

På en skala från ett till tio

Sjuksköterskans strategier för postoperativ smärtbedömning

FÖRFATTARE	Hanna Söderström Sandra Westerlund
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete - grundnivå HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Andersson
EXAMINATOR	Annika Janson Fagring

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	På en skala från ett till tio – Sjuksköterskans strategier för postoperativ smärtbedömning.
Titel (engelsk):	On a scale from one to ten – Nurses' strategies for postoperative pain assessment.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng, Examensarbete – grundnivå, OM5250.
Arbetets omfattning:	15hp
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Hanna Söderström Sandra Westerlund
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Annika Janson Fagring

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Under de första 24 timmarna upplever 76 till 88 procent av patienter som genomgått ett kirurgiskt ingrepp medelsvår till outhärdlig smärta. Den postoperativa smärtan är en akut nociceptiv smärta, orsakad av ett kirurgiskt ingrepp som medför en vävnadsskada. Den postoperativa smärtan är individuell och beror på patientens smärtröskel och på psykologiska aspekter. Då patientens sätt att kommunicera kan ändra sig beroende på om patienten upplever smärta, är sjuksköterskans kunskap om kommunikation av vikt. **Syfte:** Var att belysa sjuksköterskans strategier för bedömning av postoperativ smärta hos vuxna patienter inom slutenvård. Samt att se om det skiljde sig mellan sjuksköterskans och patientens egen skattning av postoperativ smärta och om det fanns skillnader i sjuksköterskans bedömning och hantering av postoperativ smärta, beroende på erfarenhet som vidareutbildning eller antal yrkesverksamma år. **Metod:** Litteraturoversikt bestående av 8 kvalitativa och 11 kvantitativa vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Fyra strategier för smärtbedömning kunde identifieras; användning av smärtskattningsinstrument, kommunikation, den kliniska blicken och patientgruppering. Det framkom att det fanns både över- och underskattning, samt samband mellan patientens och sjuksköterskans skattning av postoperativ smärta. Majoriteten av studierna visade dock att sjuksköterskan underskattade patientens smärta. Olika samband mellan erfarenhetens betydelse vid bedömning och hantering av postoperativ smärta kunde ses. **Konklusion:** Hur strategierna används och vilken erfarenhet sjuksköterskan har, är avgörande för hur väl sjuksköterskans smärtbedömning stämmer överens med patientens upplevelse. Det är av största vikt att vården är personcentrerad och identifierar patientens unika upplevelse för att bedömningen skall bli optimal. För att detta skall kunna uppnås krävs det fler studier som kan påvisa effektiva strategier för smärtbedömning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DEFINITION AV SMÄRTA.....	1
<i>Olika typer av smärta</i>	1
POSTOPERATIV SMÄRTA.....	2
<i>Mål med postoperativ smärtbehandling</i>	3
<i>Komplikationer av postoperativ smärta</i>	3
SMÄRTSKATTNING	3
<i>Smärtskattningsskalor</i>	3
KOMMUNIKATION	4
PERSONCENTRERAD VÅRD	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
DATAINSAMLING	7
URVAL	8
ANALYS	8
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	9
RESULTAT	9
SJKSKÖTERSANS STRATEGIER FÖR SMÄRTBEDÖMNING.....	9
<i>Användning av smärtskattningsskalor</i>	9
<i>Kommunikation som ett redskap</i>	9
<i>Den kliniska blicken</i>	11
<i>Patientgruppering</i>	11
SKILLNADER I SJKSKÖTERSANS OCH PATIENTENS SMÄRTSKATTNING	12
<i>Korrelation mellan sjuksköterskans och patientens smärtskattning</i>	12
<i>Skillnader i smärtskattning beroende på val av strategi vid smärtbedömning</i>	13
ERFARENHETENS BETYDELSE VID BEDÖMNING OCH HANTERING AV POSTOPERATIV SMÄRTA	13
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION.....	15
RESULTATDISKUSSION	16
<i>Sjuksköterskans strategier för smärtbedömning</i>	16
<i>Skillnader i sjuksköterskans och patientens smärtskattning</i>	17
<i>Erfarenhetens betydelse vid bedömning och hantering av postoperativ smärta</i>	18
KONKLUSION	19
REFERENSER	21
BILAGOR	
1 DATAINSAMLING	
2 KVALITETSGRANSKNING	
3 ARTIKELÖVERSIKT	

INLEDNING

Smärta i någon form, samt smärtbehandling är något som vi i vår framtida yrkesroll kommer att stöta på i stort sett dagligen. Tidigare erfarenhet inom vården och sjuksköterskeutbildningen har hos oss utvecklat ett intresse för den postoperativa smärtbedömningen. Det är ofta sjuksköterskor som får ta beslut om smärtlindring bör ges, hur mycket och hur ofta. Detta görs efter att sjuksköterskan gjort en egen bedömning tillsammans med patienten, om hur svår smärtan är. Vid administrering av starka smärtlindrande mediciner, finns det alltid risk för allvarliga biverkningar. Det är av stor vikt att patienten får precis den smärtlindring som krävs eftersom det även finns risker för komplikationer om patienten inte blir smärtlindrad. Hur sjuksköterskan gör sin bedömning av en patients postoperativa smärta, samt hur väl bedömningen stämmer överens med patientens egen upplevelse är frågor som ligger till grund för vårt examensarbete.

BAKGRUND

Under de första 24 timmarna upplever 76 till 88 procent av patienter som genomgått ett kirurgiskt ingrepp medelsvår till outhärdlig smärta (1). Intensiv smärta utan lindring innebär ett extremt lidande för patienten (2). I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor, står det beskrivet att sjuksköterskan ska ha förmågan att uppmärksamma och möta patientens lidande och kunna lindra detta genom adekvata åtgärder (3). För att detta skall uppnås krävs att sjuksköterskan har kunskap om smärta, smärtbedömning och smärtbehandling. Tillgång till olika smärtskattningsskalor och smärtskattninginstrument, samt kunskap om hur dessa används för en optimal smärtbedömning och smärtbehandling, är en viktig del i yrkesutövandet (1).

DEFINITION AV SMÄRTA

Smärta definieras enligt International Association for the Study of Pain (IASP) som ”*En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med faktisk eller möjlig vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada*”(1 s.490). Smärta är en subjektiv upplevelse som skiljer sig för varje enskild individ. Trots liknande omständigheter kan smärtupplevelsen variera avsevärt mellan två olika individer (1). Att smärta innehåller både sensoriska, emotionella och kognitiva komponenter gör smärtupplevelsen komplex. Smärta är ett flerdimensionellt fenomen som kan beskrivas på många olika sätt, exempelvis huggande, stickande, plågsam, fruktansvärd, störande etc (4). Det finns även skillnader i hur smärta upplevs beroende på kön. Bartley och Fillingim (5) har i sin artikel funnit att ett flertal studier visar att det finns en skillnad mellan kvinnor och mäns upplevelse av smärta. Man har exempelvis sett att kvinnor är mer smärtekänsliga än män. Hur stor skillnaden är varierar dock mellan studierna (5). Alla dessa faktorer gör att smärtupplevelsen hos en patient kan vara svår att bedöma på ett adekvat sätt (4).

Olika typer av smärta

Smärta kan delas in i fyra olika grupper (nociceptiv, neurogen, idiopatisk och psykogen) baserade på smärtans karaktär och orsak (1).

Nociceptiv smärta

När en vävnadsskada eller hot om vävnadsskada uppstår, aktiveras nociceptorerna i kroppen. Det är när denna aktivering sker som smärta upplevs. Det finns två undergrupper till den nociceptiva smärtan, somatisk och visceral smärta. Den somatiska smärtan uppstår vid skador på huden eller skelettet samt vid inflammatoriska tillstånd. Visceral smärta kommer från kroppens inre organ och kan i vissa fall upplevas på andra områden än där den faktiska skadan är, så kallad refererad smärta (1). Nociceptiv smärta upplevs ofta som distinkt, intensiv och vällokaliserad. Skadeområdet är ofta palpationsömt (6).

Neurogen smärta

Den neurogena smärtan uppstår vid skador på nervsystemet. Denna smärta kan upplevas vid exempelvis stroke, amputation och vid multipel skleros. Den neurogena smärtan är intensiv och beskrivs som brännande, skärande eller elstötsliknande (6).

Idiopatisk smärta

När smärtan inte har en känd orsak kallas den för idiopatisk smärta. Det vill säga det finns inga patologiska tecken och inte heller några patofysiologiska mekanismer som ligger bakom smärtan (7).

Psykogen smärta

Psykogen smärta kallas den typ av kroppslig smärta som kan förekomma hos patienter med en psykisk sjukdom. Ett exempel är patienter som rapporterar kroppslig smärta vid en pågående depression. När en förbättring av depressionen sker, blir ofta även smärtan mindre (1).

Smärta kan även delas in beroende på dess varaktighet. Man skiljer mellan akut och långvarig smärta. Den akuta smärtan är kortvarig (< 3 månader) och beror ofta på en akut vävnadsskada, orsakad av trauma eller en operation. När något i kroppen är skadat fungerar den akuta smärtan som en varningssignal. Kroppsliga symtom och tecken som exempelvis ökad puls och blodtryck, blekhet och kallsvettning kan ses vid akut smärta (1). Långvarig smärta (> 3 månader) pågår under en längre tid och kan även bli kronisk. Exempel på långvarig smärta är artros, huvudvärk och post-stroke smärta (4).

POSTOPERATIV SMÄRTA

Den postoperativa smärtan är en akut nociceptiv smärta, orsakad av ett kirurgiskt ingrepp som medför en vävnadsskada (4). Smärtans karaktär och intensitet beror till stor del på omfattning och lokalisation av vävnadsskadan. Mjukdelskirurgi är exempelvis ofta mindre smärtsamt än buk- och thoraxkirurgi. Vilken sorts stimuli som medför smärta i de berörda områdena varierar. Huden är känslig för smärta och operationssnitten kan därför orsaka stor smärta hos patienten. Skadan i exempelvis mage och tarm efter en operation är inte orsaken till smärtupplevelsen hos patienten, utan smärtan beror istället på att tarmen kan vara utspänd, eller av spasmer i den glatta muskulaturen. Hosta, djupandning och hicka hos postoperativa patienter kan också orsaka smärta (8). Postoperativa smärtor är individuella och beror på patientens smärtröskel och psykologiska aspekter som rädsla för postoperativ smärta, oro och ångest (9).

Mål med postoperativ smärtbehandling

Under det normala postoperativa förloppet är smärtan som värst under de första 48 timmarna, för att sedan klinga av. Smärtbehandling vid större operationer krävs oftast under de första tre till fyra dagarna efter operation (8). Målet med den postoperativa smärtbehandlingen ska vara att hålla patienten smärtfri, det vill säga, förebygga smärta snarare än att lindra den. Detta ska i sin tur leda till att patienten blir avslappnad och kan röra sig obehindrat och därmed få en ökad aktivitetsnivå och ett snabbare tillfrisknande (9). Akut postoperativ smärta är vid hög intensitet, en riskfaktor för utveckling av långvarig smärta. Vid 10 till 25 procent av kirurgiska ingrepp förekommer utveckling av långvarig smärta (4). Genom att förebygga smärta i det postoperativa förloppet minskar risken att den akuta smärtan övergår till ett långvarigt smärttillstånd (8).

Komplikationer av postoperativ smärta

En stor del av kroppens funktioner och organsystem påverkas av postoperativ smärta. Svår smärta vid buk- och thoraxkirurgi påverkar patientens förmåga att djupandas, med försämrad lungfunktion som följd (9). Smärta begränsar även patientens förmåga till mobilisering, vilket ökar risken att utveckla bland annat trycksår, djup ventrombos, lungemboli, paralytiskt ileus och pneumoni. Stresshormoner frisätts vid akut postoperativ smärta. Detta kan leda till allvarliga respiratoriska, metabola och cirkulatoriska komplikationer. Hjärtinfarkt, stroke och lunginsufficiens är exempel på komplikationer som kan uppstå vid stresspåslag. En regelbunden smärtbehandling som förebygger intensiv postoperativ smärta, dämpar den fysiologiska stressreaktionen och minskar därmed risken för komplikationer (4). Postoperativ smärta kan även få negativa psykologiska effekter för patienten, som exempelvis oro och ångest (8). Att förebygga postoperativ smärta är mycket viktigt, för att minska risken för komplikationer orsakade av inadekvat smärtlindring (9).

SMÄRTSKATTNING

Vid vård av patienter med postoperativ smärta bör en smärtskattning utföras. En sådan innefattar att patienten får göra en självskattning, efter att ha fått tydlig information om det smärtskattningsinstrument som används. Smärtskattningen utförs för vuxna vanligtvis med någon av dessa tre bedömningsmetoder: visuell analog skala (VAS), numerisk skala (NRS) och verbal beskrivande skala (VRS). McGill Melzack pain questionnaire är en självskattningsskala som används som ett instrument vid forskning. Smärtbedömningen skall göras i både vila och rörelse, då rörelser kan medföra att smärtupplevelsen förvärras. Den skall även utföras tidsbestämt. Under det första postoperativa dygnet kan skattning varje timme vara av behov, vilket sedan kan minimeras till var tredje eller var fjärde timme och avslutas när smärtan inte längre kräver någon behandling. Utvärdering och dokumentation av patientens självskattning och den givna smärtlindringens effekt, innefattas också i smärtskattningen (9).

Smärtskattningsskalor

Visuell analog skala (VAS)

VAS-skalan kan appliceras på många olika områden, bland annat vid skattning av subjektiv smärta och smärtintensitet. Redskap för skalan är en linjal med två sidor, där framsidan har texten ”ingen smärta” och ”värsta tänkbara smärta” i var sin ände av linjen.

Baksidan av linjalen har samma linje, med värden mellan 1-10, där tio motsvarar ”värsta tänkbara smärta”. Den tillfrågade får på framsidan sätta ut en markör för sin upplevda smärta, vilket på baksidan kan avläsas i ett VAS-värde. Den tillfrågade kan också gradera intensiteten av smärtan med hjälp av de tio värdena (9).

Numerisk skala (NRS)

En skala som liknar VAS-skalan men som inte kräver något redskap för skattning är den numeriska skalan. Den används genom att patienten uppmanas att skatta intensiteten av sin smärta på en skala mellan 0-10, där 0 motsvarar ”ingen smärta” och 10 motsvarar ”värsta tänkbara smärta”. Att beakta är att både VAS-skalan och NRS-skalan riskerar att enbart ge en inblick i den grad av smärta patienten upplever just nu. De innefattar inte någon information om smärtans karaktär eller hur patienten i övrigt mår. Det är därför vid användandet av dessa skalor fördelaktigt att komplettera smärtskattningen med frågor om patientens tillstånd (9).

Verbalt beskrivande skala (VRS)

Den verbalt beskrivande skalan skiljer sig från de två ovan beskrivna. I stället för siffror får patienten välja mellan ett antal ord för att beskriva sin smärta. Sjuksköterskan kan använda olika konstellationer av ord i en följd. Dessa ord står för olika intensitet av smärta. Ett exempel på en sådan följd är: ingen, mild, medelsvår, svår eller outhärdlig smärta (9).

McGill Melzack pain questionnaire

Ett bedömningsinstrument som definierar smärta utifrån flera dimensioner är McGill Melzack pain questionnaire. Det är ett formulär som ofta delas in i tre delar. Den tillfrågade får ringa in grupper av ord och välja ett specifikt ord som beskriver smärtans lokalisering och djup, smärtans sensoriska, emotionella och kognitiva kvaliteter samt ord som beskriver smärtintensiteten (6).

KOMMUNIKATION

För att undvika komplikationer till följd av otillräcklig smärtlindring vid postoperativ smärta, är kommunikationen mellan patient och sjuksköterska, samt kommunikation i vårdteamet av stor vikt. Att som sjuksköterska kontrollera, utvärdera och dokumentera smärta, på samma sätt som vid kontroll av vitala parametrar, skapar en mer effektiv smärtbehandling till fördel för patientens tillfrisknande (9). Relationen mellan sjuksköterska och patient, som möjliggörs genom kommunikation, underlättar för sjuksköterskans komplettering av smärtskattningsskalorna. Sjuksköterskan lär sig känna igen tecken hos den enskilde patienten som är specifika för honom eller henne. Eftersom patientens sätt att kommunicera kan ändra sig beroende på om patienten upplever smärta, är sjuksköterskans kunskap om kommunikation av vikt (8).

Begreppet kommunikation härstammar från latinets *communica'tio* som står för ömsesidigt utbyte av, *commu'nico* göra gemensamt, låta få del i, få del av, meddela och av *commu'nis* gemensam, allmän och offentlig (10).

Kommunikation är en fundamental del av det mänskliga mötet. Genom kommunikativa handlingar kan upplevelser, tankar, känslor och attityder förmedlas. Kommunikation kan delas in i två olika perspektiv beroende av handlingens utförande och syfte,

kommunikation med överföring eller kommunikation med dialog. Kommunikation med överföring, sker som en förmedling av budskap från sändare till mottagare. Kommunikation med dialog, sker som ett samspel mellan parterna, där en förståelse och gemensam mening skapas. Att föra en dialog eller ett samtal ger möjlighet till att lyssna och kunna förstå en annan människa och dennes livsvärld (11). Inom ramen för kommunikation har människan en rad olika sätt att ge uttryck för något. Utöver det verbala samtalet med ord som uttryck, är vår kropp också en del av det vi säger. Genom olika handlingar kan vi ge uttryck för något utan att använda ord. Ett exempel är att lyfta handen för att hälsa på någon. Beröring är också ett kommunikativt handlande, som kan ge uttryck för omtanke och tröst. Kroppslig kommunikation innefattar också vad vi visar utan att vi är medvetna om det, exempelvis ansiktsuttryck, miner och rörelsemönster. Det verbala samtalet är dock det som ger oss möjlighet till att beskriva, förklara och vidareutveckla det vi vill få sagt (11).

Kommunikation är en viktig del inom yrkesutövandet som sjuksköterska. Genom samtal skapas en relation mellan patienten och sjuksköterskan. Relationen är viktig för bästa möjliga omvårdnad och för att vården skall kunna planeras, utföras och utvärderas. Kommunikation sker i sjuksköterskans alla möten med patienter, även i möten där samtalet inte är huvudsakligt fokus. Exempelvis vid omläggning av sår eller vid påklädning av en patient (11). God kommunikation är en hörnsten i mötet med patienten. Att använda sig av öppna frågor som kräver mer än bara ett ja eller nej till svar, hjälper patienten att formulera sina bekymmer och problem. Att skapa förståelse för patienten möjliggör att ett samarbete inleds, vilket gör att patienten blir delaktig i sin vård. Att återge och sammanfatta vad patienten sagt, är ett sätt att visa att man lyssnat och bekräftar problemet, samtidigt som en gemensam förståelse skapas (12).

Travelbee (13) är en omvårdnadsfilosof som diskuterat den mellanmänniska relationen. Hennes teori bygger på en tro om att omvårdnad är en mellanmännisklig process, där de båda individerna påverkar varandra. Teorin tar avstånd från att det i mötet med en patient skall finnas några roller. Mötet skall ses som en interaktion mellan två individer och inte mellan rollerna som sjuksköterska och patient. Benämningarna sjuksköterska och patient används dock för att klargöra vem som är vem i mötet. Processen har en dynamisk karaktär, vilket innebär att samspelet mellan parterna ständigt utvecklas och är i rörelse. Sjuksköterskan har som mål att samspelet med patienten skall leda till den dynamiska processen och möjliggöra att en medvetenhet uppstår kring hur sjukdom och lidande kan förebyggas, hanteras och få mening (13).

Genom god kommunikation kan sjuksköterskan planera, utföra och utvärdera den postoperativa smärtbehandling patienten är i behov av. Detta utan att patienten känner sig förbisedd som den individ han eller hon är (13). Smärta och lidande får inte enbart ses som en rad symtom med olika behandlingsalternativ, utan smärta är en subjektiv upplevelse som tillskrivs en mening av den som bär på den. För att se kommunikation som en dynamisk process, som aldrig kan vara fulländad, är det viktigt att kontinuerligt uppdatera sig om vad patienten upplever och ger uttryck för. Sjuksköterskan behöver ha förmåga till att göra observationer och tolka dem, kunna dra rimliga slutsatser utifrån observationerna, ha kunskap och erfarenhet kring postoperativ smärta samt ha insikt i när något behöver justeras. Ytterligare en färdighet som sjuksköterskan har nytta av i sin kommunikation med en patient, är bedömning om när något bör sägas, inte sägas, när det krävs ett avvaktande samt när ett samtal bör gå vidare (14).

Vid en operation finns det inte heller någon generell mall för hur patienten kommer uppleva och erfara sin postoperativa smärta. Det som dock är av vikt för alla som skall genomgå, eller har genomgått en operation är information. Information underlättar för patienten att förstå det som sker. En operation är inte enbart något rent fysiskt utfört, utan medför en upplevelse för den som genomgår det. Sjuksköterskans uppgift är att se förbi sina fördomar om patienten och se denne som en enskild individ. Om detta inte görs riskerar omvårdnaden att bli ytlig, opersonlig och mekanisk. En sådan omvårdnad förlorar innebörden av att sjuksköterskan skall arbeta för att skapa en mellanmänsklig relation. Detta är inte till fördel för någon av parterna (13).

PERSONCENTRERAD VÅRD

Personcentrerad vård är en vårdform som fokuserar på att varje patient skall få vård som är anpassad efter den enskilde patientens egna behov, preferenser och värderingar (15). Sjuksköterskan arbetar för att skapa ett partnerskap med patienten, där båda känner sig jämlika och patienten blir mer delaktig i sin egen vård. Detta partnerskap utgår från att patienten inte ska ha en passiv roll i mötet med vården utan skall uppmuntras att vara aktiv och få möjlighet att komma med lösningar på problem utifrån hans eller hennes behov och värderingar (16). Det är viktigt att sjuksköterskan inte är fördomsfull, utan lyssnar till patienten och försöker förstå dennes livsvärld. På så sätt skapas möjligheter för sjuksköterskan, att se både det gemensamma och det unika hos patienten, vilket underlättar för att kunna göra bedömningar av patientens tillstånd (17).

Den personcentrerade vården kan enligt Ekman, Swedberg, Taft, Lindseth, Norberg, Brink et al. (16) delas in i tre delar; att initiera ett partnerskap, att arbeta i partnerskap, samt att säkra partnerskapet.

Att initiera ett partnerskap: livsberättelsen

Den personcentrerade vården sätter alltid patientens syn på sin situation i centrum. Livsberättelsen fokuserar på patientens egen upplevelse av sin sjukdom, sina symtom och hur detta påverkar hans eller hennes liv. Livsberättelsen är det som är grunden till personcentrerad vård. Enbart genom att fråga patienten om hur han eller hon upplever sin situation och be dem berätta om sin sjukdomsupplevelse, skapas en känsla hos patienten att dennes uppfattning är viktig och tas i beaktning vid beslut om vården. Genom att göra detta ändras fokus från ett mer medicinskt perspektiv, med fokus på sjukdomen, till ett fokus på personen bakom sjukdomen och vad denne har för behov och resurser (16).

Att arbeta i partnerskap: delat beslutsfattande

För att skapa en god personcentrerad vård krävs en bra kommunikation. Det handlar om att lära av varandra och dela med sig av sina erfarenheter. Detta skapar en gemensam syn på patientens upplevelse av att vara sjuk, eller av ett visst symtom, exempelvis smärta. Vilket skapar en bra grund för sjuksköterskan att planera och diskutera patientens vård. En relation och ett partnerskap med patienten ger möjlighet att lättare uppnå mål, vilket är en viktig del av vårdprocessen. Sjuksköterskan ska tillsammans med resten av vårdteamet och patienten diskutera hur patientens vård bör läggas upp med hänsyn till patientens livsstil, värderingar, hälsoproblem etc. På så sätt kan mål sättas upp som både patienten och vårdpersonalen är delaktiga i och är motiverade att uppnå (16).

Att säkra partnerskapet: dokumentera livsberättelsen

För att den personcentrerade vården och den relation sjuksköterskan skapat med patienten skall fullföljas, krävs att livsberättelsen dokumenteras och anses lika viktig i dokumentationen som medicinska fynd som laboratoriesvar, undersökningar etc. På så sätt kan vårdteamet bli delaktiga i den personcentrerade vården kring en patient (16).

PROBLEMFÖRMULERING

Inom smärtbedömning finns det många olika aspekter att ta hänsyn till. Val av smärtskattningsskala, kommunikationsfärdigheter samt förmåga att arbeta personcentrerat är några av de viktigaste aspekterna som kan påverka sjuksköterskans smärtbedömning. Kan sjuksköterskans erfarenhet vara ytterligare en viktig aspekt som spelar in?

Som tidigare nämnts upplever en stor del av postoperativa patienter medelsvår till outhärdlig smärta under de första 24 timmarna (1). Beror detta på att sjuksköterskan och patienten bedömer smärtan olika eller finns det brister i de strategier sjuksköterskan använder sig av vid postoperativ smärtbedömning? Det är med dessa frågor i åtanke som vi vill öka vår förståelse för sjuksköterskans postoperativa smärtbedömning samt belysa vilka strategier sjuksköterskan kan använda sig av för att uppnå en optimal postoperativ smärtbedömning.

SYFTE

Syftet med examensarbetet är att belysa sjuksköterskans strategier för bedömning av postoperativ smärta hos vuxna patienter inom slutenvård.

- Skiljer det sig mellan sjuksköterskans och patientens egen skattning av postoperativ smärta?
- Finns det skillnader i sjuksköterskans bedömning och hantering av postoperativ smärta beroende på erfarenhet som vidareutbildning eller antal yrkesverksamma år?

METOD

DATAINSAMLING

Uppsatsen är en litteraturoversikt som består av 8 kvalitativa och 11 kvantitativa vetenskapliga artiklar. Eftersom det vid en litteraturoversikt finns risk för att urval väljs ut för att stödja den egna uppfattningen är det viktigt att ett kritiskt förhållningssätt efterföljs genom hela processen (18). Artiklarna har sökts i databaserna Cinahl, Scopus och PubMed. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara peer reviewed, ha tillgängliga abstract, skrivna på engelska samt publicerade tidigast år 2000. Avgränsningarna underlättar urvalet genom att artiklar som inte tillhör intresseområdet sorteras bort (19). Anledningen till tidsbegränsningen var att minska antalet träffar, samt för att kunna ta del av forskning utförd under senaste årtiondet. För att finna sökord som överensstämde med syftet användes svensk MeSH, vilket är ett sökverktyg för att hitta medicinska sökord (20). De huvudsakliga sökorden som användes var *postoperative pain* och *nurs** tillsammans med andra sökord som *measurement*, *assessment*, *management*, *differences* och *VAS*.

Trunkering (*) användes för att möjliggöra träffar på sökordets olika böjningsformer (19). I databasen Scopus användes den booleska söktekniken AND, vilket innebär att träffarna av sökningen inkluderar alla de sökord som används (19). Efter att ha gjort dessa sökningar gjordes fyra manuella sökningar. Tre av dessa gjordes genom att söka artiklar utifrån redan valda artiklars referenslistor, där det valdes utifrån titel och publiceringsår. Artiklarna söktes sedan fram i databaserna Cinahl och Scopus och granskades därefter utifrån tidigare kriterier. Den fjärde manuella sökningen gjordes i PubMed där vi granskade en redan vald artikel och använde oss av funktionen ”related citations”, sökningen gjordes sedan på samma sätt som övriga manuella sökningar. Tabell för datainsamling se *bilaga 1*.

URVAL

Urvalet gjordes dels utifrån artiklarnas titel och även utifrån abstract. När urvalet hade gjorts lästes abstracten på träffarna igenom och artiklar som överensstämde med syftet valdes ut. Artiklar vars studier var gjorda på vuxna från 18 år inkluderades, medan artiklar med studier gjorda enbart på äldre (>65) eller på barn (<18) exkluderades. Efter urvalet kvalitetsgranskades 20 artiklar i fulltext, enligt Fribergs kvalitetsgranskningsskriterier (18). Granskningen utgick från Fribergs förslag på granskningsfrågor för kvalitativa och kvantitativa artiklar. De artiklar som efter granskningen inkluderades svarade till frågorna med god kvalitet. Frågor för kvalitetsgranskning se *bilaga 2*.

Efter kvalitetsgranskningen föll sju artiklar bort. De artiklar som föll bort ansågs inte relevanta för syftet, eller var inte överensstämmande med urvalskriterierna. Exempelvis exkluderas en del artiklar som ansågs ha ett allt för medicinskt fokus. Genom de fyra manuella sökningarna valdes sex artiklar ut. Under de manuella sökningarna valdes två artiklar publicerade tidigare än år 2000 ut eftersom dessa ansågs relevanta för syftet. Den ena var publicerad 1999 och valdes med då den endast var publicerad ett år tidigare än vald exklusionsgräns. Den andra artikeln var publicerad 1993 och valdes med då vi fann det intressant att se om och i så fall hur området utvecklats de senaste 20 åren. Efter de manuella sökningarna och kvalitetsgranskningen återstod 19 artiklar, dessa redovisas i *bilaga 3*.

ANALYS

Målet med dataanalysen var att få en tydlig överblick över det utvalda materialet samt att skapa struktur inför bearbetningen av resultatet. De valda artiklarna lästes igenom flertalet gånger för att skapa en förståelse för innehållet samt för att identifiera likheter och skillnader. Artiklarna kategoriserades efter huvudteman och underteman, vilka överensstämde med syftets frågeställningar. Tre huvudteman identifierades: *sjusköterskans strategier för smärtbedömning*, *skillnader i sjuksköterskans och patientens smärtskattning* samt *erfarenhetens betydelse vid bedömning och hantering av postoperativ smärta*. Dessa tre huvudteman blev grunden för vårt resultat.

Under huvudtemat *sjusköterskans strategier för smärtbedömning* identifierades fyra underteman; *användning av smärtskattningsinstrument*, *kommunikation som ett redskap*, *den kliniska blicken* och *patientgruppering*. Under huvudtemat *skillnader i sjuksköterskans och patientens smärtskattning* identifierades två underteman; *korrelation mellan*

sjuksköterskans och patientens smärtskattning och skillnader i smärtskattning beroende på val av strategi vid smärtbedömning.

ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Av de totalt 19 utvalda artiklarna hade alla, förutom en, fått etiskt godkännande. I den artikel (37) som ej nämner att de fått ett etiskt godkännande, går det att utläsa att hänsyn tagits till etiska aspekter. Deltagarna blev tillfrågade om deltagande och fick information kring studiens syfte och tillvägagångssätt.

RESULTAT

SJUKSKÖTERSANS STRATEGIER FÖR SMÄRTBEDÖMNING

Användning av smärtskattningsinstrument

I Manias, Bucknall och Botti (21) studie identifierades användandet av smärtskattningsinstrument som en strategi vid den postoperativa smärtbedömningen. I 8,9 procent av de 316 observerade fallen använde sjuksköterskan sig av den numeriska skalan (NRS) som en hjälp att bedöma patientens smärta (21). Enligt Lindberg och Engström (22) var den visuella analoga skalan (VAS) det vanligaste smärtskattningsinstrumentet sjuksköterskan använde sig av för att bedöma hur svår smärta en patient hade. Ofta användes inte själva mätstickan utan sjuksköterskan valde att förklara för patienten att siffran ett innebar ingen smärta och tio värsta tänkbara smärta. Sjuksköterskan bad sedan patienten skatta sin smärta mellan ett och tio. NRS-skalan med skattning mellan noll och tio användes på samma sätt. Om sjuksköterskan bedömde att patienten inte förstod VAS- eller NRS-skalan användes i stället den verbalt beskrivande skalan (VRS) (22).

Van Dijk, Van Wijck, Kappen, Peelen, Kalkman och Schuurmanns (23) kom fram till att skattning på NRS-skalan hade en motsvarighet på VRS-skalan. Resultatet blev att NRS 0 motsvarade ingen smärta på VRS, NRS 1-3 motsvarade lite smärta, NRS 4-5 motsvarade smärtsamt men hanterbart, NRS 6-8 motsvarade avsevärd smärta och NRS 9-10 ansågs som fruktansvärd smärta angett på VRS-skalan (23). Manias et al. (21) fann i sin studie att i samband med användandet av en smärtskattningsskala kan även ytterligare information kring patientens smärta, användas som en strategi för att stärka bedömningen. En mer utförlig verbal beskrivning av smärtan, efter att ha frågat om patienten kunde skatta sin smärta med hjälp av NRS-skalan, förekom i 1,3 procent av fallen. I den verbala beskrivningen ingick frågor kring huruvida smärtan förbättrats eller försämrats, smärtans karaktär, vart smärtan var lokaliserad etc. (21).

Kommunikation som ett redskap

Det vanligaste tillvägagångssättet för att utföra en postoperativ smärtbedömning var enligt Manias et al. (21) att använda sig av kommunikation med patienten. I 45,3 procent av de 316 fall som observerats av Manias et al. (21) användes enkla frågor till patienten kring hur han eller hon upplevde sin smärta, som en strategi för att göra en smärtbedömning. Enligt Sjöström, Dahlgren och Haljamäe (24) förekom kommunikation som en av flera strategier vid bedömning av en patients postoperativa smärta. Strategin innebar att sjuksköterskan tog sig tid att prata med patienten utan något annat egentligt syfte. Att fråga om patienten

hade ont samt att observera hur patienten såg ut när han eller hon kommunicerade, är två exempel på hur strategin användes (24).

Kim, Barcott, Tracy, Fortin och Sjöström (25) nämnde att en annan kommunikationsstrategi kunde vara att fråga patienten om smärta när anhöriga är närvarande. Deltagare i studien menade att vissa patienter har lättare att berätta för sina anhöriga att de har ont. Kim et al. uppmärksammade även kommunikation som en strategi som kan användas i syfte att fånga upp de patienter som inte "ringer på klockan" eller självmant säger sig ha ont. Smärtbedömningen utgick i denna strategi främst utifrån vad patienten själv sade sig uppleva, att lyssna på patienten var också en viktig del i kommunikationen (25). Lindberg et al. (22) uttryckte också vikten av att lyssna till patienten. Att kunna bortse från sin egen subjektiva bedömning och lita på patientens upplevelse av smärta ansågs vara viktigt för att patienten skulle bli rätt smärtlindrad (22). Detta bekräftas i en studie utförd av Rejeh och Vaismoradi (26) där patienterna identifierade kommunikation som en av sjuksköterskans viktigaste strategier vid smärtlindring. Patienterna uppgav att de ansåg att sjuksköterskorna skulle vara i beredskap och tillgängliga, när smärtan uppstod (26). Även Sjöström et al. (24) fann att förmågan att lyssna till patienten är en viktig del av kommunikationen. Deltagarna i studien bekräftade att smärta är en subjektiv upplevelse. En sjuksköterska i studien uttryckte att om patienten säger att han eller hon har ont, så måste man som sjuksköterska lita på att det är patientens upplevelse av situationen, men samtidigt måste sjuksköterskans egen uppfattning inkluderas i bedömningen (24).

Att kommunikation är en viktig del av smärtbedömningen bekräftas av Rejeh et al. (26) där de deltagande patienterna uttryckte kommunikation som en väsentlig aspekt i att få känna sig delaktiga i vården. Ett uttalande löd: *"Patients should be able to discuss pain management issues with their nurses that make them... participate in pain treatment (49-year old woman)"* (26 s.71). I Rejeh, Ahmadi, Mohamadi, Anoosheh and Kazemnejad (27) studie uttryckte även sjuksköterskorna att patienterna kunde hantera sin smärta bättre om de gavs möjlighet till att få ge uttryck för sina behov (27). Ett sätt enligt Dihle, Bjølseth, Helseth (28) som möjliggjorde för patienten att våga kommunicera kring sin smärta och smärtlindring var när sjuksköterskan använde sig av direkta frågor. Med direkta frågor menades frågor som ställer krav på ett konkret svar. Att fråga om patienten hade någon smärta och hur smärtan upplevdes var exempel på detta. När indirekta frågor användes, exempelvis att fråga patienten om hur han eller hon mår, blev svaren inte lika specificerade kring om patienten faktiskt upplevde smärta eller inte. Frågan om hur patienten mår, kunde exempelvis besvaras med att patienten mådde bra och sjuksköterskan kunde då gå miste om viktigt information (28).

Rejeh et al. (26) kunde även identifiera att patienterna ansåg att information var en viktig del av kommunikationen. Vid de tillfällen information om den postoperativa vården hade givits kunde patienterna känna att de hade mer kontroll över sin smärta (26). I Rejeh et al. (27) studie beskrev sjuksköterskor att information till patienter som kommit tillbaka från operation var en viktig del i hur patienterna skulle klara av sin smärta. Sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att ge information om det postoperativa förloppet till patienten. De menade att en patient som förstår vad som sker och kan förbereda sig på att smärta kommer att tillstå, lättare kan hantera smärtan när den uppstår (27).

Den kliniska blicken

Den kliniska blicken fann Sjöström, Jakobsson och Haljamäe (29) vara en av de mest förekommande strategierna i den postoperativa smärtbedömningen. Att se på patienten i helhet dvs. titta efter blekhet, ansiktsuttryck, hållning, hur han eller hon andas etc. samt vitala parametrar som blodtryck och puls var exempel på hur deltagarna i studien uttryckte den kliniska blicken (29). Detta bekräftades även i Sjöström et al. (24) studie där strategin ”*hur patienten ser ut*”, var den vanligast förekommande strategin för att bedöma en patients postoperativa smärta. Även där uppgavs ansiktsuttryck, blekhet, hållning samt vitala parametrar som exempel på vad sjuksköterskan tittade på i smärtbedömningen (24). Lindberg et al. (22) tog också upp den kliniska blicken som en strategi för smärtbedömning. Sjuksköterskorna som deltog i studien beskrev att de, i de fall patienten hade svårigheter att själv beskriva sin smärta, observerade olika tecken på smärta hos patienten. Vitala parametrar, hyperventilation, samt oro eller att patienten inte såg avslappnad ut var exempel som nämndes (22).

Att observera reaktioner hos patienten vid exempelvis palpation kring operationssnitten var enligt Kim et al. (25) tillsammans med vitala parametrar samt tecken som blekhet, ansiktsuttryck etc. en del av den kliniska blicken. Detta återfanns även i Manias et al. (21) studie där fysisk undersökning identifierades som en del av den kliniska blicken. I denna del ingick dels de reaktioner sjuksköterskan kunde observera hos patienten när han eller hon gjorde en fysisk undersökning, exempelvis palperade patienten kring operationssnittet, samt observation av vitala parametrar. Dihle et al. (28) beskrev att sjuksköterskor hade hjälp av att observera patienten vid rörelse och vid andra aktiviteter, som en komplettering till att enbart fråga patienten om dennes smärta. Genom exempelvis en observation av en patient som satt i korridoren och strök sig över armen, kunde sjuksköterskan uppmärksamma ett viktigt ögonblick och genom en kompletterande fråga identifiera smärtan (28).

Patientgruppering

Sjöström et al. (29) identifierade förmågan att kunna särskilja olika typer av patienter som en strategi för postoperativ smärtbedömning. De olika typerna av patienter kunde delas in beroende på personlighet, kirurgiskt ingrepp, livssituation etc. Exempel kunde vara grupper i form av patienter med kronisk smärta, cancerpatienter eller patienter som gjort ett laparoskopiskt ingrepp. Detta återfanns även i Sjöström et al. (24) studie som benämner denna strategi ”*en typ av patienter*” och fann att denna strategi användes av 42 procent av sjuksköterskorna som deltog i studien.

Sjuksköterskan kunde genom denna gruppering förvänta sig en viss grad av smärta beroende på hur hon eller han grupperade patienten (29). Genom kunskap om exempelvis det kirurgiska ingreppet kunde sjuksköterskan förvänta sig att en patient som genomgått öppen bukkirurgi har mer och kraftigare postoperativ smärta än en patient som genomgått ett laparoskopiskt ingrepp (24). Kim et al. (25) fann även att gruppering gjordes med hänsyn till hur lång tid det gått sedan patienten opererades. Ju fler timmar som gått sedan operationen, desto mindre smärta kunde sjuksköterskan förvänta sig att patienten hade (25). Social gruppering beroende av kön, ålder eller etnicitet förekom också. Där ansågs vissa grupper vara mer eller mindre krävande i det postoperativa förloppet. Exempelvis uttryckte deltagarna att äldre patienter tolererar mer smärta än yngre och att patienter från södra Europa uttrycker smärta på ett annat sätt än skandinaviska patienter (29). Även

Lindberg et al. (22) fann att patienter uttrycker smärta på olika sätt. Oro, förvirring och aggressivitet nämndes exempelvis som tecken äldre personer kunde uppvisa vid smärta (22).

Sjöström et al. (24) menade att strategin för patientgrupperingen inte bara underlättade att se det ”normala” postoperativa smärtförloppet, utan även skapade möjlighet för sjuksköterskorna att lättare kunna identifiera vad som är unikt och skiljer sig mellan olika patienter. Enligt Kim et al. (25) tillhörde inte patienter en viss grupp, utan sjuksköterskan kunde dela in en patient i flera grupper för att kunna göra en så bra bedömning som möjligt. En sjuksköterska uttryckte *”I’m comparing her with other patients both in her age group and with other patients who have had thyroid surgery”* (25 s.6).

SKILLNADER I SJUKSKÖTERSKANS OCH PATIENTENS SMÄRTSKATTNING

Rundshagen, Schnabel, Standl och Schulte (30) fann i sin studie att underskattning av patientens smärta förekom i 51 procent av fallen, medan en överskattning av patientens smärta förekom i 1 procent av fallen. Zalon (31) såg en underskattning av patientens smärta i 45,4 procent av fallen och en överskattning i 20,2 procent av fallen. Enligt Klopfenstein, Herrmann, Mamie, Van Gessel och Forster (32) underskattade sjuksköterskan patientens generella smärta vid två av tre tillfällen, det förekom även en underskattning vid vila och vid ansträngning vid ett av tre tillfällen. Att sjuksköterskan underskattar patientens smärta påvisades även i Sloman, Rosen, Rom och Shir (33) där man fann att sjuksköterskan underskattade patientens smärta i medel 1,86 poäng på VAS-skalan. Enligt Zalon (31) underskattade sjuksköterskan patientens smärta med i genomsnitt 2 poäng på VAS-skalan. I Idvall, Hamrin, Sjöström och Unosson (34) studie fick patienterna ringa in en siffra från noll till tio i ett formulär som svarade på deras värsta upplevda smärta under de senaste 24 timmarna. Sjuksköterskorna fick göra detsamma. Resultatet visade att sjuksköterskorna underskattade patientens smärta med i genomsnitt 0,7 poäng. Att sjuksköterskan underskattar patientens värst upplevda smärta bekräftas i Idvall, Berg, Unosson och Brudin (35) där sjuksköterskorna på två olika sjukhus underskattade patientens värst upplevda smärta med 0,7 poäng respektive 0,6 poäng. Enligt Rundshagen et al. (30) ökade skillnaderna i skattning mellan patient och sjuksköterska ju högre på VAS-skalan en patient skattade. Vid lägre värden på VAS-skalan var skillnaderna mindre. Zalon (31) bekräftade att sjuksköterskorna i högre grad underskattade svår smärta. Däremot fann man i Zalon (31) att sjuksköterskorna överskattat mild smärta.

Korrelation mellan sjuksköterskans och patientens smärtskattning

Enligt Sloman et al. (33) var sjuksköterskans skattning av patientens smärta i vila den skattning som låg närmast patientens egen skattning, med en medelskillnad på 0,4 poäng lägre än patienten. Detta bekräftas i Chung, Sim, Kim, Park, Park, Cha et al. (36) som kunde påvisa att sjuksköterskans skattning stämde bäst överens med patientens egen skattning när smärta i vila uppmättes. Enligt Chung et al. (36) fanns korrelation mellan sjuksköterskans och patientens skattning av postoperativa smärta i en majoritet av fallen. Rundshagen et al. (30) kunde i sin studie se att sjuksköterskans bedömning stämde överens med patientens egen skattning i 48 procent av fallen. I Zalon (31) studie överensstämde sjuksköterskan och patientens skattning i 34,5 procent av fallen. Düzel, Aytac och Öztunc (37) kunde genom McGill Melzack pain questionnaire se en korrelation mellan sjuksköterskans och patientens skattning av smärtintensitet, sjuksköterskorna skattade

18,49±3,81 och patienterna 19,24±3,89. Vilket Gunningberg och Idvall (38) bekräftade, genom att inga signifikanta skillnader kunde ses mellan patienternas och sjuksköterskornas skattning av den postoperativa smärtintensiteten.

Düzel et al. (37) kom med hjälp av McGill Melzack pain questionnaire fram till att en korrelation fanns mellan patienternas och sjuksköterskornas skattning gällande lokalisering och djup av smärtan. Skattningen gällande lokalisering och djup bedömdes som enbart utvärtes, invärtes eller bådadera. En korrelation fanns också gällande patienternas och sjuksköterskornas skattning när smärtan beskrevs i sensoriska, emotionella och kognitiva aspekter, sjuksköterskornas skattning uppmättes i genomsnitt till 11,01 ±11,49 och patienternas till 13,49±8,69. Ett samband kunde även ses i hur patienterna och sjuksköterskorna beskrev smärtans karaktär med hjälp av olika ordgrupperingar med undantag för den ordgrupp som beskrev smärtan som: kontinuerlig, ihållande eller stabil (37).

Skillnader i smärtskattning beroende på val av strategi vid smärtbedömning

Sjöström et al. (24) kunde påvisa skillnader i sjuksköterskans och patientens skattning beroende på vilken strategi sjuksköterskan använde sig av vid smärtbedömning. De deltagare som uppgav att de använde sig av patientgruppering och den kliniska blicken vid bedömning fick den högsta skillnaden från patientens egen skattning. Det skiljde sig i medel 1,9 poäng på VAS-skalan mellan patient och sjuksköterska, huruvida detta var en underskattning eller överskattning uppgavs ej. Den kommunikativa strategin där sjuksköterskan lyssnade till patientens upplevelse och vid sin bedömning utgick från vad patienten sade, var den strategi där den signifikant minsta skillnaden mellan patientens och sjuksköterskans skattning kunde ses. Medelvärde på skillnaden var 0,7 poäng på VAS-skalan, inte heller här uppgavs ifall det rörde sig om underskattning eller överskattning av patientens egen skattning (24).

ERFARENHETENS BETYDELSE VID BEDÖMNING OCH HANTERING AV POSTOPERATIV SMÄRTA

I Düzel et al. (37) studie kunde inget samband ses mellan sjuksköterskornas erfarenhet, gällande yrkesverksamma år, antal år inom en klinik eller betyg från utbildningen, i relation till deras bedömning av smärta med hjälp av smärtskattningsinstrument. Antal yrkesverksamma år visade sig inte heller i Sloman et al. (33) studie ha någon betydelse för hur sjuksköterskan skattade smärtan jämfört med patientens egen skattning. Zalon (31) fann att sjuksköterskor med 6-10 års erfarenhet var de vars skattning stämde bäst överens med patientens egen skattning, jämfört med sjuksköterskor som hade en yrkeserfarenhet på mindre än ett år, ett till fem år, eller mer än tio år.

I Idvall et al. (34) studie hade 32 procent av sjuksköterskorna vidareutbildning i hantering av smärta. Trots detta visade resultatet att sjuksköterskorna, inklusive de med vidareutbildning inom smärta, generellt underskattade patientens upplevelse av smärta. Underskattning förekom alltså trots vidareutbildning inom smärta (34). Enligt Van Dijk et al. (23) förekom en överskattning på NRS-skalan av sjuksköterskor med vidareutbildning inom akut smärta.

Enligt Sjöström et al. (29) ansåg deltagarna att erfarenheten hade betydelse vid användandet av den kliniska blicken, genom att man fick lättare att göra en bedömning efter att ha utfört många bedömningar på olika patienter och att de på så sätt lärt sig se vad som var "normalt" eller "enligt mönster". Kim et al. (25) menade att exponeringen för nya symtom och tecken eller nya kombinationer av redan kända symtom och tecken på smärta, gjorde att man med erfarenhet hittade nya sätt att bedöma och gruppera patienter med postoperativ smärta. Enligt Sjöström et al. (29) var det alltså antalet bedömningar som skiljde erfarna sjuksköterskor (>10 års yrkeserfarenhet), från mindre erfarna (<10 års yrkeserfarenhet) då de genom erfarenhet lärt sig se tecken på smärta som mindre erfarna sjuksköterskor kanske inte var medvetna om. En sjuksköterska som deltog i studien uttryckte bland annat att hon genom sin erfarenhet lärt sig se att en patient har ont även om patienten inte verbalt uttrycker sig uppleva smärta (29). Att lyssna på patienten om han eller hon uttrycker sig ha ont framkom i Kim et al. (25) studie som något sjuksköterskan lär sig i takt med att hon eller han blir mer erfaren. Detta bekräftade Sjöström et al. (29) där kategorin "I have learnt to listen to the patients" identifierades. Den identifierade kategorin förekom även i Sjöström et al. (24) studie där mer erfarna sjuksköterskor har lättare att lyssna till patientens egen upplevelse.

Enligt Sjöström et al. (29) uttryckte deltagarna att de med längre erfarenhet hade lättare att använda sig av strategin patientgruppering i smärtbedömningar. De har mer erfarenhet av att ha sett liknande patienter förut och har mer kunskap om olika kirurgiska ingrepp och dess postoperativa smärtpåverkan. En mindre erfaren sjuksköterska uttryckte dock att hon med erfarenhet lärt sig att inte alla patienter kan delas in i grupper och att ingenting är statistiskt. Detta bekräftade en erfaren sjuksköterska som deltog i studien, genom att uttrycka att grupperingen av patienter underlättar smärtbedömningen men att det samtidigt finns individuella faktorer som påverkar smärtan och att det är detta som är svårigheterna med att göra smärtbedömningar (29). I Rejeh et al. (27) ansåg majoriteten av sjuksköterskorna att erfarenhet hade en betydande del i hur väl sjuksköterskorna kunde empatisera och visa sin förståelse för patienten. Ju längre erfarenhet en sjuksköterska hade desto bättre var han eller hon på detta. Att kunna visa empati och förståelse ansågs av dessa sjuksköterskor som något positivt och kunde effektivisera hur väl den postoperativa smärtan hanterades. Det fanns även sjuksköterskor som uttryckte att erfarenhet gjorde det svårare för dem att uppmärksamma de individuella skillnaderna mellan patienterna, på grund av den stora exponeringen av patienter med smärta (27).

Sjöström et al. (24) kunde i sin studie även se att mer erfarna sjuksköterskor var mer självsäkra vid läkemedelshantering. I Sjöström et al. (29) uttryckte mindre erfarna sjuksköterskor en större försiktighet med att administrera analgetika till patienter på grund av rädsla för allvarliga biverkningar. Sjuksköterskor som hade mer erfarenhet var säkrare på hur mycket läkemedel de kunde ge en patient och hade även kunskap om hur de kunde hantera eventuella biverkningar. Genom erfarenhet hade de även lärt sig att dosera mängden läkemedel utifrån deras smärtbedömning av patienten och blev på så sätt mindre rädda för biverkningar. Ur resultatet framkom även att mer erfarna sjuksköterskor genom erfarenhet lärt sig att det är svårt att hantera extrem smärta och att det därför är fördelaktigt att förebygga smärta snarare än att hantera den i ett akut skede (29). I Mac Lellan (38) visade det sig att patienternas skattning av deras upplevelse av smärta på VAS-skalan minskade efter att sjuksköterskorna genomgått en vidareutbildning i smärta. Patientens skattning av smärta minskade med 7,3 procent på VAS-skalan efter sjuksköterskornas vidareutbildning. Sjuksköterskorna hade alltså blivit bättre på att förebygga smärta (38). I

Dihle et al. (28) ansåg sjuksköterskorna att en viktig aspekt av att hantera patienternas postoperativa smärta var att förebygga smärta samt att utvärdera given smärtlindring. Utvärderingen av smärtlindringen skulle enligt sjuksköterskorna ske systematiskt genom att fråga patienterna om de fortfarande upplevde smärta eller om de hade behov av mer smärtlindring (28). Kim et al. (25) nämnde att sjuksköterskorna med mer erfarenhet i större utsträckning utvärderade given smärtlindring.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Litteraturoversikten bestod av 8 kvalitativa och 11 kvantitativa artiklar. *Se bilaga 2.* Att både kvantitativa och kvalitativa artiklar valdes ut beror på att vi ansåg att syftet blev bäst besvarade genom detta urval. Genom de kvantitativa artiklarna gavs svar på huruvida det fanns en skillnad mellan sjuksköterskan och patientens skattning av postoperativ smärta, eller ej. De kvalitativa artiklarna gav svar på sjuksköterskans strategier för smärtebedömning samt erfarenhetens betydelse. Utav de 19 artiklarna var 13 publicerade i tidskrifter med fokus på sjuksköterskor och omvårdnad. De resterade sex var publicerade i andra vetenskapliga tidskrifter med fokus på medicin, de hade dock i syfte att undersöka sjuksköterskans bedömning och var alltså relevanta för området.

Urvalet av artiklarna innefattade studier utförda i flera olika länder. Majoriteten var dock publicerade i västerländska länder. Det såg vi som en fördel då västerländska länder har liknande samhällsstruktur och resurser till sjukvård. Övriga artiklar valdes med för att de gav en bredd till resultatet och att vi på så sätt kunde se om de resultat som framkom var generaliserbart i fler länder. Sex av artiklarna var publicerade i Sverige och studierna var utförda på svenska sjukhus. Detta var intressant för att få en inblick i hur problemområdet ser ut i Sverige och hur vi kan implementera den kunskap vi erhållit i vår framtida yrkesroll.

Samma författare förekom i ett flertal artiklar (24, 25, 29, 34, 35, 38) med liknande syfte. Artiklar skrivna av samma författare med liknande syften, kan riskera att vinklas för att bekräfta tidigare resultat. I en av artiklarna nämnde författarna dock i metoden att hänsyn tagits till eventuell bias. Att ett antal författare förekom i flera artiklar tror vi även kan visa på att författaren bidragit till forskningsområdets utveckling.

De kvantitativa artiklarna som mäter skillnader i sjuksköterskan och patientens smärtskattning hade alla använt sig av någon form av smärtskattningsskala. Smärtskattningsinstrumenten som användes i artiklarna hade alla bedömts ha hög reliabilitet och validitet. Vilket är viktigt för att kunna säkerställa att mätinstrumenten är tillförlitliga och i detta fall faktiskt mäter patientens grad av smärta och inte något annat. De kvantitativa artiklarna hade alla ett relativt stort antal deltagare. Den artikel vars urval var minst hade 40 deltagare och den artikel med störst urval hade 10 434 deltagare. I flera av artiklarna hade hänsyn tagits till hur stort urval som krävdes för att få ett statistiskt signifikant resultat. I artiklar med mindre urval nämndes ofta att resultatet skulle ses som ett komplement och att vidare forskning krävs för att kunna generalisera resultatet.

De kvalitativa artiklarna hade generellt ett mindre urval än de kvantitativa. Vilket vi inte ifrågasätter eftersom kvalitativa studier inte har samma syfte att vara generaliserbara som

kvantitativa och därför inte kräver ett lika stort urval. Det är i kvalitativa artiklar den subjektiva upplevelsen som efterfrågas. Kvalitativa studier kan dock ge en övergripande bild av ett område om flera studier kan påvisa liknande resultat (40).

Ett övergripande etiskt problem vi funderat på är om det är etiskt försvarbart att belasta en patient som kan vara mycket sårbar efter att precis ha genomgått en operation. En operation kan innebära en stor livsförändring för många och deltagandet i en studie kan vara svårt i en redan både fysiskt och psykiskt påfrestande situation. Forskningsområdet är dock viktigt och vi kan inte se något bättre alternativ än att låta deltagarna ge samtycke till deltagande både före och under studiens gång, vilket författarna till artiklarna hade gjort.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet berörde tre huvudteman; *sjuksköterskans strategier för smärtbedömning, skillnader i sjuksköterskans och patientens smärtskattning och erfarenhetens betydelse vid bedömning och hantering av postoperativ smärta*. Utifrån resultatet kunde fyra strategier för postoperativ smärtbedömning identifieras. Dessa var; *användning av smärtskattningsinstrument, kommunikation som ett redskap, den kliniska blicken och patientgruppering*.

Sjuksköterskans strategier för smärtbedömning

I resultatet framkom att smärtskattningsinstrument var en vanlig strategi för postoperativ smärtbedömning (21-23) där Lindberg et al. (22) fann att VAS-skalan var det vanligast förekommande smärtskattningsinstrumentet. Det framkom dock att VAS-skalan inte alltid användes på ett korrekt sätt. Ibland utfördes endast en muntlig skattning som vid NRS-skalan (22). VAS-skalan är ett skattningsinstrument som inte enbart sker genom en muntlig redogörelse, utan även innefattar att patienten märker ut sin upplevelse av smärta på en linjal (9). Vid all användning av smärtskattningsskalor bör de användas på rätt sätt för tillförlitligheten skall kvarstå. En aspekt som också ingår i detta är att informera patienten om det smärtskattningsinstrument som används, samt att komplettera skattningen med frågor om patientens upplevelse (9). I de observerade fallen av Manias et al. (21) gjordes en komplettering av smärtskattningen med frågor till patienten i endast 1,3 procent av fallen. Detta resultat skulle kunna visa att sjuksköterskor inte fullt ut uppmärksammar patientens subjektiva upplevelse. Sjuksköterskan kan gå miste om viktig information om smärtans karaktär och övrig information om hur patienten mår, genom att inte ställa kompletterande frågor vid smärtskattningen (9). De kompletterande frågorna möjliggör att arbetet blir mer personcentrerat då patienten får en känsla av att hans eller hennes upplevelse är viktig och att beslut fattas gemensamt (16). Genom att informera och komplettera smärtskattningen kan sjuksköterskan även få en inblick i hur patienten tolkar de begrepp som används vid smärtskattning exempelvis ”värsta tänkbara smärta”. Då det inte finns någon tydlig referensram för vad ”värsta tänkbara smärta” innebär, är det av betydelse att veta hur patienten tolkar begreppet för att undvika missförstånd. Den ”värsta tänkbara smärtan” kan för någon jämföras med den smärta de upplever just nu, med deras tidigare värsta upplevda smärta, med deras förväntningar på hur postoperativ smärta borde kännas, eller genom att jämföra den smärtan de upplever med något som de tror är extremt smärtsamt men som de tidigare inte upplevt. Genom att veta hur patienten tolkar begreppet kan ett personcentrerat förhållningssätt användas och en mer gemensam syn på smärtan skapas (16).

Strategin kommunikation var enligt Manias et al. (21) det vanligaste tillvägagångssättet för postoperativ smärtbedömning. Detta kan ses som positivt, då sjuksköterskan hela tiden skall sträva efter och ha som mål att skapa en dynamisk relation med patienten. Enligt Travelbee (13) skapas den dynamiska relationen lättast genom kommunikativa handlingar. Denna relation gör sjuksköterskan medveten om hur smärtan kan förebyggas, hanteras och bli meningsfull för patienten (13), vilka är de fundamentala målen med postoperativ smärtbehandling (8). Lindberg et al. (22) uttryckte vikten av kommunikation för att patienten skulle få adekvat smärtlindring. Strategin möjliggjorde för sjuksköterskan att kunna bortse från sin egen bedömning eller förväntan och bekräfta patienten som en individ. Patienten blev även mer delaktig i vården (22, 26). Då det i Rejeh et al. (26) studie var patienterna som uttryckte att de kände sig mer delaktiga i vården när sjuksköterskan använde sig av denna strategi, stämmer resultatet överens med Ekman et al. (16) som menar att det krävs en kommunikation där patienten får återge sin upplevelse för att skapa en känsla av delaktighet. Kommunikation skapar alltså förutsättningar för att skapa ett personcentrerat förhållningssätt i den postoperativa smärtbedömningen.

Vid användandet av strategin patientgruppering kunde Sjöström et al. (24) se att skillnaden mellan de sjuksköterskor som enbart använde sig av patientgruppering, och patientens egens skattning var 1,9 poäng på VAS-skalan. Enligt Iafrati (41) är en skillnad på över en poäng på VAS ansett som en över- eller underskattning. Därmed är 1,9 poäng på VAS-skalan en definierad över- eller underskattning. En anledning till att dessa skillnader uppstod vid användandet av strategin patientgruppering, skulle kunna vara att sjuksköterskorna var för generella i sina smärtbedömningar. En allt för generell bedömning gör att sjuksköterskan riskerar att missa information om patientens subjektiva upplevelse och kan därmed över- eller underskatta patientens smärta. Hur en patient kommer att uppleva sin postoperativa smärta finns enligt Travelbee (13) ingen generell mall. Det är därmed viktigt att sjuksköterskan bortser från eventuella fördomar om patienten och ser individen (13). Att medvetet använda sig av patientgruppering kunde enligt Sjöström et al. (24) möjliggöra för sjuksköterskan att se det som var unikt och individuellt genom att det inte ingick i de vanliga kännetecknen för den specifika patientgruppen. En sjuksköterska som medvetet använder sig av patientgruppering kan alltså ha en mindre risk att missbedöma patientens smärta. Att utgå främst från det individuella och integrera detta med sin tidigare erfarenhet av liknande patienter ger sjuksköterskan en större möjlighet till en optimal smärtbedömning.

Skillnader i sjuksköterskans och patientens smärtskattning

Studierna i resultatet visade att det förekom både över- och underskattning, samt samband mellan patientens och sjuksköterskans skattning av postoperativ smärta. En majoritet av studierna visade dock att sjuksköterskan underskattade patientens smärta (24, 30-35). I Rundshagen et al. (30) studie förekom en underskattning i 51 procent av de studerade fallen. Zalon (31) kunde påvisa en underskattning av patientens smärta i 45,4 procent av fallen. Att dessa resultat visade att näst intill varannan patients smärtupplevelse underskattats, är mycket allvarligt. Obehandlad postoperativ smärta riskerar svåra komplikationer som lungemboli, paralytiskt ileus, och allvarliga cirkulatoriska, respiratoriska och metabola komplikationer (4). Rundshagen et al. (30) kom även fram till att underskattningen mellan patient och sjuksköterska blev större desto högre patienten skattade på VAS-skalan. Zalon (31) bekräftade att sjuksköterskor underskattade svår smärta i högre grad. Detta är intressant eftersom det skulle kunna innebära att patienter

som upplever en högre smärtintensitet blir underskattade i större utsträckning, än patienter med mild eller måttlig smärta. Utöver de komplikationer som postoperativ smärta kan ge, kan en underskattning av postoperativ smärta även leda till utveckling av långvarig smärta (4). Förebyggandet av den postoperativa smärtan är därför enligt Holm och Hansen (8) viktigt då detta minimerar risken att den akuta smärtan övergår till ett långvarigt smärttillstånd. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor, skall sjuksköterskan arbeta för att förebygga ohälsa genom att minimera risken för komplikationer vid sjukdom, vård och behandling (3). De resultat som visade på att sjuksköterskor underskattade patientens smärta motsäger alltså de krav som ställs på sjuksköterskans kompetens i området.

En korrelation mellan sjuksköterskans och patientens skattning av smärta kunde ses i Düzel et al. (37) och Gunningberg et al. (38). Intressant är att Düzel et al. (37) var publicerad 2013 och alltså är den mest aktuella studien i vårt resultat. Om ytterligare nya studier kan visa på att smärtskattningen av sjuksköterska och patient stämmer överens skulle det kunna betyda att en utveckling i området har skett. Eftersom målet med postoperativ smärtbehandling är att patienten skall vara smärtfri (9) skulle en sådan utveckling i området kunna innebära tydligare riktlinjer för smärtbedömning. Exempel på sådana riktlinjer skulle kunna vara vilka strategier som sjuksköterskan bör använda sig av vid smärtbedömning, samt hur olika strategier kan komplettera varandra för att målen för postoperativ smärtbehandling skall uppnås.

Erfarenhetens betydelse vid bedömning och hantering av postoperativ smärta

Olika aspekter lyftes i resultatet fram för erfarenhetens betydelse vid bedömning och hantering av postoperativ smärta. Sloman et al. (33), Idvall et al. (34) och Düzel et al. (37) kunde i sina studier se att erfarenheten inte hade någon betydelse för över- eller underskattning av patientens smärta. Däremot fann Zalon (31) i sin studie att sjuksköterskor med sex till tio års erfarenhet var de vars skattning stämde bäst överens med patientens egen skattning, jämfört med sjuksköterskor som hade en yrkeserfarenhet på mindre än ett år, ett till fem år, eller mer än tio år. Det är uppseendeväckande att de sjuksköterskor som arbetat mer än tio år hade en mindre överensstämmande skattning med patientens egen skattning, än de sjuksköterskor med sex till tio års erfarenhet. Vi ser det som märkligt att de sjuksköterskor med mest erfarenhet inte var de vars skattning stämde bäst överens med patientens egen skattning.

Det kan finnas många anledningar till varför Zalons (31) resultat såg ut som det gjorde. En orsak kan vara att sjuksköterskor med mycket lång erfarenhet låser sig till strategin patientgruppering och går allt för mycket på tidigare erfarenhet vid smärtbedömningen. I resultatet framkom att mer erfarna sjuksköterskor använde sig av strategin patientgruppering i större utsträckning än vad mindre erfarna sjuksköterskor gjorde (24, 25, 29). Som tidigare nämnt visade resultatet även att användandet av enbart strategin patientgruppering vid smärtbedömning, gav en betydande skillnad mellan patientens och sjuksköterskans skattning (1,9 poäng på VAS-skalan)(24, 41). Dessa resultat skulle kunna styrka vår hypotes. Genom erfarenhet kan mycket erfarna sjuksköterskor göra en smärtbedömning på ren automatik i stället för att se vad som är unikt med patienten. En mindre erfaren sjuksköterska kan inte bedöma en patient utifrån tidigare erfarenheter i lika stor utsträckning och får därmed ta sig an patienten utifrån ett problemlösningsperspektiv. Detta kan leda till att en mindre erfaren sjuksköterska på så sätt uppmärksammar de unika

tecken som patienten uppvisar. Sjuksköterskor med mer än tio års erfarenhet är i de flesta fall de som har mest kunskap och borde därför vara de som skattar närmast patienten. Enligt Eide och Eide (14) ska sjuksköterskan i yrkesutövandet ha förmågan att dra rimliga slutsatser utifrån kunskap och erfarenhet. Vi menar att om sjuksköterskor vilar för mycket på sin erfarenhet kan det leda till att patientens individuella upplevelse förbises, med en över- eller underskattning som följd. Att de sjuksköterskor med sex till tio års erfarenhet skattade närmast patientens egen skattning, kan bero på att de byggt upp en erfarenhet som är till hjälp för dem vid smärtbedömningen, men att de fortfarande måste anta ett problemlösningsperspektiv i mötet med en patient. När en sjuksköterska i mötet med patienten kan bidra med sin kompetens i form av erfarenhet av tidigare patienter och samtidigt låta patienten delge sin egen upplevelse av smärta möjliggörs enligt Ekman et al. (16) en personcentrerad vård. Detta skapar förutsättningar för sjuksköterskan att upprätta en individuell plan för patientens smärta (16). Genom en individuell plan anser vi att det postoperativa förloppet kan förlöpa så bra som möjligt.

KONKLUSION

Genom resultatet har vi fått kunskap om vilka de vanligaste strategierna för smärtbedömning är, samt hur dessa används. Hur strategierna används och vilken erfarenhet sjuksköterskan har, är avgörande för hur väl sjuksköterskans smärtbedömning stämmer överens med patientens upplevelse. Resultatet visade att det förekom skillnader i sjuksköterskan och patientens smärtskattning, där en majoritet av resultaten visade på att sjuksköterskan underskattade patientens upplevelse av smärta. Det är allvarligt att det förekommer skillnader mellan patientens egen upplevelse och sjuksköterskans smärtbedömning. I enlighet med kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor skall sjuksköterskan bland annat arbeta för att minska lidande och lindra smärta med adekvata åtgärder, bedriva patientfokuserad omvårdnad med kvalitet samt kontinuerligt utveckla sin egen kompetens. I arbetet ingår också att tillämpa omvårdnadsprocessen där en tydlig plan med mål och utvärdering skall finnas för varje patient (3). De resultat som visar att patientens smärta underskattas och att patientgruppering förekommer är en brist mellan teori och praktik. Detta eftersom sjuksköterskan riskerar att inte arbeta med den enskilde patienten i fokus och inte heller på ett adekvat sätt minskar lidande och lindrar patientens upplevda smärta.

Att enbart använda sig av strategin patientgruppering samt att inte använda sig av mer utförliga frågor kring smärtan vid användning av smärtskattningsinstrument, gör att patientens subjektiva upplevelse inte alltid uppmärksammas. Då smärta är en subjektiv upplevelse är det av största vikt att vården är personcentrerad och identifierar patientens unika upplevelse för att bedömningen skall bli optimal. En korrekt smärtbedömning där patientens och sjuksköterskans bedömning av smärtan stämmer överens och patienten känner sig delaktig i vården, är det sjuksköterskan skall sträva efter. För att detta skall kunna uppnås, krävs det fler studier som kan påvisa effektiva strategier för smärtbedömning. Kunskap om hur man med hjälp av olika strategier kan arbeta för att förebygga och lindra smärta är ett viktigt motiv för fortsatt forskning i ämnet. Denna kunskap skulle kunna leda till en medvetenhet kring vad det är som krävs av sjuksköterskan för att smärtbedömningen skall bli så korrekt som möjligt. Utifrån vårt resultat tror vi att en optimal smärtbedömning kan underlättas när de olika strategierna kompletteras med varandra.

Utöver vidare forskning finns det ett behov av att utveckla sjuksköterskans grundkompetens. För att minska skillnaderna i kompetens och val av strategi för smärtbedömning mellan mindre erfarna sjuksköterskor och mer erfarna sjuksköterskor, anser vi att smärta och smärtbedömning borde uppmärksammas mer i sjuksköterskeutbildningen. Genom att skapa förutsättningar för en bra kunskapsgrund kring strategier för smärtbedömning, smärtbehandling och kommunikation med patienter som upplever smärta, kan det hos mindre erfarna sjuksköterskor skapas en säkerhet och en vilja att utveckla den egna smärtbedömningen. Att arbeta mer personcentrerat och göra patienten förberedd på det postoperativa förloppet, kan vara ytterligare ett sätt att minska skillnaderna. Exempel på detta skulle kunna vara en bra preoperativ förberedelse med tydlig information om smärtskattningsinstrument. Genom kommunikation med patienten skapas även en gemensam plan med mål och förväntningar på det postoperativa förloppet.

I vår litteraturöversikt har vi valt att fokusera på den postoperativa smärtan. Eftersom smärta är ett symptom som förekommer hos flera andra patientgrupper anser vi att det skulle vara intressant att undersöka om de resultat vi funnit, även kan påvisas vid andra typer av smärta.

REFERENSER

- [1] Bergh I. Smärta. I Edberg A-K, Wijk H, (red.). *Omvårdnadens Grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur; 2009 sid. 490-508.
- [2] Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis; 1971.
- [3] Socialstyrelsen, 2005.
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf. Hämtad: 2013-09-10, kl: 09.56.
- [4] Werner M. Introduktion och kort historik. I Werner M, Leden I, (red.). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber; 2010 sid. 13-25.
- [5] Bartley E J, Fillingim R B. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia*. 2013; 111(1): 52-58.
- [6] Werner M. Smärtbedömning – analys och diagnostik. I Werner M, Leden I, (red.). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber; 2010 sid. 186-200.
- [7] Ekselius L, Von Knorring L. Behandling med antidepressiva läkemedel. I Werner M, Leden I, (red.). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber; 2010 sid. 427-435.
- [8] Holm S, Hansen E. *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
- [9] Rawal N. *Postoperativ smärta: Behandling, kvalitetssäkring och organisation*. Lund: Studentlitteratur; 1999.
- [10] Helander B, Sigurd B, Rosengren K-E, Björn L-O, Ulfstrand S. Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/kommunikation>. Hämtad: 2013-09-08, kl: 17:19.
- [11] Baggens C, Sandén I. *Omvårdnad genom kommunikativa handlingar*. I Friberg F, Öhlén J, (red.) *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur; 2009 sid. 202-234.
- [12] Linton S-J. *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- [13] Travelbee J. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
- [14] Eide H, Eide T. *Omvårdnadsorienterad kommunikation – relationsetik, samarbeide och konfliktløsning*. Lund: Studentlitteratur; 2009.
- [15] Kristensson Ekwall A. *Personcentrerad vård ur ett akuttvårdsperspektiv*. I Edvardsson D, (red.). *Personcentrerad vård i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2010 sid. 51-61.
- [16] Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care – ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; 10: 248-251.

- [17] Santamäki Fischer R. Att samla in och använda livsberättelser. I Edvardsson D, (red.). Personcentrerad vård i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010 sid. 39-47.
- [18] Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. I Friberg F. (red.). Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2012, sid. 133-143.
- [19] Östlundh L. Informationssökning. I Friberg F. (red.). Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2012, sid. 57-79.
- [20] Karolinska Institutet. http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm. Hämtad 2013-09-11, kl: 09.30.
- [21] Manias E, Bucknall T, Botti M. Assessment of patient pain in the postoperative context. *Western Journal of Nursing Research*. 2004; 26: 751-768.
- [22] Lindberg J-O, Engström Å. A good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management. *Pain management nursing*. 2011; 12 (3):163-172.
- [23] Van Dijk J, Van Wijck A, Kappen T H, Peelen L M, Kalkman C J, Schuurmans M J. Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49: 65-71.
- [24] Sjöström B, Dahlgren L O, Haljamäe H. Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing*. 2000; 9: 111-118.
- [25] Kim H S, Schwartz Barcott D, Tracy S M, Fortin J D, Sjöström B. Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units. *Pain Management Nursing*. 2005; 6(1): 3-9.
- [26] Rejeh N, Vaismoradi M. Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. *Nursing and Health Sciences*. 2010; 12: 67-73.
- [27] Rejeh N, Ahmadi F, Mohamadi E, Anoosheh M, Kazemnejad A. Ethical challenges in pain management post-surgery. *Nursing Ethics*. 2009; 16 (2):161-172.
- [28] Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15:469-479.
- [29] Sjöström B, Jakobsson E, Haljamäe H. Clinical competence in pain assessment. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2000; 16: 273-282.
- [30] Rundshagen I, Schnabel K, Standl T, Schulte J. Patients' vs nurses' assessments of postoperative pain and anxiety during patient- or nurse-controlled analgesia. *British Journal of Anaesthesia*. 1999; 82(3): 374-378.
- [31] Zalon L M. Nurses' assessment of postoperative patients' pain. *Pain*. 1993; 54: 329-334.
- [32] Klopfenstein C E, Herrmann F R, Mamie C, Van Gessel E, Forster A. Pain intensity and pain relief after surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2000; 44:58-62.

- [33] Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52(2): 125-13.
- [34] Idvall E, Hamrin E, Sjöström B, Unosson M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative management. *Qual Saf Health Care*. 2002;11: 327-334.
- [35] Idvall E, Berg K, Unosson M, Brudin L. Differences between nurse and patient assessment on postoperative pain management in two hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2005; 11(5): 444-451.
- [36] Chung I-S, Sim W-S, Kim G-S, Park S-H, Park Y-S, Cha K-J, Park Y-S, Lim Y-J, Lee S-C, Kim Y-C. Nurses' assessment of postoperative pain: can it be an alternative to patients' self-report? *Journal of Korean Medical Science*. 2001;16: 784-788.
- [37] Düzel V, Aytac N, Öztunc G. A study on the correlation between the nurses' and patients' postoperative pain assessment. *Pain Management Nursing*. 2013; 3(14): 126-132.
- [38] Gunningberg L, Idvall E. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management*. 2007; 15: 756-766.
- [39] Mac Lellan K. Postoperative pain: strategy for improving pain experiences. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 46 (2): 179-185.
- [40] Dahlborg H, Lyckhage E. Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I Friberg F (red.). Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2012, sid. 23-35.
- [41] Iafrati N S. Pain on the burn unit: patient versus nurse perception. *J Burn Care Rehabil*. 1986; 7: 413-416.

BILAGA 1

Tabell 1 - Databasinsamling

Databas	Datum	Avgränsningar	Sökord	Antal träffar/ lästa abstrakt	Antal valda artiklar. (Referensnr.)
Cinahl	13.09.04	peer reviewed	postoperative pain, nurs*	1536/45	23, 37
Cinahl	13.09.04	peer reviewed, research article, abstract available, english language, publicerad från år 2000 och framåt	postoperative pain, nurs*, measurement	159/22	21, 22, 24, 33
Cinahl	13.09.04	peer reviewed, research article, abstract available, english language, publicerad från år 2000 och framåt	postoperative pain, nurs*, strategies	44/10	25, 29
Scopus	13.09.04	Publicerad de senaste 10 åren, subject area: nursing, document type: article	postoperative pain, nurs*, assessment	325/55	34, 35
Scopus	13.09.04	Publicerad de senaste 10 åren, nursing, engelska, keywords: postoperative pain	postoperative pain, nurs*, management	252/13	26
Scopus	13.09.09	Publicerad de senaste 10 åren, nursing, engelska	pain measurement, nurs*, postoperative	224/15	27, 38
Cinahl	13.09.23	Söktes i artikel [25] referenslista	Manuell sökning		31, 32
Pubmed	13.09.23	Funktionen "related citations", artikel [33]	Manuell sökning		30, 36
Scopus	13.10.07	Söktes i artikel [26] referenslista	Manuell sökning		28
Scopus	13.10.07	Söktes i artikel [33] referenslista	Manuell sökning		39

BILAGA 2

Kvalitetsgranskning av kvantitativa och kvalitativa studier enligt Friberg (18).

Gemensamma frågor för både kvantitativa och kvalitativa artiklar:

- Finns det ett tydligt problem formulerat?
- Finns det teoretiska utgångspunkter beskrivna?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts? (kvantitativa artiklar) Hur är undersökningsspersonerna beskrivna? (kvalitativa artiklar)
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat? (kvalitativa artiklar)
- Vilka argument förs fram?
- Finns det några etiska resonemang?
- Finns det metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden?

BILAGA 3

Artikelöversikt

[21]

Titel: *Assessment of patient pain in the postoperative context*

Författare: Manias E, Bucknall T, Botti M

År: 2004

Land: Australien

Syfte: Att undersöka hur sjuksköterskan fattar beslut i den postoperativa smärtbedömningen.

Metod: Kvalitativ observationsstudie

Urval: 52 sjuksköterskor

Antal referenser: 38

[22]

Titel: *A good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management*

Författare: Lindberg J-O, Engström Å

År: 2011

Land: Sverige

Syfte: Undersöka sjuksköterskans upplevelse av att bedöma och behandla smärta hos postoperativa patienter på en intensivvårdsavdelning.

Metod: Kvalitativ studie

Urval: 6 sjuksköterskor

Antal referenser: 41

[23]

Titel: *Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study*

Författare: Van Dijk J, Van Wijck A, Kappen T H, Peelen L M, Kalkman C J, Schuurmans M J

År: 2012

Land: Nederländerna

Syfte: Utreda vilka smärtpoäng på den numeriska skattningsskalan som anses uthärdliga på den verbalt beskrivande skalan av patienter och vårdpersonal.

Metod: Kvantitativ studie, med skattning på NRS- och VRS-skalan

Urval: 10 434 patienter, 303 vårdpersonal

Antal referenser: 28

[24]

Titel: *Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy.*

Författare: Sjöström B, Dahlgren L O, Haljamäe H

År: 2000

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva skillnader i hur sjuksköterskor bedömer postoperativ smärta samt hur väl sjuksköterskans bedömning stämmer överens med patientens egen skattning.

Metod: Kvalitativ intervjustudie

Urval: 180 patienter, 30 sjuksköterskor

Antal referenser: 33

[25]

Titel: *Strategies used in pain assessment used by nurses on surgical units.*

Författare: Kim H S, Schwartz Barcott D, Tracy S M, Fortin J D, Sjöström B

År: 2005

Land: USA

Syfte: Att identifiera kriterier sjuksköterskan använder för att bedöma postoperativ smärta samt vilka bedömningar de gör beroende på erfarenhet.

Metod: Kvalitativ intervjustudie

Urval: 30 patienter, 10 sjuksköterskor

Antal referenser: 18

[26]

Titel: *Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management*

Författare: Rejeh N, Vaismorade M

År: 2010

Land: Iran

Syfte: Undersöka de perspektiv och erfarenheter elektiva operationspatienter har angående hanteringen av smärtan.

Metod: Kvalitativ intervjustudie

Urval: 20 patienter

Antal referenser: 34

[27]

Titel: *Ethical challenges in pain management post-surgery*

Författare: Rejeh N, Ahmadi F, Mohamadi E, Anoosheh M, Kazemnejad A

År: 2009

Land: Iran

Syfte: Beskriva de etiska utmaningarna som sjuksköterskor i Iran stöter på under omvårdnaden av patienter som genomgår kirurgi.

Metod: Kvalitativ intervjustudie

Urval: 26 sjuksköterskor

Antal referenser: 33

[28]

Titel: *The gap between saying and doing in postoperative pain management*

Författare: Dihle A, Bjølseth G, Helseth S

År: 2006

Land: Norge

Syfte: Få förståelse för hur sjuksköterskor medverkar vid smärthantering inom kirurgi och identifiera barriärer för att kunna uppnå optimal postoperativ smärtlindring.

Metod: Kvalitativ deskriptiv design, observationer och djupintervjuer

Urval: 9 sjuksköterskor

Antal referenser: 47

[29]

Titel: *Clinical competence in pain assessment.*

Författare: Sjöström B, Jacobsson E, Haljamäe H

År: 2000

Land: Sverige

Syfte: Att analysera sjuksköterskans uppfattning om erfarenhetens betydelse vid postoperativ smärtbedömning.

Metod: Kvalitativ intervjustudie

Urval: 30 sjuksköterskor

Antal referenser: 43

[30]

Titel: *Patients' vs. Nurses' assessment of postoperative pain and anxiety during patient- or nurse- controlled analgesia.*

Författare: Rundshagen I, Schnabel K, Standl T, Schulte J

År: 1999

Land: Tyskland

Syfte: Att undersöka patienters och sjuksköterskors bedömning av postoperativ smärta och oro efter olika typer av analgetika. Med fokus på relationen mellan sjuksköterskan och patientens skattning på VAS-skalan.

Metod: Kvantitativ studie som använder sig av VAS-skalan

Urval: 60 patienter

Antal referenser: 19

[31]

Titel: *Nurses' assessment of postoperative patients' pain*

Författare: Zalon M L

År: 1993

Land: USA

Syfte: Att jämföra sjuksköterskors smärtbedömning med postoperativa patienters smärtskattning.

Metod: Kvantitativ studie, skattning på VAS-skalan

Urval: 119 patienter, 119 sjuksköterskor

Antal referenser: 44

[32]

Titel: *Pain intensity and pain relief after surgery*

Författare: Klopfenstein C E, Herrmann F R, Van Gessel E, Forster A

År: 2000

Land: Schweiz

Syfte: Få mer insikt i hur väl sjuksköterskor och läkare bedömer patientens postoperativa smärta och lindring av smärta och jämföra med patientens redogörelse.

Metod: Kvantitativ studie, skattning på VAS-skala

Urval: 40 patienter, 8 sjuksköterskor

Antal referenser: 27

[33]

Titel: *Nurse's assessment of pain in surgical patients.*

Författare: Sloman R, Rosen G, Rom M, Yoram S

År: 2005

Land: Israel

Syfte: Att jämföra sjuksköterskans skattning av smärtintensitet med patientens egen skattning.

Metod: Kvantitativ studie som använder sig av VAS-skalan och Short-Form McGill Pain Questionnaire

Urval: 95 patienter, 93 sjuksköterskor

Antal referenser: 31

[34]

Titel: *Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management*

Författare: Idvall E, Hamrin E, Sjöström B, Unosson M

År: 2002

Land: Sverige

Syfte: Beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömning av kvalitet i postoperativ vård och undersöka om det finns skillnader mellan subgrupper av patienter och jämföra patienters bedömning inom olika områden.

Metod: Kvantitativ studie

Urval: 209 patienter, 64 sjuksköterskor

Antal referenser: 27

[35]

Titel: *Differences between nurse and patient assessment on postoperative pain management in two hospitals*

Författare: Idvall E, Berg K, Unosson M, Brudin L

År: 2005

Land: Sverige

Syfte: Undersöka skillnader mellan sjuksköterskors och patienters bedömning av postoperativ smärta på två sjukhus, och diskutera karaktären av skillnaderna.

Metod: Kvantitativ studie

Urval: 286 patienter, 97 sjuksköterskor

Antal referenser: 17

[36]

Titel: *Nurses' assessment of postoperative pain: can it be an alternative to patients' self report?*

Författare: Chung I-S, Sim W-S, Kim G-S, Park S-H, Park Y-S, Cha K-J, Park Y-S, Lim Y-J, Lee S-C, Kim Y-C

År: 2001

Land: Korea

Syfte: Att undersöka huruvida sjuksköterskans bedömning av patientens smärta kan vara ett alternativ till patientens egen smärtbedömning.

Metod: Kvantitativ studie

Urval: 187 patienter

Antal referenser: 22

[37]

Titel: *A study on the correlation between the nurses' and patients' postoperative pain assessment*

Författare: Düzel V, Aytac N, Öztunc G

År: 2013

Land: Turkiet

Syfte: Undersöka huruvida sjuksköterskor kan bedöma den smärta patienten har i den postoperativa processen på samma sätt som patienten själv samt att undersöka om personliga faktorer har en betydelse.

Metod: Kvantitativ studie, använder McGill pain questionnaire

Urval: 94 patienter, 47 sjuksköterskor

Antal referenser: 29

[38]

Titel: *The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records*

Författare: Gunningberg L, Idvall E

År: 2007

Land: Sverige

Syfte: Studera kvaliteten av smärthanteringen på ett universitetssjukhus.

Metod: Kvantitativ studie

Urval: 121 patienter, 47 sjuksköterskor

Antal referenser: 29

[39]

Titel: *Postoperative pain: strategy for improving patient experiences*

Författare: Mac Lellan K

År: 2004

Land: Irland

Syfte: Rapport om implementeringen och utvärderingen om en sjuksköterskeledd förbättring av smärthantering efter kirurgi.

Metod: Kvantitativ studie

Urval: 800 patienter

Antal referenser: 32
