



Postoperativsmärtlindring

Kandidatnummer: 793
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave Emne 14B
Bachelor i sykepleie, BIS 15

Antall ord: 8772
Dato:16.04.2018



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16/4 2018
Tittel: Postoperativ smertlindring	
<p><u>Problemstilling:</u> Hur kan sjuksköterskan bidra till postoperativ smertlindring hos patienter med höftfraktur på ortopedisk sängpost?</p> <p><u>Teoretiskt perspektiv:</u> I det teoretiska grunden upplyses det om behandling av höftfrakturer, patientens psykosociala behov och preoperativ information. Vidare beskrivs smärtfysiologi, och smärtbehandling. Sedan går uppsatsen in på sjuksköterskans funktionsområden, professionell kommunikation samt sykepleieprocessen som arbetsmetod. Slutligen beskrivs etik samt relevanta lagar och riktlinjer sjuksköterskan i den postoperativa vården.</p> <p><u>Metode:</u> Uppsatsen är et litteraturstudien baserat på litteratur och flera forskningsartiklar som är relevant för att svara på problemställningen. Forskningsartiklarna som använts är både nationala och international och presenteras med hjälp av en artikelmatris. I denna del beskrivs formen av metoden och tar även upp källkritik till teorin.</p> <p><u>Drøfting:</u> Uppsatsen diskuterar problemställningen utifrån sykepleieprocessen som sjuksköterskans arbetsmetod. Här diskuteras viktigheten av sjuksköterskans kunskapsgrund, smärtkartläggning och identifieringen av patientens behov. Vidare blir gemensamma mål om smertlindringen lyft fram. Därefter diskuteras sjuksköterskan möjligheter av smertlindrings åtgärder. Till sist viktigheten av en god samverkan och kommunikation för att evaluera smärtbehandlingen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Slutligen konkluderas det med att sjuksköterskan bör jobba kunskapsbaserat och vidare förmedla kunskapen genom preoperativ information. Det är viktigt att skapa en struktur i smertlindringen och skapa rutiner samt samarbeide för att nå ett gemensamt mål. Kartläggningen av smärtor, planläggning och evalueringen bör utföras på ett systematiskt sätt. Det är även väsentligt att sjuksköterskan tar med patientens egen bedömning för att bidra till en optimal smertlindring.</p>	

Innehållsförteckning

1.0 Inledning	1
1.1 Bakgrund för valt tema	1
1.2 Presentation av problemställningen	1
1.3 Avgränsningar och precisering av problemställningen	2
1.4 Kontext och målgrupp	2
1.5 Disposition av uppsatsen	2
2.0 Teoretiskt kunskapsgrund	4
2.1. Behandling vid höftfrakturer	4
2.2. Patientens psykosociala behov	4
2.3. Preoperativ information	5
2.4. Vad är smärta?	5
2.4.1 Smärtfysiologi	6
2.4.2 Postoperativ smärta	7
2.4.3 Observationer och kartläggning av postoperativsmärta	7
2.4.3 Smärtkartläggningsverktyg	8
2.5 Postoperativsmärtbehandling med mediciner	8
2.5.1 Icke-farmakologisk smärtlindring vid postoperativsmärta	9
2.6 Sykepleieprocessen som arbetsmetod	10
2.7 Sjuksköterskans behandlande, förebyggande och undervisande funktioner	11
2.8 Professionell kommunikation	11
2.9 Etik, lagar och yrkesetiska retningslinjer	12
2.9.1 Postoperativa riktlinjer i Norge	12
3.0 Metod för uppsatsen	13
3.1 Källkritik	13
3.2 Etiska övervägningar	14
4.0 Presentation av forskningsartiklar	15
5.0 Dröfting	17
5.1 Sykepleieprocessen i praktiken	17
5.1 Databasinsamlingens vikt i smärtbehandlingen	18
5.2 Diagnostisering, identifiering av behov	20
5.3 Mål i smärtbehandlingen	21
5.4 Sjuksköterskeåtgärder	22
5.5 Evaluering	26
6. Konklusion	29
Referenslista	30

1.0 Inledning

Varje år opereras ungefär 300 miljoner patienter över hela världen (Carr & Morlino, 2017b). Det är allmänt känt att kirurgi medför smärta. Nya vårdprogram med kortare liggetid på sjukhus kräver att sjuksköterskan klarar att bidra till en optimal smärtlindring (Wikström, Eriksson, Fridlund, Årstedet & Anders Broström, 2015). Obehandlad postoperativ smärta kan leda till onödigt lidande, hämmande av läkningsprocessen och ge komplikationer i form av skador i respiration och cirkulationssystem. Forskning visar att även om det idag finns mer kunskap har patienten fortfarande smärta efter operationer, vilket kan utvecklas till kronisk smärta (Poloman, Fillman, Giordano, Vallerand, Nicely & Jungquist, 2017). Komplikationerna skapar ett onödigt lidande, ökade kostnader och större behov för vårdresurser (Carr & Morlino, 2017a). Sjuksköterskan har ett viktigt ansvar i den postoperativa vården genom registrering, bedömning, administrering och evaluering av patienternas smärta. En noggrann systematiskt och individuellt anpassad kartläggning är nödvändigt för optimal smärtlindring (Berntzen, Danielsen, Almås, 2016). Det kräver att sjuksköterskan har kunskap och hållningar som skapar tillit och omsorg. Forskning visar dock att sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter har lite praktisk kunskap om medicinsk smärtlindring och icke-farmakologisk smärtlindring. De är rädda för att ge patienten en respirationsdepression eller bidra till att de utvecklar ett beroende (Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, 2015).

1.1 Bakgrund för valt tema

Sedan två år har jag jobbat på en ortopedisk sängpostavdelning. Avdelningen tar emot traumapatienter, inklusive höftfrakturer som kräver postoperativ smärtlindring. Jag upplever att sjuksköterskorna är osäkra gällande smärtlindring. Osäkerheten ligger främst i kartläggning av smärtor. Genom min uppsats vill jag fördjupa mig i hur sjuksköterskan ska arbeta för att bidra till en optimal postoperativsmärtlindring. Fördjupningen ska ge mig ökad kunskap i avsikt att ge bäst möjlig postoperativ smärtlindring i framtiden.

1.2 Presentation av problemställningen

Med bakgrund av ovanstående avsnitt har jag valt följande problemställning: Hur kan sjuksköterskan bidra till postoperativsmärtlindring hos patienter med höftfraktur på en ortopedisk sängpost?

1.3 Avgränsningar och precisering av problemställningen

Jag tar utgångspunkt i patienter som har drabbats av en höftfraktur och har behov av omedelbar hjälp genom kirurgisk behandling. Patienten är i åldersgruppen 50-70 år och befinner sig på en ortopedisk kirurgisk sängpost efter att nyligen har blivit opererad. Innan patienten kommer till sängposten har patienten varit på en postoperativ övervakningsavdelning. Innan överflyttningen ska patientens smärtintensitet inte överskrida 3 på en skala 0-10 med 0 som ingen smärta och 10 som värst tänkbara smärta (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016 s. 391). Vidare avgränsning har patienten har adekvata kommunikationsförutsättningar. Uppsatsen kommer inte innefatta patienter med kognitivsvikt eller narkotikamissbrukare då dessa kräver en specifik hantering. Jag kommer komma in på medicinsk smärtlindring och icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder. Andra professioner kommer även nämnas utan att gå in på dennes huvudarbetsuppgifter. I delar av uppsatsen kommer jag använda pronomet hen istället för patienten.

1.4 Kontext och målgrupp

I den valda åldersgruppen är osteoporos den vanligaste orsaken till höftfrakturer. Av den grund uppstår höftfrakturerna vanligast efter en lågenergi skada som för exempel fall från egen höjd (Halse, Langeland & Ørn, 2011 s. 473, 491-492). Frakturen gör att patienten får smärtor, ett utåtroterat ben och klarar inte belasta benet. Patienten kommer till sjukhuset genom omedelbar hjälp. Det är önskvärt att dessa patienter opereras inom 24 timmar. Efter operation bör patienten mobiliseras inom 24 timmar för att undgå komplikationer. Mobiliseringen kräver en effektiv och trygg postoperativ smärtlindring (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s. 176; Ennking, Le-Wendling & Ihnatsenka, 2017)

1.5 Disposition av uppsatsen

Uppsatsen är uppdelad i sex huvudkapitel tillsammans med framsida, innehållsförteckning och en referenslista. Kapitel två beskriver min teoretiska grund där jag beskriver behandlingen av höftfrakturer, patienten psykosociala behov och preoperativ information. Vidare i kapitel två redogör jag för vad smärta är, kartläggning av smärta samt medicinsk och icke-farmakologisk smärtlindring. Sedan tydliggör jag sjuksköterskans funktionsområden, professionell kommunikation samt beskriver relevant etik, lagar och riktlinjer för postoperativ smärtlindring. I kapitel tre beskriver jag metod, litteratursök, källkritik samt mina etiska övervägningar. Vidare i kapitel fyra presenteras mina forskningsartiklar genom en

artikelmatris. I kapitel fem diskutera jag för att svara på min problemställning med hjälp av kunskap och teori från de ovanstående kapitlen. Jag kommer även inkludera mina egna erfarenheter. I det avslutande kapitlet kommer jag fram till en konklusion baserat på kapitel fem.

2.0 Teoretiskt kunskapsgrund

I min teoretiska grund presenteras relevant teori för min Bacheloruppsats. Alla delar är väsentliga för att redogöra för min problemställning.

2.1. Behandling vid höftfrakturer

Som beskrivet i kontexten kommer patienten in som omedelbar hjälp och opereras inom 24 timmar. Varje år drabbas ungefär 10 000 människor av höftfrakturer. 55 % av dessa frakturer är mediala lårshalsbrott. Frakturerna delas in i mediala lårhalsbrott, laterala lårhalsbrott och frakturer genom trokantregionen. Beroende på var frakturen sitter i höftleden får patienten antingen en total helprotes, en hemiprotes, eller behandlas med osteosyntes (Grønsløth et al., 2016 s. 184). Patienterna har både smärtor pre- och postoperativt. Smärtan behandlas med hjälp av en multimodalsmärtlindring (Ennking et al. 2017). Målet med den postoperativa smärtlindringen är att patientens smärtintensitet inte ska överskrida 3 på en skala från 0-10. Smärtlindringen ska göra att patienten kan mobiliseras samt undgå biverkningar som exempelvis respirationshämning (Wøien & Strand, 2008; Grønsløth et al., 2016 s.176,188).

2.2. Patientens psykosociala behov

Begreppet psykosocial består av två ord: psyke som betyder själ på grekiska, och social handlar om förhållandet mellan människor. Det vill säga att det psykosociala behovet alltså innebär både ett emotionellt och relationellt perspektiv. Det emotionella perspektivet innefattar sinnesstämningar, reaktioner, känslor och upplevelser. Det relationella perspektivet innebär behovet för gemenskap och socialkontakt (Eriksen, 2015 s. 890). Patienten upplever en drastisk förändring i sitt liv vid ett trauma som slutar med en omfattande skada och behandling. De uppstår nya bekymringar inför operationen och tiden efter operationen. Smärtor och reducerad mobilitet är även en psykisk påfrestning (Grønsløth et al., 2016 s. 179). Eide & Eide, 2017 lyfter fram begreppet krisstring. Det handlar om hur man reagerar genom känslor, tankar och handlingar när man plötsligen utsätts för en stor förändring. Mestring handlar om att behöva förhålla sig till negativa känslor till exempel ångest eller sorg. Patienten behöver klara av vardagen efter en operation med smärtor och nedsatt mobilitet. Då kan det uppstå känslor av ångslighet och irritation (Eide & Eide, 2017). Patientens förväntningar till ingreppet och tiden efter, har stor betydelse för hur denne bemästrar situationen. Sjuksköterskan måste ha kunskap om vanliga krisreaktioner och inkludera anhöriga. Anhöriga kan vara till hjälp för patienten som motivator eller

samtalspartner. Vid en kraftig reaktion är det viktigt att informera anhöriga om vanliga krisreaktioner (Grønsleth et al., 2016 s. 180).

2.3. Preoperativ information

Den preoperativa förberedelsen görs för att förbereda patienten inför det kirurgiska ingreppet. Det gör att patienten upplever kontroll, skapar trygghet och lättare kan korrigera missförståelser. Sjuksköterskan bör informera om tillgängliga postoperativa smärtbehandlingsmetoder, verktyg för smärtkartläggning och icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder (Berntzen et al, 2016 s. 310). Informationen bör även innehålla att det är lättare att förebygga postoperativ smärta än en behandlad etablerad smärta. Det är även relevant med information om vad patienten själv kan göra för att lindra smärta (Lunn, Mathinsen & Dahl, 2013). I en preoperativ fas bör sjuksköterskan hämta in information och kartlägga tidigare operationer och tidigare användning av smärtstillandemediciner. Därigenom kan smärtbehandlingen individualiseras (Berntzen et al., 2016 s. 320). Sjuksköterskan bör även inhämta information om patienten psykiska tillstånd. Patienter som lider av ångest eller psykos riskerar en förvärra tillståndet i den perioperativafasen (Berntzen et al., 2016 s. 320). På grund av kontexten har patienten mindre tid till bearbetning av den preoperativ information. Hela förloppet går fort och är psykiskt omtumlande (Grønsleth et al., 2016 s. 179).

2.4. Vad är smärta?

För att behandla smärta är det väsentligt att ha kunskap om vad smärta är. International association for the study of pain har fastställt definitionen av smärta: ”Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada” (International association for the study of pain(IASP), 1994). Definitionen beskriver att det finns ett fysiologiskt och emotionellt perspektiv på smärta. Smärta är en subjektiv upplevelse som kan beskrivas på många sätt. Det finns inga tester som visar exakta parametrar av smärtintensitet. Av den grund är det svårt att jämföra olika smärtupplevelser (Stubhaug & Ljoså, 2008 s. 26). Smärtan kan uppstå av olika orsaker och pågå under kort eller lång tid. Individuella skillnader som känslighet för läkemedel, omständigheterna när smärtan uppstod och tidigare smärterfarenheter är avgörande för smärtupplevelsen. Därav behövs det en individuell behandling till smärtan.

Smärta kan klassificeras utifrån ett tidsmässigt perspektiv: akut eller långvarigsmärta. Det kan också ses utifrån ett etnologiskt perspektiv: nociceptiv, neuropatisk och idiopatisk smärta. Vidare kan smärtan klassificeras utifrån smärtupplevelsen som beskrivs genom tre element: Diskriminativ sensorisk komponent: smärtans intensitet, lokalisation, karaktär och varighet. Affektiv komponent: obehaget förenat med smärta. Slutligen den kognitiva komponenten: smärtans inverkan på tankar och handlingar (Norrbrink & Lundberg, 2014 s. 11).

Alltså, smärta kan bara upplevas genom den vakna hjärnan, men försvinner i ett medvetningslöst tillstånd till exempel narkos. Under operation upplever inte patienten att det uppstår vävnadsskada eller att det pågår en aktivitet i nociceptiva nervbanor. Det är dock behöver det inte nödvändigtvis uppstått en vävnadsskada för att det kan upplevas som smärtor (Stubhaug & Ljoså, 2008 s. 26).

2.4.1 Smärtfysiologi

Postoperativsmärta orsakas av vävnadsskada efter kirurgi. Som beskrivet ovan är smärta en subjektiv upplevelse som handlar hur hjärnan tolkar och bearbetar upplevelsen av smärta. För patientgruppen är det väsentligt att beakta akut nociceptiv smärta och neuropatisk smärta då uppstår vävnadsskada och en mekanisk nervpåverkan under en operation (Lundberg & Norrbrink, 2014 s. 70). Nociception innebär en process där en perifernerv, nociceptor, förmedlar elektriska impulser genom ryggmärgens bakhorn till hjärnans cortex (Lundberg & Norrbrink, 2014 s. 83). Nociceptoren startar en inflammationsprocess och det uppstår ödem. Vävnadsskadan och hög aktivitet i nociceptorerna leder till en sensibilisering av närliggande nociceptorer, som kallas perifer sensitisering. Efter en sensitisering kan svagstimuli ge en kraftigimpuls, som skapar smärtor (Stubhaug & Ljoså, 2008 s. 28, 29).

I ryggmärgen överförs av signaler från den perifera nociceptoren till nästa nervkedja som skickar vidare signalen till hjärnan. Ryggmärgen kan genom sina synapser i bakhornet antingen förstärka eller hämma en impuls. När det skickas impulser till talamus startas en process där kärnor i ryggmärgen och hjärnstammen reglerar kroppens egna smärthämmande mekanismer i de nedåtgående banorna (Stubhaug & Ljoså, 2008 s. 29). Hjärnbarken tar emot signaler och ger patienten en upplevelse av att kunna lokalisera smärtan samt, känna på smärtans intensitet, karaktär och varighet (Lundberg & Norrbrink, 2014 s. 14).

Enligt IASP:s definition finns det en emotionell inverkan (IASP, 1994). Signalen som mottas i limbiska strukturerna i hjärnan ger patienten en upplevelse av obehag. Smärtans kognitiva komponenter, alltså konsekvenser som smärtan kan ge patientens tankar och handlingar tas emot och analyseras i cortex (Lundberg & Norrbrink, 2014 s. 14). Impulserna kommer även till andra delar av hjärnan och påverkar kroppens homeostas, motorik och balans (Lundberg & Norrbrink, 2015 s. 28). Genom repeterade nociceptioner till ryggmärgen förstärks signalen och det skapas ett smärtminne där svagstimuli kan framkallar smärta efter lång tid. Det beror på att cellerna i ryggmärgens bakhorn ändrar sitt responsmönster så att det lättare responderar på att skicka signaler vidare. Det kallas för central sensitisering och det har skapats en överkänslighet vid det skadade området (Stubhaug & Ljoså, 2008 s. 30).

Kroppen har också smärthämmande mekanismer. Ifrån nedåtgående banor från hjärnan. Hypotalamus och hjärnstammen kan hämma signalöverföringen i ryggmärgen. Dessa mekanismer blir aktiverade vid inåtgående signaler samt av signaler från hjärnan (Stubhaug & Ljoså, 2008 s. 31). Hopp och förväntan kan aktivera kroppens egna opiodsystem som ger smärtlindrande effekt. Rädsla och ångest ger en negativ inverkan på smärtupplevelsen (Lundeberg, Molin & Norrbrink, 2014 s. 47).

2.4.2 Postoperativ smärta

Som beskrivet ovan skapar vävnadsskada samt nervskada smärta. Denna smärta benämns som grundsmärta. Smärtan som uppstår vid perifer sensitisering vid till exempel hostning kallas smärttoppar. Fördelen med postoperativ smärta är att den är förväntad och kan förebyggas av hälsopersonal och patienten (Berntzen et al., 2016 s. 361).

2.4.3 Observationer och kartläggning av postoperativ smärta

Kartläggning är väsentligt för att kunna ge patienten tillfredställande smärtlindring. Sjuksköterskan behöver information om smärtans lokalisation, kvalitet, intensitet samt vad som lindrar eller förstärker smärtan (Danielsen et al., 2016 s. 388). Fysiologiska parametrar kan hjälpa sjuksköterskan att bekräfta om patienten har smärta. De fysiologiska parametrarna innebär: förhöjt blodtryck, ökad puls, ökad respirationsfrekvens, utvidgade pupiller och svettning. Patienter med akutsmärta har även ett ökat behov av oxygen i musklerna, en reducerad peristaltik- och urinretention (Danielsen et al., 2016 s. 389). Beteendemässiga reaktioner på smärta kan vara att patienten har fokus på smärtan, pratar om smärtan, gråter och ömkar sig, har ökande muskelspänningar, grimaserar och gnider på området där

smärtorna är lokaliserade. Fysiskt vill patienten vara inaktiv. Smärtan kan också ge ångest och sömnsvårigheter. Sjuksköterskan kan ta hjälp av verktyg för smärtkartläggning för en mer exakt bedömning av smärtintensiteten (Danielsen et al., 2016 s. 389).

2.4.3 Smärtkartlägningsverktyg

Det finns flera verktyg att använda för att kartlägga och evaluera smärtor. Alltfrån enkla skalor där patienten graderar smärtan hen upplever, till bedömningscheman där patienten verbalt samt genom att rita beskriver sina smärtor. Det finns både endimensionella och flerdimensionella verktyg. Endimensionella innebär skalor som NRS och VAS, då mäts smärtintensiteten. Flerdimensionella skalor mäter både smärtintensiteten och hur smärtan påverkar patienten (Danielsen et al., 2016 s.390). I litteraturen beskrivs främst VAS och NRS som de mest använda smärtkartlägningsverktygen. NRS och VAS hjälper patienten att kunna gradera sina smärtor utifrån 0-10, eller 0-100, med 0 som ingen smärta och 10(100) som värst tänkbara smärta (Danielsen et al., 2016 s. 391). Ett kartlägningsverktyg kan säkra informationen och ge ett bättre svar än vid ett samtal (Eide & Eide, 2017).

2.5 Postoperativsmärtbehandling med mediciner

Grundtanken i postoperativsmärtlindring är att förebygga och behandla smärtorna genom planering. Operationen patienten genomgår skapar smärta. Traditionellt sett har postoperativsmärta blivit behandlad med opiater som inkluderar intravenöst och peroral administration. Det har gett suboptimal lindring på grund av biverkningar som till exempel respirationsdepression, trötthet, illamående och obstipation (Danielsen et al., 2016 s. 395; Slørdal & Rygnestad, 2013).

I dagens praktik lindras postoperativa smärtor vid höftfraktur genom en multimodal smärtlindringsmetod (Ennking et al. 2017). Den multimodala smärtlindringen verkar genom att angripa och blockera alla faser i smärtprocessen, både i de perifera och centrala nervsystemen. Det ger en effektiv smärtlindring. Tillsammans reduceras användningen av medicinerna och biverkningarna av opiater. Multimodal smärtlindring innebär en individuell plan som är anpassade efter patienten. I planen ingår vilken typ smärta, smärtmekanismerna, vilken typ av operation som har utförts, lokaliseringen av smärtan samt vilken förväntad varighet smärtan kommer ha. Eftersom multimodal smärtlindring har en opioidsparande är det även användbart hos patienter som har fått en tolerans för opiater (Polomano et al., 2017). I den multimodala smärtlindringen används: icke-opioid-analgetika till exempel NSAIDs och

paracetamol, opiater, antidepressiva, NMDA-antagonist, neuraxial innervation(er epidural eller intradural), perifernervblockad, intraarticular samt infiltration av lokal anesthesi. Forskning har dock visat att NSAIDs ger ökad blödningstendens, större risk för magsår, kardiovaskulära besvär samt att det bör undvikas hos äldre som har en nedsatt njurfunktion då NSAIDs ger en ökad biotillgänglighet (Polomano et al., 2017).

Som beskrivet i avsnittet behandling av höftfrakturer blir patienter med höftfraktur opererade med neuraxial anesthesi. Det är vanligast med en spinal intervention. Det innefattar placering av en nål mellan två ryggkotor för injektion av ryggmärgsbedövning i subaraknoidrummet (Falk & Fleisher, 2017). Perifer nervblockad är ett alternativ före eller under operation (Berntzen et al., 2016 s. 362). Vid en perifer nervblockad ges en infusion till n.femoralis genom ett kateter, antingen kontinuerligt med hjälp av pump eller genom manuell infusion av en sjuksköterska. Perifer nervblockad ger smärtlindring till en enkel nerv. En perifernerv blockad ger mindre risk för hypotension som vid epidural anesthesikateter. Med hjälp av en perifer nervblockad eller epidural anesthesikateter, blir patienten effektivt smärtlindrad. Dock kan båda tillvägagångssätten medföra att patienten får en motorisk blockad som kan hindra mobiliseringen (Lunn et al., 2013 s. 187).

2.5.1 Icke-farmakologisk smärtlindring vid postoperativsmärta

I den multimodala smärtlindringen ingår även icke-farmakologiska tillvägagångssätt (Polomano et al., 2017). Det finns många metoder. Uppsatsen kommer främst lyfta fram andningstekniker och avslappningsövningar. Vid smärta ökar hjärt-och respirationsfrekvensen. Vid mobilisering kan fokusering på andningen ge en positiv effekt på smärtorna. Ytlig respiration kan bidra till mer smärta och bidra till ökad risk för komplikationer. Genom att ge patienten instruktioner om djupandning ger det en positiv inverkan på syresättningen till blodet. Genom att andas kan diafragman aktivera vagusafferter som ökar parasympatikustonus i hjärnan. På det sättet dämpas den ökade sympatikusaktiviteten som uppstår vid smärta (Norrbrink & Lundeberg, 2014 s. 122-123).

Vid smärtor befinner patienten sig i ett förhöjt vakentillstånd, där alla sinnesintryck förstärks och uppfattas som obehagliga (Norrbrink & Lundeberg, 2014 s. 122-123). Då kan avslappningsövningar vara en bra lösning. Det sker i en position där patienten har minimalt med smärtor och rummet bör vara lugnt, störningsfritt och med dämpad belysning. Avslappningstekniken leder till minskad aktivitet i sympatikussystemet vilket normaliserar

muskeltonus (Norrbrink & Lundeberg, 2014 s. 122-123). En positiv förväntan, både medveten och omedveten, kan ge en smärtlindrande effekt. Hopp och förväntan kan aktivera kroppens egna smärtlindrandesystem som leder till smärtlindring (Lundeberg, Molin & Norrbrink, 2014 s. 44, 46).

2.6 Sykepleieprocessen som arbetsmetod

Sjuksköterskan använder sig av sykepleieprocessen som är en problemlösande metod. Det representerar ett systematiskt och ett analytiskt tankesätt för att lösa ett problem eller undgå en konsekvens. Det bidrar till att sjuksköterskan ger en individuell omvårdnad (Skaug, 2016 s. 339). Sykepleieprocessen används i behandlingen av smärtor. Sykepleieprocessen genomförs i fem olika faser: datasamling, problem identifiering, mål, åtgärder och evaluering. Varje fas bygger på logiskt tänkande utifrån det föregående stadiet. Till exempel ger patienten en antagning om vad som är problemet när sjuksköterskan frågar denne om smärtor (datainsamling), sjuksköterskan kartlägger vidare (identifierar vilken typ smärta/problem). Därefter skapar sjuksköterskan och patienten tillsammans ett mål som samspelar med riktninglinjerna ifrån Den norske legeförening. Därefter administrerar sjuksköterskan smärtlindring efter ordination från läkare (åtgärd) och evaluerar sedan smärtlindringen genom att fråga om patienten har mindre smärtor än tidigare (Skaug, 2016 s. 399).

I praktiken innebär det att sjuksköterskan bedömer fram och tillbaka mellan faserna för att lösa problemet. Genom de olika faserna inhämtar sjuksköterskan upplysningar utifrån vilken information föregående fas gav. Samt utifrån ett sammanhang med andra upplysningar tillsammans med kunskap och erfarenheter (Skaug, 2016 s. 399). På den grunden kan sjuksköterskan göra iakttagelser om vad som är problemet och vad som är möjliga handlingsalternativ. Sjuksköterskan söker efter mer information för att antingen bekräfta eller avvisa sina antagningar. Vilken av faserna som sjuksköterskan lägger mest vikt på beror på den aktuella situationen (Skaug, 2016 s. 399). Det är väsentligt att sjuksköterskan dokumenterar åtgärder med tanke på evaluering och patientsäkerhet. Dokumentationen utförs i medicinjournalen eller i journaldokument. Denne bör innehålla planlagd och utförd hälsohjälp. Informationen ska vara relevant, tillräcklig och nödvändig. Genom dokumentationen kan sjuksköterskan skapa en grund i evalueringen och få inspel till vad som behövs förändras och utvecklas (Hellesø, 2015)

2.7 Sjuksköterskans behandlande, förebyggande och undervisande funktioner

Sjuksköterskeyrket är en professionalitet som baseras på teoretisk kunskap, färdigheter och hållningar. Sjuksköterskan jobbar kunskapsbaserat och utövar sitt yrke på forskningsbaserad kunskap integrerat med klinisk erfarenhet och patientens preferenser. Sjuksköterskeyrket innehåller funktion- och ansvarsområden. Behandling av smärta är en av sjuksköterskans funktionsområden. Genom att reducera postoperativ smärta begränsar den en belastning för patienten (Krisstoffersen, Grimsbø, Nortvedt & Skaug, 2016 s. 17).

Sjuksköterskan har även en sekundärt förebyggande funktion som innebär att tidigt identifiera tecken och sätta igång interventioner för att förebygga reell och potentiell hälsosvikt. Det kräver att sjuksköterskan har kunskap om möjliga komplikationer vid en otillräcklig smärtlindring. Eftersom sjuksköterskan jobbar närmast patienten har den möjligheten att kartlägga och bedöma smärtbehandlingen. Det innebär att observera och bedöma tecken på om tillståndet får en negativ utveckling och informera läkaren (Nortvedt & Grønseth, 2016 s. 22). Patientansvarande läkare ordinerar och doserar mediciner i den postoperativa smärtbehandlingen. Ordinationen baseras bland annat på bakgrund av sjuksköterskans observationer och information (Brentzen et al., 2016 s. 382).

Ett ytterligare funktionsområde är sjuksköterskans undervisande och vägledande funktion. Sjuksköterskan har ett ansvar att informera och undervisa patienten om patientförloppet. Det kan innebära att informera om hur sjukvården jobbar med att reducera smärta och hur smärtstillande mediciner fungerar. Den ska även informera om vad patienten själv kan göra för att reducera smärtan. Allt för att patienten ska kunna ta ett självständigt val som är relaterade till sin egen hälsa (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2016 s. 18).

2.8 Professionell kommunikation

Kommunikation är en medfödd förmåga och är en stor del av sjuksköterskans vardag. Begreppet kommunikation kommer från det latinska *communicare* som betyder att göra något gemensamt, delaktiggöra eller ha en förbindelse med (Eide & Eide, 2017). Kommunikation i relationer används för att definiera verbala och icke-verbala tecken och signaler mellan två eller flera personer. Relationer inom hälsoväsendet används i förbindelse med kontakt eller förbindelse mellan människor. Det kan handla om hälsopersonalens förhållande till en eller

flera patienter. God professionell kommunikation har sin grund i det relationella, samtidigt som det är personorienterad och kunskapsbaserat (Eide & Eide, 2017).

Kommunikationen är personorienterad när sjuksköterskan ser personen som en helhet med inneboende resurser, egna värden och individuella mål. Sjuksköterskan använder personorienterad kommunikation genom att lyssna aktivt och se den andra som en unik person. Det handlar även om att erkänna patientens perspektiv och förstå dennes psykosociala kontext (Eide & Eide, 2017). Det väsentliga i personorienterad kommunikation handlar alltså om att lyssna aktivt och bekräfta den andra. Patienter uttrycker sina funderingar genom indirekt antydningar. Det kräver att sjuksköterskan har all uppmärksamhet, lyssnar aktivt och lyssnar efter det som blir sagt mellan raderna. Till exempel måste sjuksköterskan observera hur patienten använder sitt kroppsspråk, ordval och ansiktsuttryck (Eide & Eide, 2017).

2.9 Etik, lagar och yrkesetiska retningslinjer

Etiken är central för att sjuksköterskan ska kunna avgöra vad som är rätt eller fel. Etiska frågor som kommer upp i smärtlindringen handlar om att det kan vara svårt att tro på om patienten har smärtor eller inte, speciellt när patienten uttrycker en smärtintensitet som inte stämmer över med ett typiskt smärtbeteende (Sjøveian & Leegaard, 2012). Sjuksköterskan vill inte utsätta patienten för lidande, men denne kan bli skeptisk för att ge mer starka smärtstillande på grund av bieffekterna av medicinerna. Här kan etiken vara ett hjälpmedel för praktiken. Denna situation kan ta utgångspunkt i de fyra principerna: Vålgörandet, inte-skada, autonomi och rättvisa (Brinchmann, 2012). Sjuksköterskan kan se på situationen genom autonomiprincipen som innebär att ge information, respekt och krav på medverkan. Det överensstämmer även med lagen i Pasient-og-brukerrettighetsloven §3-1 samt §3-2 (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Hälsopersonal ska vara vålgörande men inte skada, exempelvis genom att ge information för att reducera postoperativ stress som kan leda till större smärtor. Utifrån de Yrkesetiska retningslinjerna har sjuksköterskan en plikt att ge en individuell och helhetlig omsorg, samt vara kunskapsbaserad i sin yrkesutövning (Norsk sykepleie forbund, 2016).

2.9.1 Postoperativa riktlinjer i Norge

Enligt Den norske legeforening, (2009) bör alla avdelningar som lindrar postoperativsmärta ha detaljerade rutiner med klara ansvarsfördelningar. De slår fast att patientens smärtintensitet inte ska överskrida 3 på NRSSs smärtintensitet skala.

3.0 Metod för uppsatsen

Støren (2013) definierar en litteraturstudie som litteraturen du studerar, alltså det som blir undersökt och skrivit om artikelförfattarna. Materialet i en litteraturstudie är existerandekunskap som presenteras i artiklar. Artiklarna hämtas genom att söka i databaser. Litteraturstudien skapar ingen ny kunskap men kan genom en systematisk genomgång ge nya infallsvinklar. Systematiseringen föregår genom att söka kunskap, samla, värdera och sammanfatta forskningsartiklar. Jag kommer använda mig av läroböcker som går under den akademiska genren men som ofta upprepar forskningsresultat, teorier och fagliga argument. I läroböckerna är det svårt att se vart de underbyggda argumenten är hämtade ifrån (Støren, 2013).

I mitt sök efter forskning har jag använt mig av sökmotorn på Sykepleien.no, och avgränsat till forskningsdelen mellan 2008-2018. Här sökte jag med sök orden: postoperativ smertebehandling och fick upp 16 träffar. Där hittade jag min första och andra forskningsartikel. Jag har även sökt i Chinal med sökorden: "Communication" AND "Postoperative pain". Jag avgränsade till tidsperioden 2008-2018 och fick 120 träffar. Där fick jag tag i min tredje och fjärde artikel.

För att göra mitt sök mer precist sökte jag vidare på Chinal och använde sökorden: "Pain measurement" AND "nursing assesment" AND "patient attitudes". Då fick jag upp 20 träffar och hittade min femte artikel. Jag sökte vidare på Chinal med sökorden: "postoperativ pain" AND "nursing practice" AND "pain managment". Då fick jag sex träffar och hittade min sjätte artikel. För att hitta en artikel som lyfter fram hur den akuta kontexten på verkar smärtlindringen sökte jag på Chinal med sökorden: "Preoperative Education" AND "Trauma" och fick 2 träffar, och hittade min sjunde artikel. Tillsammans med forskningsartiklarna jag har använt relevant litteratur som jag har fått introducerat och använt mig av genom utbildningen. Jag har även använt mig av uppslagsverket uptodate.com.

3.1 Källkritik

Enligt Dallon (2017) betyder källkritik att värdera och karakterisera litteraturen. Det är även en metod för att säkra att källan som används är pålitlig. Det är viktigt att förhålla sig kritisk till uppgifterna i litteraturen. Jag har använt mig av forskning som är skriven av sjuksköterskor. Det gör det lättare för att upprätthålla ett sjuksköterskeperspektiv. Artiklarna

från China är på engelska. Min tolkning och översättning kan vara bristfällig på grund av min språkförståelse. Litteraturen som jag har använt är på Norska, bortsett ifrån en bok. Eftersom jag har ett annat modersmål kan min tolkning av litteraturen bli felaktig. Artiklarna kommer från Norge, England, Sverige, Kina och USA. De olika länderna kan ha olika behandlingssystem som avviker ifrån de norska. Dock anser jag att artiklarna ger ett bredare perspektiv till problemställningen. Artiklarna är inte äldre än 9 år. Det ser jag som en styrka, då kunskap fort blir utdaterat (Dallan, 2017). För att bedöma trovärdigheten på artiklarna har jag sett att alla artiklar är fagfelleverdert.

Två av artiklarna kommer från avdelningar där de utför planlagda operationer av höftproteser. Trots det är resultaten relevanta för min uppsats då de tar fram etiska frågeställningar som alla som jobbar med smärtlindrande står inför. En av artiklarna kommer från en medicinskenhet. Jag anser ändå att artikeln är relevant då resultaten pekar på hur sjuksköterskans arbetsförhållanden samt yrkesutövning påverkar smärtlindringen. I en av forskningsartiklarna deltog tre olika yrkesgrupper som möter patienter på olika avdelningar i sitt behandlingsförlopp. Det uppfattar jag som en styrka då det ger ett brett perspektiv på smärtbedömningen. Två av mina artiklar rör den akuta patientens behov. Det ser jag som styrka för att svara på min problemställning.

3.2 Etiska övervägningar

I uppstartfasen har jag inspirerats av liknande uppsatser vilket kan påverka utformningen av min uppsats. Jag har använt mig av skolans rättningslinjer för källhänvisning. Jag har inte använt andras arbete utan att referera korrekt. Enligt Dallan (2017) upplyser uppsatsen akademiska värden i uppsatsskrivning genom att referera korrekt.

4.0 Presentation av forskningsartiklar

Nummer:	1
Författare:	Tone Høilo Granheim, Kari Raaum, Knut-Andreas, Christophersen og Alfild Dihle, (2015)
Titel:	Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne
Tidskrift:	Sykepleien forskning
Syfte:	Beskriva sjuksköterskan och sjuksköterskestudentens kunskaper och hållningar till smärta hos vuxna patienter inläggande på kirurgiskavdelning.
Metod:	Tvärsnittsstudie där 200 sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter blev inbjudna till att delta. Var av dem var 114 sjuksköterskor och 86 var tredje års sjuksköterskestudenter som deltog.
Resultat:	Sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter har teoretiskt stark kunskap om smärtlindring. Dem upplever en rädsla för respirationsdepression samt beroendeskapande av opiat. Det finns ett gap mellan teoretisk kunskap och praktisk kunskap. Det finns behov för ökad kompetens om smärthantering.
Nummer:	2
Författare:	Aud Karin Hjelpdahl Sjøveian & Marit Leegaard, (2012)
Titel:	Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?
Tidskrift:	Sykepleien forskning
Syfte:	Kartlägga hur sjuksköterskor samhandlar med patienterna om den postoperativa smärtbehandlingen i ett Joint Care behandlings upplägg.
Metod:	Kvalitativt beskrivande design med semistrukturerade djupintervjuer, av fem sjuksköterskor på ortopedisk sängpost.
Resultat:	Patienterna blir mobiliserade tidigt. Patienterna har störst smärtor andra postoperativa dag. Sjuksköterskorna är osäkra på patienternas kunskap om användningen av NRS smärtskala.
Nummer:	3
Författare:	Kerstin Eriksson, Anders Broström, Lotta Wikström & Kristofer Årestedt, (2013)
Titel:	Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments
Tidskrift:	Applied Nursing Research
Syfte:	Beskriva hur patienterna uppfattar användningen av smärtkartläggnings verktyget NRS.
Metod:	En kvalitativstudie genom en fenomenografiska semistrukturerade intervjuer. Det deltog 25 ortopediska patienter ifrån fyra olika sjukhus.
Resultat:	Om NRS ska fungera behöver sjuksköterskan och patienten kommunicera om smärtorna, NRS ställer kunskapskrav till sjuksköterskan och NRS skalan ger rum för tolkning.
Nummer:	4
Författare:	Lotta Wikström, Kerstin Eriksson, Bengt Fridlund, Kristoffer Årstedet & Anders Broström, (2015)
Titel:	Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis
Tidskrift:	Scandinavian Journal of caring science
Syfte:	Genomgång och beskrivning av vårdupplevelser på bakgrund av sjukvårdspersonal bedömning och behandling postoperativ smärta
Metod:	En kvalitativstudie genom en explorativ design teknik analys av 480 kritiska händelser. Totalt deltog 24 undersköterskor, sjuksköterskor och läkare som jobbar på ortopedisk avdelning ifrån fyra olika sjukhus.
Resultat:	Om NRS ska fungera behöver sjuksköterskan och patienten kommunicera om smärtorna, NRS ställer kunskapskrav till sjuksköterskan och NRS skalan ger rum för tolkning.

Nummer:	5
Författare:	Julie Gregory, Heather Waterman, (2012)
Titel:	Observing pain management practice on a medical unit following changes arising from an action research study
Tidskrift:	Journal of clinical nursing
Syfte:	Beskriva bedömningsmetoder på en medicinsk enhet för att identifiera faktorer som påverkar bedömningen av smärta.
Metod:	Kvalitativ observationsstudie med intervju. 38 patienter deltog
Resultat:	Det är nödvändigt med kommunikation. Multi-taskning och praktiska problem upplevdes som distraherande och gav inget rum till samtal om patientens smärtupplevelse. Artikeln belyser att sjuksköterskan jobbar i en komplexmiljö som påverkar patienten.
Nummer:	6
Författare:	Rosemary C. Poloman, Mechele Fillman, Nicholas A. Giordano, April Hazard Vallerand, Kelly Witltese Nicely & Carla R. Jungquist, (2017)
Titel:	Multimodal Analgesia for acute postoperative and trauma-related pain: current recommendations form evidence-based guidelines and expert consensus reports
Tidskrift:	American journal of nursing
Syfte:	Syftet med artikeln är att ge en sammandrag av olika multimodala smärtlindringsmetoder i behandling av postoperativ smärta. Samt diskutera fördelar och summera olika resultat ifrån relaterad forskning
Metod:	Sammanfattning av resultat ifrån relevant forskning, rekommendationer ifrån evidensbaserade riktlinjer samt experternas konsensus uttalanden.
Resultat:	Optimal smärtlindring kräver att sjuksköterskorna har kunskap om relevanta smärtstillande och relevanta riktlinjer. Samt att en multimodal smärtlindring kräver undervisning till patienter om olika sätt att smärtlindra.
Nummer:	7
Författare:	Eliza Mi-Ling Wong, Sally Wai-Chi Chan & Sek-Ying Chair (2009)
Titel:	Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma
Tidskrift:	Journal of advanced nursing
Syfte:	Se på vilken effekt preoperativ undervisning har på postoperativa smärta, ångest hos trauma ortopediska patienter
Metod:	En kvasi-experimentell studie, pre och post operativ test design. Inkluderade sammanlagt 125 patienter. 63 i experimentgruppen och 62 i kontrollgruppen.
Resultat:	Det var stor skillnad mellan grupperna. Pre operativ information skapade mindre smärtor, mindre ångest. Följande lede till kortare sjukhusuppehåll och mindre ångest i efter 3 månader.

5.0 Drøfting

Som omtalat i inledningen tar denna uppsats utgångspunkt i följande problemställning: Hur kan sjuksköterskan bidra till postoperativ smärtlindring hos patienter med höftfraktur på en ortopedisk sängpost? I detta kapitel diskuterar jag problemställningen utifrån kunskapen i teoridelen tillsammans med resultaten från de beskrivna forskningsartiklarna. Diskussionen sker genom sykepleieprocessen.

5.1 Sykepleieprocessen i praktiken

Postoperativsmärtlindring genomförs utifrån sykepleieprocessen. Sykepleieprocessen är en problemlösande process som hjälper sjuksköterskan att systematisera olika förhållanden som kan uppstå i den postoperativa smärtlindringen vid höftfrakturer. Under processen får sjuksköterskan en chans att systematisera patientens behov och därigenom bevarar patientens autonomitet och ge vård av god kvalitet (Skaug, 2016). För att kontinuerligt kunna bedöma och evaluera smärtlindringen behöver sjuksköterskan teoretisk och erfarenhetsbaserad kunskap (Danielsen et al., 2016), dock visar forskning att sjuksköterskorna inte har tillräckligt med praktisk kunskap i smärtlindring (Sjøveian & Leegaard, 2012; Granheim et al., 2015; Wikström et al., 2015; Polomano et al., 2017). På den grund finns det anledning att tro att patientens autonomitet inte tas tillvara på.

För att sjuksköterskan ska göra korrekta observationer borde denne kunskap om smärtfysiologi och biverkningar av de aktuella smärtlindringsmetoderna samt tro på att patientens smärtupplevelse (Danielsen et al. 2016; Granheim et al., 2015). Genom att skapa förståelse och få respekt för patientens smärtupplevelse kan sjuksköterskan bidra till en målinriktad postoperativ smärtlindring. Det kan sjuksköterskan göra genom att uppdatera sig inom smärtforskningen samt arbeta kunskapsbaserat (Granheim et al., 2015; Polomano et al., 2017). Enligt de yrkesetiske retningslinjerna har sjuksköterskan även en plikt att hålla sig uppdaterad på forskning för att upprätthålla och ta till sig ny kunskap (Norsk sykepleier forbund, 2011). Om sjuksköterskan har tillräckligt med kunskap kan det tänkas att kan sykepleieprocessen hjälpa denne att utföra en systematisk genomgång av patientens behov och säkra en smärtlindring med god kvalitet.

5.1 Datainsamlingens vikt i smärtbehandlingen

För att sjuksköterskan ska smärtlindra borde denne samla in information om smärtorna och kartlägga dessa utifrån omfång och intensitet. Det fordrar att sjuksköterskan använder sig av professionell kommunikation, klinisk blick och smärtkartläggning (Danielsen et al., 2016). Vid kartläggningen bör patientens perspektiv vara styrande, då smärta är en subjektivupplevelse (IASP, 1994). På så sätt kan det tänkas att sjuksköterskan kan ta vara på patienten autonomi och bidra till smärtlindring.

Det är centralt att sjuksköterskan använder sig av professionell kommunikation för att skapa sig en uppfattning om patientens smärtupplevelse (Wikström, 2015). När sjuksköterskan inte tar sig tid att lyssna på patienten kan det uppstå missförståelser som leder till ineffektiv smärtlindring. När sjuksköterskan uppfattas som kort i smärtkartläggningssamtalen och utför andra arbetsuppgifter under kartläggningen, kan patienterna uppfatta sjuksköterskan som stressad, ointresserad och uppleva att dem är till besvär. Det kan göra att patienten väljer att inte rapportera om smärtor och istället uthärda en hög smärtintensitet som kan leda till kroniska smärtor (Gregory & Waterman, 2012; Eriksson et al., 2013; Wikström et al., 2015; Polomano et al., 2017).

Granheim et al., 2015 beskriver i sin studie hur sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter inte tog hänsyn till patientens egen smärtbedömning. Det till trots att de tidigare hade svarat att patienten bedömer sin smärta bäst själv. Detta visar att sjuksköterskorna och sjuksköterskestudenter inte tog hänsyn till de subjektiva uttalanden som las fram i patient caset (Gregory & Waterman, 2012; Wikström et al., 2015; Granheim et al., 2015). Med bakgrund av forskningsartiklarna kan det tänkas att sjuksköterskan bör vara närvarande, lyssna och använda professionell kommunikation i smärtkartläggningen i samverkan med patienten. Därigenom kan sjuksköterskan säkra att datainsamlingen blir pålitlig och relevant, så att denne bidrar till den bästa möjliga smärtlindringen.

Sjuksköterskan kan använda sig av ett smärtkartläggningsverktyg för att inhämta information om patientens smärtintensitet (Danielsen et al., 2016). Å ena sidan är det viktigt att sjuksköterskan använder sig av välkända verktyg för smärtkartläggning. Det kan ge sjuksköterskan en uppfattning om effekten av smärtbehandlingen. Smärtkartläggningsverktyg

gör även att patienterna upplever att de bli tagna på allvar och det skapar ett förtroende till sjuksköterskan (Danielsen et al., 2016). På andra sidan är det viktigt att lyssna till patientens verbala smärtbedömning och inte fastna i bedömnings verktyget, utan också lyssna på patientens subjektiva smärtupplevelser (Eriksson et al., 2013). Forskning visar att många patienter upplever att det ofta blir svårt att sätta en siffra på smärtan. Smärta är en komplexupplevelse som ändrar sig beroende på aktivitet och vila. Därför borde det också vara centralt att sjuksköterskan frågar om smärtintensiteten både när patienten är i vila och i aktivitet (Eriksson et al., 2013).

Eide & Eide, 2017 tar upp att NRS inte blir fullständigt om patienten inte får beskriva sin smärta med ord. Genom ett samtal kan sjuksköterskan och patienten få en större förståelse av smärtupplevelsen. Det hjälper även sjuksköterskan att se hela patientens upplevelse och hur smärtan påverkar patienten fysiskt och psykiskt, detta bekräftas av forskning (Eriksson et al., 2013). Fler forskningsartiklar tar upp att patienten behöver få preoperativ undervisning om NRS ska fungera optimalt. Annars kan det uppstå missförstånd mellan sjuksköterskan och patienten i smärtbedömningen och datainsamlingen blir mindre pålitlig (Sjøveian & Leegaard, 2012; Eriksson et al., 2013; Wikström et al., 2015). På dessa grunder bör sjuksköterskan använda smärtpåskattningsverktyg, då det är pålitligt för både patienten och sjuksköterskan. Dock bör patienten ha en förståelse för hur smärtbedömningen fungerar samt att patienten får supplerar med smärtskalan med en verbal bedömning.

För att kunna behandla patientens postoperativa smärta är det nödvändigt med patientens egen smärtbedömning. Sjuksköterskan inte har någon exakt parameter som mäter patientens smärtintensitet och behöver använda kommunikation, klinisk blick och vitala parametrar i smärtbedömningen (Danielsen et al., 2016 s. 388). Dock bör patientens egen smärtbedömning vara styrande. För att bedömningen ska bli bäst möjlig måste sjuksköterskan tro på patientens egen bedömning och smärtupplevelse (Wikström et al., 2015). Trots att sjuksköterskan har kunskap uppstår det ett etisktproblem och osäkerhet när patientens egen bedömning inte stämmer överens med sjuksköterskans bedömning. Därför finns det grund att tro sjuksköterskorna tar sina observationer på större allvar än patientens egen bedömning (Sjøveian & Leegaard, 2012; Eriksson et al., 2013; Wikström et al., 2015; Granheim et al., 2015). Det kan bero på att sjuksköterskorna har olika sätt att använda sin kliniska blick samt har mer eller mindre erfarenhet med smärtor (Gregory & Waterman, 2012).

Med tanke på vad IASPs definition(1994), smärtfysiologi och patientens autonomi så borde sjuksköterskan lita på patientens egen bedömning och ha förtroende till sin kompetens (Granheim et al., 2015). Annars kan patienten riskera att uppleva att hen inte blir tagen på allvar och har onödiga smärtor som kan leda till kroniska smärtor (Polomano et al.2017). Genom att sjuksköterskan bidrar till att skapar rutiner i att utföra kontinuerlig verbal smärtbedömning kan det uppstå en kultur som säkrar patienten en pålitlig smärtbehandling (Eriksson et al., 2013). På så sätt kan sjuksköterskan även fånga upp tillbakadragna patienter som underrapporterar sin smärtupplevelse. Genom att sjuksköterskan använder sin undervisande funktion kan denne uppmuntra och informera om funktionen av smärtlindring (Sjøveian & Leegaard, 2012; Wikström et al., 2015).

5.2 Diagnostisering, identifiering av behov

Datasamlingen skapar grunden för att alla kliniska bedömningar och beslut ska leda till rätt åtgärder. I den diagnostiserande fasen bör sjuksköterskan ha en holistisk syn på patientens smärta. Det kräver att sjuksköterskan har kunskap om smärtfysiologi och tar hänsyn till kontexten patienten är i. Patienten kommer in för omedelbar behandling och ska opereras inom en kort tid. Vid en akut inläggning blir patienten tagen ur sin vardag in i okända omgivningar som leder till ovisshet inför operation och tiden efter operationen. Det riskerar att patienten upplever en stark smärtintensitet (Wong, Wai-Chi Chan, Chair, 2009; Grønseth et al., 2016 s. 184).

Sjuksköterskan har en viktig roll i behandlingsförloppet, då hon följer patienten tätt under hela vägen. Ett kirurgiskt förlopp kan vara stressande för patienten, många känner på rädsla inför operation och tiden efteråt. Ångest och osäkerhet skapar starkare smärtintensitet (Wong et al., 2009; Lundberg & Norrbrink, 2014). Oro i de pre och postoperativ faserna skapar kommunikationssvårigheter mellan patienten och vårdpersonalen. Det leder till en sämre smärtpåläggning vilket kan leda till en ineffektiv smärtlindring (Wikström et al., 2015). Genom ett bra tvärprofessionell samverkan som jobbar kunskapsbaserat så kan stressen patienten upplever, reduceras. Sjuksköterskans ansvar bör handla om att undervisa och informera för att skapa trygghet genom hela behandlingsförloppet, främst i den preoperativa fasen (Wøien & Strand, 2008; Wong et al., 2009).

Danielsen et al., 2016, s.384 beskriver även hur patienten genom en reducerad upplevelse av välbefinnande kan få en starkare smärtintensitet. Det kan handla om att ligga i en obehaglig ställning i sängen, vara törstig eller illamående. Smärtor kan i sin tur leda också till illamående, svettningar och dålig sömn (Wikström et al., 2015). För att uppnå välbefinnande bör sjuksköterskan sträva efter att ta vara på de fysiska behoven, till exempel lindra illamående eller lägga patienten tillrätta så att denne kan slappna av i en mer bekväm ställning (Sjøveian & Leegaard, 2012; Wikström et al., 2015).

Sjuksköterskan har en central roll i reduktionen av den kirurgiska stressen som förekommer efter trauman och kirurgi (Berntzen et al., 2016). Genom en systematisk kartläggning av patientens smärtor kan sjuksköterskan bidra till smärtlindring och på så sätt förebygga olämpliga effekter av stressrespons som till exempel reducerad respirationsförmåga (Wong et al., 2009; Berntzen et al., 2016). Genom en tidig identifiering av patientens behov kan det bidra till en snabbare rehabilitering (Wikström et al., 2015).

5.3 Mål i smärtbehandlingen

Om patienten, sjuksköterskan och läkaren ska ha ett gemensamt mål för smärtlindringen kräver det god kommunikation (Danielsen et al. 388). Genom att ha kännedom målen kan missförstånd undvikas. Patienter får även möjlighet att berätta om sina förväntningar. Om målen inte kommuniceras finns det en risk att sjuksköterskan har ett mål med att patientens smärtintensitet och mobilisering som inte stämmer överens med patientens mål (Eriksson et al., 2013). Sjuksköterskan tänker att patienten ska ha en smärtintensitet under 3, efter riktlinjerna av Den norske legeforening (2009) och skal mobiliseras inom 24 timmar (Sjøveian & Leegaard, 2012). Baserat på min egen erfarenhet upplevs det som att ofta patienten är trötta efter operation och önskar att få slappna av. Här kan det tänkas att patientens rättigheter till medbestämelse riskerar att komma i kläm då sjuksköterskan och patienten har olika mål (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Sjøveian & Leegaard, 2012). För att båda parter ska nå samma mål och skapa de bästa förutsättningarna rehabiliteringen bör sjuksköterskan ha ett gemensamt samtal med alla parter där missförstånd kan redas ut (Wong et al., 2009; Granheim et al., 2015).

Sjuksköterskan måste ta hänsyn till att patienten inte har samma förutsättningar att förstå vikten av mobilisering inom 24 timmar (Sjøveian & Leegaard, 2012). Genom att använda sin undervisande funktion kan båda parter få en gemensam förståelse om vilka mål som är viktiga

att nå för en optimal rehabilitering. På så sätt kan patienten undgå att få smärttoppar som leder snabbare rehabilitering och förebyggande av komplikationer (Wikström et al., 2015 & Sjøveian & Leegaard, 2012). På grund av att sjuksköterskan har ett självständigt ansvar för flera patienter kan det leda till att det inte finns tillräckligt med tid för undervisning eller uppmuntra att ta extra smärtstillande innan mobilisering. Här bör sjuksköterskan planera sin tid för att uppnå målen (Wikström et al., 2015).

För den höftopererade patient är det viktigt att de får en uppföljning av en fysioterapeut (Grønseth et al., 2016 s. 170). För att rehabiliteringen ska bli optimal kräver det att sjuksköterskan och fysioterapeuten har ett bra samarbete och medvetna om varandras mål. Genom att båda parter planerar träningen kan sjuksköterskan uppmuntra patienten till att ta smärtlindring så att den har effekt vid mobiliseringen. Om samarbetet sviktar riskerar det att patienten får onödigt ont under och efter mobiliseringen. Det kan leda till att patienten skapar en rädsla för att mobiliseras och blir mindre motiverad till mobilisering senare. Genom att ha gemensamma mål och ett bra samarbete kan sjuksköterskan och fysioterapeuten förebygga smärtor, rädsla och göra rehabiliteringstiden kortare (Sjøveian & Leegaard, 2012; Wikström et al., 2015).

5.4 Sjuksköterskeåtgärder

Sjuksköterskan utövar sin behandlande funktion när denne sätter in åtgärder. Med hjälp av kunskap om smärfysiologi och dess konsekvenser kan sjuksköterskan förebygga postoperativa smärtor (Wøien & Strand, 2008; Wong et al., 2009). Genom sykepleieprocessen kan sjuksköterskan bedöma effekten smärtbehandlingen och sätta i gång åtgärder (Danielsen, 2016). På sjukhuset möter patienten många yrkesgrupper. Sjuksköterskan har en central funktion att samverka med andra yrkesgrupper. Samarbetet innebär att utföra noggrann och koncis kommunikation samt dokumentation. Genom den preoperativa informationen kan sjuksköterskan förespråka patientens behov för att sätta in åtgärder. Genom tillrättaläggnig av patientens behov kan patienten känna sig trygg genom hela behandlingsförloppet som ger positiv inverkan på smärtan postoperativt (Wong et al., 2009; Wikström et al., 2015).

I den preoperativa fasen bör sjuksköterskan vid sängpost använda sin undervisande funktion för att informera om behandlingsförloppet samt hämta in preoperativ information (Berntzen et al, 2016). Den preoperativa undervisningen kan ge en patienten förutsägbarhet och trygghet i behandlingsförloppet (Wong et al., 2009; Sjøveian & Leegaard, 2012). Kontexten kan ge

sjuusköterskan en begränsad tid för inhämtning av information och undervisning. Genom att använda preoperativ information som en åtgärd kan denne förebygga ogynnsamma komplikationer. Som för exempel en ökad smärtintensitet, ökat ångestnivå och hämning av respirationen. Bristfällig preoperativ information kan också leda till oförutsägbar smärta och behandlingsförlopp, med tanke på central sensitisering (Stubhaug & Ljoså, 2008; Wong et al., 2009).

Kontexten kan ge patienten en utgångspunkt att få starka postoperativa smärtor. Alla patienter reagerar individuellt i kris (Eide & Eide, 2017). Kontexten kan ge patienten en större risk att skapa negativa tankar, uppleva rädsla och ängslighet, som i sin tur skapar en intensivsmärta (Wong et al., 2009; Lundeberg et al., 2014). Sjuusköterskan bör sätta in åtgärder som att ge tydlig och koncis information samt upprepa informationen postoperativ. Sjuusköterskan kan även ge skriftlig information och inkludera anhöriga den preoperativ undervisningen. Det skapar trygghet för patienten att flera personer har hört och förstått informationen (Wong et al., 2009; Berntzen et al., 2016). Genom dessa åtgärder kan sjuusköterskan bidra till postoperativ smärtlindring.

Traditionellt sett har postoperativa smärtor vid höftoperationer behandlats med opiater. Opiater är ett effektivt sätt att behandla smärta på. Dock ger medicinen många ogynnsamma bieffekter (Danielsen et al., 2016 s. 395). Stora doser med opiater skapar en barriär för rehabiliteringsmålet. Patienterna blir mindre tillgängliga på grund av sedation och har inte krafter till mobilisering eller att kommunicera om sitt tillstånd (Wikström et al., 2015). Patienten står även inför risken att bli utsatt respirationsdepression när de får stora mängder opiater (Polomano et al., 2017). Att patienten får respirationsdepression är en av sjuusköterskans största oro (Granheim et al. 2015 & Wikström et al., 2015). Den multimodala metoden däremot lindrar smärtan genom att angripa alla faser i smärtprocessen som reducerar behovet för opiater (Polomano et al., 2017). Den multimodal smärtlindring blir även skonsam och effektiv mot de patienter som får starka reaktioner av opiater som exempel illamående och yrsel (Wikström et al., 2015).

Det är patientansvarande läkare som ordinerar medicin samt dosering vid den postoperativa smärtlindringen. Sjuusköterskans åtgärd bör vara att ge läkaren konkreta observationer för att bidra till rätt dos av smärtstillande(Wøien & Strand, 2008, s. 277). Genom sjuusköterskans observationer kan läkaren och sjuusköterskan planera en nedtrappning av perifer nervblockad

och andra smärtstillande mediciner. En åtgärd sjuksköterskan kan göra är att rapportera vidare om patienten använder stora doser av mediciner som ges vid behov (Wøien & Strand, 2008). Vid för en för liten dos av smärtstillande riskerar patienter att uppleva att smärtlindringen inte hjälper. Det kan riskera att patienten upplever rädsla vid mobilisering och det blir omotiverade för att fortsätta rehabiliteringen (Sjøveian & Leegaard, 2012). För att skapa bäst förutsättningar för smärtlindring borde läkaren ta sjuksköterskans observationer på allvar vid ordineringsen av smärtstillande. Tydlig beskrivning av sjuksköterskans observationer samt dokumentation är åtgärder som bör bidra till en effektiv och tryggare smärtlindring för patienten (Wikström et al., 2015).

De förhandsordinerade smärtlindrandemedicinerna ger sjuksköterskan handlingsmöjligheter i form av att administrera medicinerna efter patientens behov (Danielsen et al. 382). Det ger sjuksköterskan en självständighet i sin behandlande funktion. Samtidigt som smärtlindringen blir tillgänglig och underlättar sjuksköterskans bidrag till att ge patienten smärtlindring. Det kan även medverka till ett bättre samarbete mellan patienten och sjuksköterskan (Sjøveian & Leegaard, 2012), då sjuksköterskan kan sätta in smärtlindrande mediciner som en åtgärd snabbt när patienten behöver dem (Wøien & Strand, 2008; Danielsen et al., 2016 s.382). Som nämnt i det tidigare avsnittet så är målet med den postoperativa smärtlindringen att patienten ska mobiliseras (Grønsløth et al., 2016; Wikström et al., 2015). Genom att planera och ha rutinmässiga åtgärder att ge smärtstillande innan mobilisering kan sjuksköterskan förebygga smärttoppar. Det kräver att sjuksköterskan samarbetar med fysioterapeuten och vet om vilken tid mobiliseringen ska äga rum (Sjøveian & Leegaard, 2012).

Smärtstillande administreras i olika nivåer beroende på förväntad smärta. Första steget innehåller intravenös behandling de första timmarna efter operation. Grundsmärtan behandlas antingen med intravenös eller/och bupivacain i form av morfin preparat samt en perifer nervblockad. Därefter ges medicinerna oralt (Wøien & Strand, 2008; Lunn et al., 2013). Fördelarna med använda en perifer nervblockad är att smärtlindringen begränsas till det lokala området där smärtan finns, vilket ger en effektiv smärtlindring utan att ta bort muskelkraft. Det är även till fördel om patienten själv kan ge sig bupivacain. Då kan patienten uppleva sig mer självständig i smärtlindringen och på så sätt kan patienten känna sig mer delaktig, uppnå en tidig mobilisering och får mindre risk för komplikationer (Poloman et al., 2017). Sjuksköterskan behöver kunskap om hur perifer nervblockad fungerar och vilka observationer

som behövs för att undgå komplikationer som för exempel motorisk blockad som kan hämma patientens rehabilitering (Wøien & Strand, 2008).

Ett annat viktigt perspektiv av den multimodala smärtlindringen är det icke-farmakologiska tillvägagångssättet. Det är en viktig åtgärd för att minska användningen smärtstillande mediciner som ger biverkningar (Polomano et al., 2017). Sjuksköterskan kan undervisa och utföra åtgärder som andningstekniker samt dämpande av ljud och ljus. Därigenom kan sjuksköterskan bidra till att patienten själv kan uppleva kontroll över sina smärtor (Polomano et al., 2017; Norrbrink & Lundeberg, 2014). Det icke-farmakologiska tillvägagångssättet kräver att sjuksköterskan har kunskap om att dessa metoder fungerar och hur den inverkar på smärtlindringen (Polomano et al., 2017).

Vid användning av flera smärtlindrande åtgärder där det ingår både medicinska och icke-farmakologiska metoder kan göra det vara svårt för sjuksköterskan evaluera vilken åtgärd som fungerar bäst (Polomano et al., 2017). Därav kan leda till att det uppstår en kultur på avdelningen att icke-farmakologiska åtgärder inte har så stor effekt. Polomano et al., 2017 menar att sjuksköterskan måste lita på sin kunskap om smärtlindring och jobba kunskapsbaserat för att bidra till en smärtlindrande effekt genom icke-farmakologiska åtgärder. Det också centralt att låta patienten avgöra vilka icke-farmakologiska åtgärder som inverkar smärtlindrande (Polomano et al., 2017).

Enligt riktlinjerna från Den norske legeforening (2009) ska alla avdelningar som behandlar postoperativ smärta ha detaljerade rutiner med tydligt ansvarsindelning. Det kräver att den fysiska avdelningen är anpassad för administrering av smärtlindring. Som exempel beskriver Gregory & Waterman (2012) forskning hur den fysiska lokalen skapade barriärer i smärtlindringen då medicinrummet var placerat långt ifrån patienterna. Det gjorde att administrationen av smärtstillande dröjde och patienterna blev frustrerade.

För att sjuksköterskan ska kunna ta vara på mediciner som kräver kontinuerlig administrering som för exempel icke-opioiat-analgetika bör avdelningen ha tydliga rutiner (Wøien & Strand, 2008 s.278; Danielsen et al., 2016). Rutinerna bör även innehålla ansvarsindelning vid administreringen av smärtlindring och vem sjuksköterskorna ska vända sig till om denne eventuellt har frågor undertiden som den med ansvar administrerar medicinerna (Gregory & Waterman, 2012; Wikström et al., 2015). Enligt forskningen till Gregory & Waterman (2012)

blev sjuksköterskan avbruten av kollegor på avdelningen och kollegor från andra yrkesgrupper. Det kunde innebära att svara i telefon eller svara på frågor om behandlingen till en patient.

Utifrån ovanstående information kan det tänkas att en tydlig ansvarsfördelning och rutiner borde ge sjuksköterskan tillräckligt med tid till administreringen och inte blir avbruten av kollegor eller andra arbetsuppgifter (Gregory & Waterman, 2012; Wikström et al., 2015). Ont om tid och dåliga rutiner kan leda till att administreringen blir försenad och att patienterna känner sig nedprioriterade samtidigt som sjuksköterskan uppfattas som stressad. Då kan patienterna välja att vänta med att fråga efter förbyggande smärtlindring vilket skulle kunna motarbetar behandlingen (Gregory & Waterman, 2012; Wikström et al., 2015). För att skapa nya rutiner kan sjuksköterskan bidra med reflekterad hållning till sina kollegor där de kan diskutera rutinerna vid administreringen. Detta borde innebära öppen reflektion mellan kollegor och yrkesgrupper som behöver kontakt med sjuksköterskan under administreringen (Wikström et al., 2015).

5.5 Evaluering

Sjuksköterskan bör ta sitt ansvar i att observera patienten utifrån att evaluera åtgärderna för att kunna bidra till en postoperativ smärtlindring. Gemensamt för alla observationer bör vara att sjuksköterskan ska kunna identifiera patientens individuella behov och ta ställning till eventuella reaktioner som kan skapa komplikationer (Danielsen et al., 2016 s. 397). I denna litteraturstudie är det centralt att sjuksköterskan har kunskap om hur den psykosociala kontexten inverkar på smärta. Kontexten kan skapa en stor förändring i patienternas liv på kort tid som kan ge en ångest och som förstärker smärtorna (Wong et al., 2009).

Evalueringen av smärtor kräver kunskap om patientens tidigare smärtupplevelser samt patientens nuvarande smärtor. Genom kunskapen kan sjuksköterskan sätta i gång fler åtgärder för att säkra en optimal smärtlindring. Om evalueringen ska bli optimal borde en vara kontinuitet i patient- och sjuksköterskekontakten eller en kontinuitet av dokumentation av patientens smärtintensitet (Hellesø, 2015; Wikström et al., 2015). Genom att skapa kontinuitet bör det vara lättare att planlägga smärtlindringen för både patienten och sjuksköterskan. Om patienten får en ny person att förhålla sig till varje dag kan det upplevas otryggt samt irriterande att dem behöver repetera sin smärthistorik. Samma sjuksköterska jobbar inte 24 timmar om dygnet på olika pass, så är det svårt att anpassa personalkontinuiteten (Eriksson et

al., 2013; Wikström et al., 2015). För att se kontinuitet i dokumentationen borde alla yrkesgrupper som evaluerar smärta skriva en utfyllande dokumentation om smärtlindringen efter varje pass. Det skulle kunna göra informationen mer tillgänglig för dennes kollegor som arbetar för att smärtlindra patienten (Hellesø, 2015; Wikström et al., 2015). Om dokumentationen av smärtor ska bli optimal borde alla yrkesgrupper använda den samma smärtbedömningskalan i sin dokumentation för att ska en gemensam förståelse (Eriksson et al., 2013).

Återigen är det viktigt att reflektera över kommunikationen för att bidra till en postoperativ smärtlindring. I samtalet mellan sjuksköterskan och patienten måste dessa evaluera tillsammans för att få fram patientens smärtupplevelse (Gregory & Waterman, 2012; Eriksson et al., 2013; Danielsen et al., 2016). Genom att referera till patientens tidigare smärtupplevelser under uppehållet kan dessa skapa en dialog. På så sätt får patienten mer kunskap om sina smärtor och kan ge sin version om effekten av smärtlindringen. Sättet att evaluera tillsammans med patienten varierar och beror på arbetserfarenheter och olika sätt att ställa frågor på (Gregory & Waterman, 2012; Eriksson et al., 2013). Samtidigt har sjuksköterskan många arbetsuppgifter och forskning visar att vårdpersonal är begränsade i sina konversationer angående patientens smärtupplevelse. Det kan förklaras av att sjuksköterskorna blir avbrutna i olika situationer, för många arbetsuppgifter eller för lite tid (Gregory & Waterman, 2012; Eriksson et al., 2017; Wikström et al. 2015). Här bör sjuksköterskan vara reflektera över hur denne evaluerar i samtal med patienten. Genom och be patienten att utveckla upplysningarna kan sjuksköterskan få information om smärtlindringen som patienten annars riskerar att hålla för sig själv och riskerar då en onödigt hög smärtintensitet (Gregory & Waterman, 2012).

Egen rapportering av smärtor ger patienten en möjlighet för att medverka i behandlingen (Sjøveian & Leegaard, 2012). Därigenom ger sjuksköterskan makt till patienten och tar vara på patientens medverkan. Tillsammans skapar de ett samarbete för att uppnå ett önskat resultat. Självrapportering kräver att patienten har kunskap om vad som är acceptabel smärtintensitet och när denne ska be om smärtstillande. För att egen rapporteringen ska bidra till mindre smärta bör patienten få preoperativ undervisning för att undgå missförstånd (Sjøveian & Leegaard, 2012; Wikström et al., 2015). Dock borde sjuksköterskan ta hänsyn till generade patienter-, eller patienter som inte vill visa sig svaga. Dessa patienter kan ha en tendens till att underrapportera smärtor och inte be om extra smärtstillande vid behov, även

om dem har behov av det. Det kan skapa missförstånd och onödig smärta (Wong et al., 2009; Sjøveian & Leegaard, 2012; Gregory & Waterman, 2012; Wikström et al., 2015). Om sjuksköterskan undervisar om smärtbedömning upprepade gånger samt använder sig av professionell kommunikation kan det undgå att det uppstår missförstånd. Det kan även skapas ett samarbete mellan sjuksköterskan och patienten som ger en positiv inverkan på smärtlindringen. Med bakgrund av ovanstående kan man tänka genom att evaluera smärtbehandlingen och sätta in nya åtgärder vid behov kan sjuksköterskan bidra till pålitlig säker smärtbehandling av kvalité.

6. Konklusion

I den här litteraturstudien har ämnet postoperativ smärtlindring belysts. Uppsatsen fokuserar på hur sjuksköterskan kan bidra till postoperativ smärtlindring hos patienter med höftfrakturer på ortopedisksängpost. Med hjälp av forskningsartiklar och litteratur har denna uppsats kommit fram till att det finns utvecklingspotential inom den postoperativa smärtlindringen. Problemställningen har diskuterats med hjälp av sykepleieprocessen, som är en bra ämnad metod för att systematisera olika förhållanden som sjuksköterskan måste förhålla sig till för att bidra till smärtlindring hos patienter med höftfraktur.

Utifrån patientens kontext bör även sjuksköterskan lägga vikt på preoperativa information. Informationen och undervisningen ger patienten en förutsägbarhet och trygghet, som ger en positiv inverkan på patientens smärtupplevelse postoperativt. Forskning visar hur preoperativ information leder till en reducerad smärtupplevelse (Wong et al., 2009; Sjøveian & Leegaard, 2012). Kartläggning, observation och patientens egenrapportering av smärta spelar stor roll i den postoperativa smärtlindringen. Patientens egenbedömning blir en stor hjälp för sjuksköterskan i planläggningen, genomföringen och evalueringen av smärtorna. Dokumentation är även väsentlig för att skapa kvalitet och kontinuitet i den postoperativa smärtlindringen. Det är också centralt med bra samarbete mellan de olika yrkesgrupperna som jobbar runt patienten. Det hjälper både patienten och sjuksköterskan. Granheim et al. (2015) visar i sin forskningsartikel att brist på kunskap leder till en ineffektiv smärtlindring. Dröftingen visar det att sjuksköterskan behöver mer praktisk kunskap för att bidra till en bättre postoperativ smärtlindring i framtiden (Granheim et al., 2015; Polomano et al., 2017).

Slutligen för att sammanfatta vad sjuksköterskan kan göra för att bidra till postoperativ smärtlindring hos patienter med höftfraktur: bör sjuksköterskan lita på sin kunskap och jobba kunskapsbaserat. Denna bör även ta sig tid att förmedla kunskapen vidare till patienterna genom god preoperativ information. Kartläggningen av smärtor, planläggning och evalueringen bör utföras på ett systematiskt sätt. Det är viktigt att skapa en struktur i smärtlindringen och skapa rutiner samt samarbete för att nå ett gemensamt mål. Om smärtlindringen ska bli optimal är det centralt att ha patientens perspektiv och låta denne medverka i behandlingen.

Referenslista

- Almås, H., Berntzen, H. & Danielsen, A. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås., D-G. Stubberud. & R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 1*, (5 utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Almås, H., Berntzen, H., Bruun, G. A. M., Dåvøy, G., Døvre, S., Eide, P. & Giskemo, A. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie I H. Almås., R. Grønseth. & D-G. Stubberud. (Red.) *Klinisk sykepleie 1*, (5 utg., s. 309-379). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Almås. H., Grønseth. K. L, Kjønnøy. I. & Roa, E. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelseapparatet. I H. Almås., D-G. Stubberud. & R. Grønseth(Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5 utg., s. 169-231). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Broström, A., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Wikström, L. (2013). Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*, 27, s. 41-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2013.10.006>
- Broström, A., Eriksson, K., Fridlund, B., Wikström, L. & Årestedt, K. (2015). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain: a critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, s. 802-812. doi: 10.1111/scs.12308
- Brinchmann. S. B. (Red.). (2012). *Etikk i sykepleien* (3 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Carr, B. D. & Morlion, B. (2017a). *Pain After Surgery: What Health-Care Professionals Should Know – Fact sheet No. 2*. Hentet 18.10.01 fra: <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2017GlobalYear/FactSheets/5.%20Postsurgical%20Pain%20Management.Schug-EE.pdf>
- Carr, B. D. & Morlion, B. (2017b). *What the Public Should Know About Pain After Surgery Fact sheet No. 1*. Hentet 18.10.01 fra: <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2017GlobalYear/FactSheets/1.%20Patient%20overview.Carr-Morlion-EE.pdf>

- Christophersen, K-A., Dihle, A., Granheim, H. T. & Raaum, K.(2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien forskning* 10(4), s. 326-334. dio: 10.4220/Sykepleienf.2015.55983
- Dahl, B. J., Lunn, H. T. & Mathiesen, O. (2013). Postoperative smerter. I J. B. Dahl., T. S. Jensen & L. Arendet-Dahl (Red.), *Smerter baggrund, evidens, behandling* (3 utg., s. 177-200). København: FADL's Forlag.
- Dallan, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Den norske legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet 30.01.2018 fra URL: <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Eide, H. & Eide, T.(2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk*. (3 utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Ennking, K., Le-Wendling, L. & Ihnatsenka, B. (2017). *Anesthesia for orthopedic trauma*. I L. Warren. & Crowley. M (Red.), *UpToDate*. Hentet 18.01.10 fra <http://www.uptodate.com/contents/100073>
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5 utg., s. 887-907). Oslo: Cappelen Damm As
- Falk, S.A. & Fleisher. L.A. (2017). *Overview of anesthesia* S. B. Jones & N. A. Nussmeier (Red.), *UpToDate*. Hentet 18.10.01 fra: <http://www.uptodate.com/contents/399>
- Fillman, M., Giordano, A. N., Jungquist, R. C., Nicely, W. L. K., Polomano, C. R. & Vallerand, H. A. (2017). Multimodal analgesia for acute postoperative and trauma-related pain: Current recommendations for evidence-based guidelines and expert consensus report. *American journal of nursing*, 117(3), s. 12-26. Dio: 10.1097/01.NAJ.0000513527.71934.73

- Gregory. J. & Waterman. H. (2012). PAIN MANAGEMENT Observing pain management practice on a medical unit following changes arising from an action research study. *Journal of clinical nursing* (21), s. 3523–3531. doi: 10.1111/j.1365- 2 7 02.2012.04096.x
- Grønseth. R & Nortvedt. P. (2016). Klinisk sykepleie –funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås., D-G. Stubberud. & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5 utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Halse. A-K., Langeland. N & Ørn. S. (2011). Sykdommer i bevegelseapparatet I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1 utg., s. 457-496). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5 utg., s. 209-242). Oslo: Cappelen Damm As
- International association for study of pain. (1994). *IASP taxonomy* Hentet 31.01.18 fra: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
- Kristoffersen. J. N., Grimsbø. G. H., Nortvedt. F & Skaug. E-A. (2016). Hva er sykepleie I H. G. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1 – sykepleie – fag og funksjon*. (3 utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Leegard, M. & Sjøveien, H. K. A. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? *Sykepleien forskning*. 4(7) s. 380-387. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0158
- Losjå, T. M & Stubhaug, A. (2008) Hva er smerte? En oversikt over smertebegrepet, smertefysiologi og smertebehandling I T. Rustøen & K. A. Wahl (Red.) *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet* (1 utg., s. 24-47). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lundeberg, T. & Norrbrink, C. (2014). Akut och långvarig smärta I T. Lundeberg & C. Norrbrink *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. (2 utg., s. 79-94). Lund: Studentlitteratur

- Lundeberg, T. & Norrbrink, C. (2014). Klassifikaſjon av smärta I T. Lundeberg & C. Norrbrink *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. (2 utg., s. 51-78). Lund: Studentlitteratur
- Lundeberg, T. & Norrbrink, C. (2014). Komplementära medicinska behandlingsmetoder I T. Lundeberg & C. Norrbrink *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. (2 utg., s. 101-124). Lund: Studentlitteratur
- Lundeberg, T. & Norrbrink, C. (2014). Om smärta I T. Lundeberg & C. Norrbrink *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. (2 utg., s. 11-13). Lund: Studentlitteratur
- Lundeberg, T., Molin, B. & Norrbrink, C. (2014). Placebo och nocebo I T. Lundeberg & C. Norrbrink *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. (2 utg., s. 43-49). Lund: Studentlitteratur
- Lundeberg, T. & Norrbrink, C. (2014). Smärtans väg från periferin till hjärnan I T. Lundeberg & C. Norrbrink *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. (2 utg., s. 21-30). Lund: Studentlitteratur
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet den 13.04.18 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02 juli 1999 nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rygnestad, T. & Slørdal, L. (2013). Kapittel 27 Legemidler ved smerter I H. Nordeng & O. Spigset (Red.) *Legemidler og bruken av dem*. (2 utg., s. 342-351). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Skaug, E-A.(2016). Kliniske vurderings-prosesser og dokumentasjon av sykepleie. I H. G. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1 – sykepleie – fag og funksjon*. (3 utg., s. 337-373). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteaturstudie*. (2 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Chair, S. W. -C., Wai-Chi, C.-Y. & Wong, E. M.-L. (2009). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal

trauma. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*. 66(5), s. 1120–1131. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05273.x

Wøien. H & Strand. C. A. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring I T. Rustøen & K. A. Wahl (Red.) *Ulike tekster om smerte – fra nocisepsjon til livskvalitet* (1 utg., s. 271-289). Oslo: Gyldendal Akademisk