som blir sagt og pasientens forståelse av informasjonen. I følge Bastøe (2011) kan usikkerhet omkring egen sykdom føre til at oppfattelsen av informasjon blir svekket. I noen tilfeller oppfatter ikke pasientene at de blir informert, selv om sykepleier mener å ha gitt tilstrekkelig informasjon. Dette er en av de viktigste årsakene til sårbarhet blant eldre pasienter som skal opereres. I studien til Murphy et al. (2011) påpeker de at det er en stor fordel å gi helseinformasjon til pasienter, men man må også ta hensyn til pasientens leseferdigheter. Der forskning har vist at eldre har dårligere lese- og forståelses ferdigheter. Det er heller ikke alltid sykepleiere tar hensyn til pasientens ferdigheter, og den pedagogiske informasjon som blir utgitt blir glemt. I tillegg legger Travelbee (1999) vekt på at eldre ofte har vanskeligheter for å uttrykke smerter verbalt, dermed er det for noen enklere å bruke ansiktuttrykk og kroppsbevegelser.

Dette forklarer hvorfor det ofte kan være vanskelig for sykepleiere å kommunisere, skape tillit og generelt gode relasjon til eldre pasienter. Murphy et al. (2011) legger også til at redusert kognitiv svikt i forbindelse med eldre pasienter gjør det mer utfordrende for sykepleieren å gjengi helseopplysninger og gi informasjon. Ideelt sett bør derfor pasientopplæringen starte i den pre-operative fasen. Videre støtter Holm og Kummeneje (2009) dette ved at informasjon og veiledning har mye å si for det postoperative forløpet. I tillegg kan det være en utfordring for sykepleier å sikre seg at informasjonen som blir gitt blir forstått av de eldre pasientene som ofte lider av kognitiv svikt. Eide og Eide (2010) hevder at gode kommunikasjonsferdigheter er et hjelpemiddel man kan ta i bruk for å forstå pasienten som menneske. Samtidig bruker man hjelpemiddelet for å forstå relasjonen, gi bedre støtte, ta gode beslutninger og til

å stimulere pasientens utvikling på best mulig måte. Det er også viktig å lytte og kommunisere aktivt for å identifisere hva situasjonen krever, samtidig som man forebygger dårlige valg og uheldige løsninger.

5.3 "Activity of daily living" som verktøy

Fysisk aktivitet hos eldre kan forbedre funksjonsdyktighet og bidra til å forebygge sykdommer i eldre år, slik at man så lenge som mulig kan være selvhjulpen. Ved et brudd i lårhalsen er den fysiske aktiviteten svekket; der opptrening er de viktigste momentet for å komme seg på beina igjen.

Studien til Theander et al. (2004) legger vekt på opplevelsen av et lårhalsbrudd påvirker pasientens ADL nivå. Et brudd i lårhalsen regnes som en av de bruddene som skaper mest sykkelighet, samtidig fører et slikt brudd til forandringer i dagliglivet og pasientens livskvalitet. I følge Tuntland (2011) brukes begrepet ADL på to ulike måter. Som en arbeidsmåte for ulike profesjoner og en samlebetegnelse for en spesiell type aktiviteter. Videre hevder Lerdal og Grov (2011) at daglige aktiviteter handler om de praktiske gjøremålene en daglig gjør for å opprettholde funksjonen i hverdagen. ADL innen helse handler om det å opprettholde helse, velvære og funksjoner i og utenfor hjemmet. Theander et al. (2004) hevder at mobilisering og gå trening som regel bør settes i gang dagen etter operasjon hos pasienter med brudd i lårhalsen. Pasientene i studien til Theander et al. (2004) ble alle pasientene behandlet med smertestillende, kalsium og vitamin D, samtidig som de ble mobilisert ved hjelp av fysioterapeuter og sykepleierne.

Travelbee (1999) mener at det å hjelpe syke mennesker med å gjenvinne helsen er en vesentlig tilfredstillelse innen sykepleie. Sykepleieren skal kunne bistå syke mennesker med å hjelpe dem å mestre sykdommen, samt etablere en tilknytning til den syke, slik at han/hun ikke er alene om sykdommen.

Mine egne erfaringer sier at det å hjelpe et menneske å bli frisk er sykepleierens kjerne oppgave. Men samtidig er det viktig at man ser på det store bilde, der det ikke bare er sykepleier som alene kan gjøre et menneske friskt. Så det som skal til for å få et helhetlig bilde er et tverrfaglig samarbeid, der andre som fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og ergoterapeuter spiller en rolle i rehabiliteringen til pasienter med brudd i lårhalsen. I studien til Theander et al. (2004) tar man sikte på å

tilrettelegge for rehabilitering i hjemmet. Der en fysioterapeut og en ergoterapeut gjør et hjemmebesøk etter sykehusoppholdet og de legger til rette for at pasienter som har lidd av brudd i lårhalsen på en best mulig måte skal oppnå optimal livskvalitet og et optimalt ADL-nivå. I følge Archibald (2002) har det å være pleietrengende i eget hjem og avhengig av andre en betydelig innvirkning på livskvalitet til pasienter som har operert for brudd i lårhalsen. I denne studien kommer det også frem at sykkelighet etter hoftebrudd er vanlig, men i de fleste tilfeller har pasienter som har blitt utskrevet fra sykehus en vellykket rehabilitering postoperativt ved sykehuset.

Generelt sett blir evnen til å utføre daglige aktiviteter forverret etter et brudd i lårhalsen. Samtidig har et slikt brudd ofte innvirkning på livskvaliteten; pasienter blir mindre mobile og mer avhengig av hjelp. Den typiske sykkeligheten etter et brudd i lårhalsen fører også til et større behov for hjelp uten for sykehus, der beboere ikke er trygge nok på seg selv til å bo hjemme alene, og vil ha støtte i fra hjemmesykepleie. Theander et al. (2004) støtter dette ved at behovet for ekstern samfunnshjelp etter et brudd i lårhalsen er høyere nå enn tidligere antatt. I følge Tuntland (2011) er regelmessig fysisk aktivitet et tiltak som eldre bør utføre for å fremme helsen. Samtidig forebygger fysisk aktivitet osteoporose, fordi treningen påvirker balanse, benmasse, koordinasjon og bevegelighet. I tillegg reduseres risikoen for brudd og fall. Dette er noe av grunnen til at fysisk aktivitet er veldig viktig for å opprettholde de elders ADL-nivå.

Et spørsmål som ofte blir stilt er hvordan man som sykepleier kan fremme god fysisk aktivitet til eldre med brudd i lårhalsen. Den viktigste oppgaven for sykepleier er som sagt tidligere å fremme mestring til å bevege seg etter en operasjon. Man kan også se på mestringsfølelse som en forutsetning for å oppnå et godt ADL-nivå. Helsedirektoratet (2009) har i sin rapport konkludert med at man ser tydelig fall i aktivitetsnivå hos eldre. Fysisk aktivitet gir overskudd til å utføre daglige gjøremål, samtidig som det er sykdomsforebyggende. Forskning har også vist at regelmessig fysisk aktivitet kan utsette og redusere forventet tap av funksjonsevne hos eldre.

Erfaringer fra praksissammenheng har vist at hvis pasienter skal kunne oppnå mestring innenfor fysisk aktivitet er det viktig for pasientene å lage seg mål, der pasientens egne opplevelser fra før et brudd kan ha mye å si. Man bør oppfordre pasientene til å skrive ned målene og planlegge evaluering av progresjon med sykepleier. På en slik måte må derfor fysisk aktivitet skje i en ramme der mestring og

oppbygging av selvfølelse står i sentrum. Mestring er her en et viktig moment innen fysisk aktivitet, der pasienten selv får styre valg av aktiviteter og hvordan progresjonen kan nås på en best mulig måte.

5.4 Smertelindring i den postoperative fasen

Man ser ofte at problemer ofte oppstår i forhold til smertelindring etter operasjon. Eldre pasienter har ulik reaksjon på smertelindring enn yngre, og eldre har, som nevnt tidligere, ofte høyere smerteterskelen. Eldre har også en tendens til å ha tilleggsdiagnoser, man skal derfor være varsom med medisinsk behandling. Den vanligste behandlingen ved brudd i lårhalsen er operasjon, men det arbeide sykepleierne gjør i den postoperative har også en stor betydning for videre smertebehandling og rehabilitering.

I Eid og Bucknall (2008) sin studie om dokumentering og gjennomføring av postoperativ smertebehandling til pasienter med brudd i lårhalsen legger de vekt på at den viktigste behandlingen for brudd i lårhalsen er kirurgisk inngrep. Ved hjelp av et smertevurderingsverktøy hjelper det sykepleieren å overvåke og evaluere pasientens smerte etter et eventuelt kirurgisk inngrep. Berntzen et al. (2010) legger til at det er i den postoperative fasen sykepleieren har en viktig oppgave i å observere og overvåke smerter. Holm og Kummeneje (2009) bekrefter også dette ved å legge til at eldre er en gruppe pasienter som kan være mer krevende å vurdere og observere smerte på. Det er derfor viktig for sykepleier å kunne observere verbale og nonverbale tegn, og kunne ta i bruk ulike måleinstrumenter for å måle smerter. Som nevnt tidligere er det fire type måleinstrumenter som blir hyppigest brukt, verbal skala, VAS, numerisk skala og ansiktskala. I studien til Archibald (2002) forteller ulike pasienter om deres opplevelse av å få brudd i lårhalsen. De fleste som var med i undersøkelsen husker best smertene, og smertelindringen de fikk både pre- og postoperativt, men den postoperative behandlingen burde i dette tilfelle forbedres ytterligere. Archibald (2002) bekrefter videre i sin studie at sykepleier ved hjelp av et enkelt smertevurderingsverktøy bør vurdere smerter på en annen måte enn ved å bare observere, samtidig som å kommunisere. På en slik måte kan pasientens smerter håndteres på en effektiv måte.

Som man har fått bekreftet er det sykepleierens oppgave å gi smertelindrende behandling etter operasjon. Fra min praksis ved kirurgisk avdeling har jeg også erfart at det ofte er vanskelig å vurdere smertenivå hos eldre, samtidig som eldre ikke alltid har mulighet til å uttrykke seg om smertene. Men ved hjelp av ulike skalaer er det vist at hos eldre med kommunikasjonsproblemer og forvirring er det lettere å bruke slike instrumenter for å uttrykke seg om smertene de gjennomgår. I følge Holm og Kummeneje (2009) spiller sykepleieren en nøkkelrolle i et kirurgisk inngrep, der deres innsats før og etter inngrepet er avgjørende for at pasientene raskt skal bli bedre. Et kirurgisk inngrep blir ofte sett på som en trussel mot egen kropp og situasjon, men ved hjelp av kunnskapsbaserte rutiner både pre-, per- og postoperativt reduseres dette, og det gir et godt utgangspunkt før inngrepet.

Eldre som gjennomgår kirurgiske inngrep opplever en varierende grad av smerter som kan være avgjørende på grunn av at flere organer er involvert, som bein, muskler, vev. Et annet moment som kan være avgjørende for smertene er selve aldringsprosessen (Eid & Bucknall, 2008). Langeland et al. (2011) bekrefter dette ved at brudd i lårhalsene kan skje ulike steder i benet. Om bruddet sitter i selve lårhalsen ødelegges blodtilførselen til beinvevet, noe som kan gi behandlingsmessige konsekvenser. Det vanligste smertene ved et brudd i lårhalsen er smerter i hofteregionen, samtidig som det å bevege og trå på benet er smertefullt. Ved en undersøkelse av brudd i lårhalsen kan en se at benet ofte er tydelig forkortet og utadrotert. Dihle (2011) legger til at studier viser at postoperativ smertebehandling fortsatt er for dårlig, til tross for økt kunnskap om smerter og smertelindring. Det er også forsøkt å identifisere faktorer som viser store og alvorlige smerter. Forskning viser da at smerter ofte har en sammenheng mellom kjønn, alder, type kirurgi, størrelse på operasjonssår og postoperativ smerteintensitet. Videre påpeker Eid og Bucknall (2008) at langvarige postoperative smerter kan føre til fysiologiske og psykologiske komplikasjoner hos eldre, dette kan resultere i forlenget sykehusopphold, større helseutgifter, redusert livskvalitet og dødelighet. På den andre siden påpeker Hansen (2011) at per dags dato gjennomgår eldre kompliserte og langvarige kirurgiske inngrep uten komplikasjoner, der de sies at alder ikke lenger er en kontraindikasjon for vurdering av ulike typer kirurgi.

I følge Holm og Kummeneje (2009) får eldre pasienter for lite smertestillende i den postoperative fasen. Årsaker til mindre smertestillende kan være at man er redd for bivirkninger, der de er hyppigere hos eldre enn yngre. Det er derfor viktig å kunne administrere smertestillende, og vite at forholdet mellom dose og effekt er avhengig av biologisk alder. På den andre siden som nevnt tidligere hevder Hansen (2011) at eldre rent fysiologisk har en høyere smerteterskel enn yngre. Men problemet er ofte at opplevelsen av smertene og intensiteten er minst like sterk hos eldre som hos yngre.

6.0 Avslutning

Min problemstilling i denne oppgaven var: *Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter som er operert for brudd i lårhalsen i den postoperative fasen?*

Etter en grundig gjennomgang av forskningsstudier og faglitteratur har konklusjonen i denne oppgaven vist at som sykepleier bør man ha fokus på pasientens helhetlig opplevelse av egen sykdom og helse. Man bør samtidig sette seg inn i deres situasjon for å forstå hvordan man som sykepleier kan bidra til økt mestring. Hvordan pasientene forholder seg til det å ha brudd i lårhalsen har mye å si for pasientens mestringsstrategi, der holdninger, tanker og følelser spiller en viktig rolle.

Videre i studien ser man at eldre kan ha større problemer med å oppfatte informasjon enn yngre; eldre har ofte svekket allmenntilstand. Det er derfor viktig at sykepleier hjelper pasienten med å møte ulike utfordringer som det å få et brudd i lårhalsen kan medføre. Samtidig som sykepleier gir konkret og forståelig informasjon. Man kan se at økte kunnskaper om mestringsstrategier, betydning av egen helse og velvære kan være helsefremmende tiltak i seg selv. Pasienten kan med dette få bedre kontroll over eget liv og samtidig fremme sin egen mestringsfølelsen.

I den postoperative fasen er hoved fokuset blant annet mobilisering, smertebehandling og informasjon. Fysisk aktivitet er et viktig tiltak som bør settes i gang etter et kirurgisk inngrep, der aktivitet i seg selv kan fremme helse. En kan i tillegg se forutsetning med mestring er å nå et optimalt nivå for fysisk aktivitet, ha gode kommunikasjonsferdigheter og tilstrekkelig smertelindring.

Referanseliste

- Archibald, G. (2002). Patients' experiences of hip fracture. *Journal Of Advanced Nursing*, 44(4), 385-392. Doi: 10.1046/j.0309-2402.2003.02817.x
- Bastøe, L. K. H. (2011). Reaksjoner og strategier o bearbeiding av sykdom og skade. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. (4. Utg., s. 81-104). Oslo: Akribe AS.
- Berntzen, H., Almås, H., Brun Gran, A. M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4. Utg., s. 273-338). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressurs bok*. Oslo: Akribe AS.
- Brinchman, B. S. (2008). De fire prinsippers etikk: Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchman (Red.), *Etikk i sykepleien*. (2. Utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dihle, A. (2011). Smerte og smertelindring. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (1. Utg., s. 95-120). Oslo: Akribe AS.
- Eid, T., & Bucknall, T. (2008). Documenting and implementing evidence-based post-operative pain management in older patients with hip fractures. *Journal Of Orthopaedic Nursing*, 12(2), 90-98.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Grønsløth, K. L., Roa, E., Kjønnøy, I., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelsesapparatet. I H. Almås., D. G. Stubberud., & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (4. Utg., s. 133-167). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hansen, S. (2011). Gamle pasienter. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (1. Utg., s. 375-385). Oslo: Akribe AS.
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I: T. J. Ekeland & K. Heggen. (Red.), *Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk* (s. 64-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2009). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse Norge. (2012). *Lårhalsbrudd operert innen 48 timer*. Hentet 10 januar 2014 fra: <http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/01-artikler%20til%20arkivering/Lårhalsbrudd-operert-innen-48-timer.aspx>
- Holm, S., & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Jacobsen, D., Ingvaldsen, S. E. Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009). Traumatologi. I D. Jacobsen., S. E. Kjeldsen., B. Ingvaldsen., T. Buanes., & O. Røise (Red.), *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2. Utg., s. 448-522). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kiessling, T., & Kjellgren, K. (2004). Patients' experiences of participation in care. *Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 24(4), 31-35.

- Kristoffersen, N.J. (2011). Stress og mestring. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A (Red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. Utg., s. 133-189). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, N., Halse, A.K., og Ørn, S. (2011). Sykdommer i bevegelsesapparater. I S. Ørn., J. Mjell., & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. Utg., s.455-495). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser: En ny syntese*. København: Akademisk forlag.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Lerdal, A., & Grov, E. K. (2011). Aktivitet. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. (4. Utg., s. 640-656). Oslo: Akribe AS.
- Murphy, S., Conway, C., McGrath, N., O'Leary, B., O'Sullivan, M., & O'Sullivan, D. (2011). An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(23/24), 3404-3413.
doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03784.x
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2006) *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasientrettighetsloven. (2013). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 21. Juni 2013 nr. 3*. Hentet 13 januar 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>

- Reitan, A.M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2* (3. Utg., s. 74-107). Oslo: Akribe AS.
- Renolen, Å. (2008) *Forståelse av menneske: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Theander, E., Jarnlo, G., Ornstein, E., & Karlsson, M. (2004). Activities of daily living decrease similarly in hospital-treated patients with a hip fracture or a vertebral fracture: a one-year prospective study in 151 patients. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 32(5), 356-360.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL: Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Wormnes, B., & Manger, T. (2005). *Motivasjon og Mestring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vedlegg

Vedlegg 1

Tabell oversikt over søkeprosessen.

Søkebase	Søkeord	AND/OR	Artikkel	Forfatter	År	Treff
Chinahl	Hip Fracture, Postoperative care, information, coping	AND/OR	An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period	Murphy, Conway, MaGrath, O`Leary, O`Sullivan & O`Sullivan	2011	19 Treff
SweMed +	Surgical patient, communication, participation	AND	Patienters opplevelse av delaktighet i vården.	Kiessling & Kjellgren,	2004	29 Treff
Cinahl	Postoperative pain, Hip fractures	AND	Documenting and implementing evidence-based post-operative pain management in older patients with hip fractures	Eid & Bucknall	2008	4 Treff
Chinahl	ADL, hospital, hip fracture	AND	Activities of daily living decrease similarly in hospital-treated patients with hip fracture or a vertebral fracture	Theander, Jarnlo, Ornstein & Karlsson	2004	33 Treff

Vedlegg 2

Et utfyllende sammendrag av brukte forskningsartikler.

Artikkel 1

Patients opplevelse av delaktighet i vården (Kiessling & Kjellgren, 2004).

Studien til Kiessling og Kjellgren er en kvalitativ studie som omhandler hvordan pasienter selv opplever sin deltakelse i pleie og ulike faktorer som har innflytelse på deres deltakelse. Data ble samlet inn ved å intervjuer åtte døgnpasienter ved en kirurgisk avdeling. Opplevelsen av deltakelse i omsorg ble uttrykt i tre ulike temaer. Behov for dialog, kontinuitet i kontakt med personal og kontroll. Resultater viste at pasientene ønsket kontinuerlig dialog med personale for å kunne utveksle informasjon. I henhold til pasientene ble mangel på tid blant personale en redusert mulighet for å opprettholde dialog. Behovet for kontroll kunne bidra til at pasientene fikk en større evne til å anskaffe seg en oversikt over egen situasjon.

Artikkel 2

An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period (Murphy, Conway, MaGrath, O`Leary, O`Sullivan & O`Sullivan, 2011).

En kvantitativ artikkel som tar sikte på å avgjøre om utdeling av et informasjonshefte om mobilisering forbedrer tidlig mobilitet hos pasienter som har operert for brudd i lårhalsen. Studien rekruterte 83 eldre i alderen 65 år og eldre som er operert for brudd i lårhalsen. Deltakerene ble delt opp i tre grupper, der den første gruppen fikk vanlig behandling postoperativt. Den andre gruppen fikk også vanlig behandling, samt et informasjonshefte om mobilisering, mens den tredje gruppen fikk vanlig behandling og et detaljert informasjonshefte om mobilisering. Ulike skalaer som "Mobility scale" og en numerisk smerteskala ble brukt i studien. Resultatene viste at den andre gruppen hadde mest forbedring etter informasjonsheftet ble gitt ut. Og lite endringer

ble gjort i den tredje gruppen. Konklusjonen av studien sier mye om at tilbudet om grunnleggende informasjon er å foretrekke. I tillegg viser studien at mangel på utdanning innen vanlig omsorg mangler i relevans til klinisk praksis. Pasienter med brudd i lårhalsen bør være utstyrt med et pedagogisk informasjonshefte som inneholder grunnleggende informasjon om mobilitet for å fremme deres optimale rehabilitering etter operasjon for lårhalsbrudd.

Artikkel 3

Activities of daily living decrease similarly in hospital-treated patients with hip fracture or a vertebral fracture (Theander, Jarnlo, Ornstein & Karlsson, 2004)

En kvantitativ studie der hensikten var å undersøke om pasienter som er innlagt for brudd i lårhalsen eller ryggvirvelbrudd opplever forverring i henhold til daglige aktiviteter (ADL) og livskvalitet etter bruddet. Et lårhalsbrudd regnes i dag som et av de mest ødeleggende bruddene for eldre i henhold til sykelighet og dødelighet. Metoden som ble brukt i studie var å følge opp 87 kvinner og 22 menn med brudd i lårhalsen og 34 kvinner og 8 menn med ryggvirvelbrudd med en gjennomsnittsalder på 81 år i 12 måneder. Her ble både ADL-nivå og livskvalitet vurdert, og resultater viser at et hoftebrudd eller et ryggvirvelbrudd tilsvarer en reduksjon i ADL-nivå i løpet av de fir første månedene etter bruddet. Studien viste også at pasienter med ryggvirvelbrudd hadde lavere livskvalitet enn pasienter med brudd i lårhalsen både 4 og 12 måneder etter bruddet. Konklusjonen av studien sier at behovet for ekstern samfunnshjelp til pasienter med ryggvirvelbrudd bør være på en lik linje som behovet for hjelp hos pasienter med brudd i lårhalsen.

Artikkel 4

Documenting and implementing evidence-based post-operative pain management in older patients with hip fractures (Eid & Bucknall, 2008).

En kvantitativ studie som beskriver hvilken type smertevurdering pasienter med brudd i lårhalsen mottar ved et sykehus, der pasientene var i en alder fra 65 år og

oppover. De hadde da en gjennomgang av 43 medisinske journaler etter de fem første dagene etter operasjon. Gjennomgangen viste at sykepleiere sjeldent vurderte eller brukte smertevurderingsverktøy i behandlingen, men de mest brukte smertestillende som ble brukt var paracetamol og morfin. Funne i studien var lik tidligere studier som ble gjort av andre populasjoner. Studien bekreftet at sykepleierens dokumentasjon av smerter ikke klarte å bidra godt nok til kontinuitet i omsorgen. De anbefalte også å sette et større fokus på akutte smerter, der smertebehandlingen bør forbedres. En slik tilbakemelding til sykepleierene bør gi et utgangspunkt for videre praksisutvikling.