



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patienters erfarenheter av smärtlindring efter en
ortopedisk operation.

En litteraturstudie

Författare: Marie Lindberg & Helena Olefeldt

Handledare: Johanna Norén Jonasson

Kandidatuppsats

Våren 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Patienters erfarenhet av smärtlindring efter en ortopedisk operation.

En litteraturstudie

Författare: Marie Lindberg & Helena Olefeldt

Handledare: Johanna Norén Jonasson

Kandidatuppsats

Våren 2015

Abstrakt

Smärta är vanligt förekommande efter ortopediska operationer och behöver behandlas för att minska lidande och risken för postoperativa komplikationer. Trots att vikten av smärtlindring är känd existerar hinder för att uppnå god smärtlindring. Syftet var att belysa patienters erfarenhet av smärta med huvudfokus på smärtlindring efter en ortopedisk operation. En litteraturstudie med integrerad analys har genomförts. Såväl kvalitativa som kvantitativa studier har ingått. Efter analys framkom fyra huvudteman; *Att veta en del men inte allt, Att vara nöjd med smärtlindringen, Att ha ont i alla fall, Att vårdas av en expert*. Patienter har en del kunskap om smärtlindring men saknar information från sjuksköterskor, vilka ses som experter i ämnet. Sjuksköterskor ses som experter vilket kan göra det svårt för patienter att ställa frågor till dem. Patienter har en tendens att acceptera och uthärda smärta men är i hög grad nöjda med smärtlindringen. Sjuksköterskor behöver vara medvetna om att de ses som experter på smärtlindring och verka för att utjämna avståndet mellan patient och sjuksköterska genom att arbeta personcentrerat.

Nyckelord

Smärtlindring, ortopedisk operation, vårdrelation, informationsbehov

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	4
Patientperspektivet	4
Välbefinnande	4
Lidande	5
Smärta	5
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Data analys	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	12
Att veta en del men inte allt	12
Att ha en del kunskap	12
Att ha brist på kunskap	13
Att få mer information har betydelse	14
Att vara nöjd med smärtlindringen	14
Att ha ont i alla fall	15
Att smärta är förväntad och accepterad	15
Att försöka göra något annat åt smärtan	16
Att tanken kan styra känslan av smärta	16
Att nedvärdera sin egen förmåga i relation till en expert	17
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	21
Slutsats och kliniska implikationer	24
Författarnas arbetsfördelning	25
Referenser	26
Bilaga 1 (2)	30
Bilaga 2 (2)	Error! Bookmark not defined.

Introduktion

Problemområde

Operationer är en vanlig företeelse inom sjukvården, exempelvis genomfördes under 2013 i Sverige 162 830 operationer i slutenvården (Socialstyrelsen, 2014a), och 151 066 operationer i dagkirurgin (Socialstyrelsen, 2014b) gällande enbart operationer på rörelseapparaten. Mer än 80 % av kirurgiska patienter upplever postoperativ smärta och 39 % av dessa upplever smärtan som allvarlig eller extrem (Argoff, 2014). Siffrorna visar att många patienter erfar smärta, vilket i sin tur kan innebära upplevelse av lidande. Lidande är en universell mänsklig erfarenhet som kan upplevas i situationer när något ont, oönskat eller smärtsamt påverkar individen (Arman & Rehnsfeldt, 2011).

Argoff (2014) hävdar, i en studie över smärtstillande medicinering och tekniker i samband med operationer, att den akuta postoperativa smärtan fortsätter att vara ett stort problem, som både överbehandlas och underbehandlas. Felbehandling av postoperativ smärta leder till allvarliga konsekvenser, exempelvis ökad risk för bestående post-operativ smärta, försämrad rehabilitering, ökad vårdtid på sjukhus samt återinläggning. Negativa konsekvenser relaterade till överbehandling av analgetika kan bestå i för djup sederande effekt (ibid.). Obehandlad postoperativ smärta leder till sänkt livskvalitet i den direkta postoperativa perioden (Wu et al., 2003). Att lindra lidande och främja hälsa är grundläggande för sjuksköterskans profession (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Sjuksköterskors kunskap och attityder kring postoperativ smärta har stor potential att förbättras genom mer insikt i smärtbehandling (Abdalrahim, Majali, Stomberg & Bergbom, 2011). Genom att förstå patientens erfarenhet av smärta och smärtlindring kan sjuksköterskan rikta omvårdnadsåtgärderna rätt. Med rätt åtgärder minskar patientens lidande, vilket kan öka livskvalitén för patienten (Wu et al., 2003; Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Bakgrund

Patientperspektivet

Studien utgår från patientens perspektiv. Enligt Graubæk (2012) är patientologi läran om hur det är att vara patient och att det är den subjektiva upplevelsen som eftersöks, vilket överensstämmer med föreliggande studies perspektiv. Att förstå hur det är att vara sjuk handlar om att sätta sig in i patientens perspektiv. Patientologin uppmanar sjukvårdspersonal att se patienter som människor att lära av. Patientologi handlar om den berättelse som patienten beskriver, vilken blir en viktig vägledande del i vården tillsammans med rådande vetenskap och beprövad erfarenhet (ibid.). Enligt Ekman (2014) ligger förståelse för den individuella människans behov till grund för att bedriva personcentrerad vård.

Personcentrerad vård kan ses som en process som bygger på patientens berättelse. Som grund för planerandet och genomförandet av vården bör en överenskommelse mellan patienten och personalen finnas som bygger på patientens berättelse. Traditionellt har patienten i vården uppfattats som en passiv mottagare av vård och medicinska behandlingar. I den personcentrerade vården finns istället utgångspunkten att patienter är personer som har vilja, förmågor och behov (ibid.).

Välbefinnande

Patienters upplevda välbefinnande är enligt Morse (2000a) beroende av hur väl vården möter patientens behov och, i likhet med personcentrerad vård, hur kompetent och nödvändig vården erfars. Enligt Morse (2000a) teori kring begreppet välbefinnande (eng. comfort) är utövandet av sjuksköterskans omvårdnad ett svar på patientens behov. I sjuksköterskans kompetens ingår förmåga att uppmärksamma när patienten gör uttryck för obehag (eng. discomfort). Patienter kan uttrycka obehag verbalt, genom kroppspråk eller genom fysiska symptom (ibid.). I sjuksköterskans ansvar ingår bland annat att bedöma och lindra smärta, att göra smärta uthärdlig för patienten, vilket är centralt i personcentrerad vård (Ekman, 2014; Kompetensbeskrivning, 2005). Enligt Morse (2000a) måste varje sjuksköterska utarbeta sin egen repertoar av handlingar som främjar välbefinnande. Handlingarna kan vara fysisk beröring, lyssnande till patienten, erbjudande att förklara procedurer eller att förändra patientens omgivande miljö. Det kortsiktiga målet för sjuksköterskan är att befria patienten från obehaget som föreligger, och bistå patienten i att uthärda sin smärta. Det långsiktiga målet gäller att hjälpa patienten uppnå hälsa på lång sikt, vilket kan innebära att ett visst mått av obehag måste genomlidats på vägen, exempelvis kan det handla om att se till att mobilisera

en patient efter operation trots upplevda smärtor i samband med rörelse. Välbefinnandet som patienten upplever är inte samma sak som graden av upplevd smärta, utan istället hur väl smärtan uthärdas. Enligt Morse är välbefinnande är ett relativt tillstånd och beror på patientens uppfattning kring sitt obehag och egen förmåga att klara av det (ibid.).

Lidande

Enligt Dahlberg (2003) kan postoperativ smärta upplevas som ett lidande inom ramen för sjukdomslidandet. Sjukdomslidande är det lidande som uppstår till följd av sjukdom eller ohälsa och kan exemplifieras som smärta, trötthet, illamående eller andra symtom.

Sjukdomslidandet kan även finnas på en annan nivå, som en känsla av att vara ensam och sårbar i sin situation (ibid.). Dahlberg (2002) menar att när patienten har haft förväntningar på att sjukvårdspersonalen ska hjälpa denne genom sjukdom, smärta och lidande men inte lyckas, uppfylls inte förväntningarna och lidandet blir värre (ibid.). Dahlberg (2003) menar att vårdlidandet uppkommer då patienters lidande inte uppmärksammas och därmed kränks patientens värdighet. Vårdlidandet består av känslor av maktlöshet, eftersom patienten redan är i underläge i den asymmetriska vårdrelationen. Vidare kan vårdlidandet bestå av att patienten inte förstår det som händer och vad vården går ut på, eller att patienten känner sig som ett vårdfall och inte en unik person (ibid.)

Morse (2000a) menar att lidandet hänger ihop med personens upplevelse av sin situation och den mening individen tillskriver händelser och förluster. För att lindra lidandet måste sjuksköterskan bekräfta lidandet och underlätta patientens möjlighet att försonas med lidandet och uppnå högsta möjliga nivå av välbefinnande (ibid.).

Smärta

Enligt International Association for the Study of Pain, IASP, som är en internationell smärtorganisation, definieras smärta enligt följande "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" (IASP, 2012, Pain, stycke 1).

Enligt Berman och Snyder (2012) kan smärtans varaktighet delas upp i två grupper, akut smärta och långvarig smärta. Gränsen för var akut smärta övergår till långvarig smärta sätts tidsmässigt till tre månader (ibid.). Vidare beskriver Werner och Leden (2010) att akut smärta

är direkt relaterad till vävnadsskada och försvinner när skadan läkt. Exempel på tillstånd när akut smärta förekommer är vid trauma och operativa ingrepp (ibid.).

Postoperativ smärta vid ortopediska ingrepp

Enligt Ward (2014) är smärta vanligt förekommande efter ortopediska operationer. Kirurgisk smärta kan vara av typen nociceptiv, vilket uppkommer då vävnad skadas. Förutom nociceptiv smärta kan den postoperativa smärtan efter kirurgiskt ingrepp bestå av en neuropatisk smärta som beror på nervskada (ibid.). Den postoperativa smärtan i vila har undersökts i en studie av Wylde, Rooker, Halliday och Blom (2011). I studien ingick 38 personer som hade genomgått knäplastik och 67 personer som genomgått total höftplastik. Första dagen postoperativt skattade 47 procent av de som genomgått höftplastik sin smärta moderat till svår. Av de som genomgått knäplastik skattade 58 procent smärtan moderat till svår (ibid.).

Bedömning av postoperativ smärta

Enligt Werner och Leden (2010) kan sjuksköterskan vid bedömning av en persons smärta dels observera fysiska tecken på smärta och dels lyssna till personens beskrivning av smärtan. Smärta är en subjektiv upplevelse som är helt unik för varje människa. En persons uttryckta smärta ska alltid tas på största allvar (ibid.). Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) ska sjuksköterskan ha förmåga att ”uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder” (Kompetensbeskrivning, 2005, Omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap, stycke 1).

Werner och Leden (2010) framför att sjuksköterskan kan förstå personens egen smärtskattning på ett lätt och tillförlitligt sätt genom att använda olika bedömningsinstrument. Smärtbedömning postoperativt kan ske genom smärtskattning med hjälp av olika smärtskattningsskalor. Visuellt analog skala, VAS, är en av de skalor som används. VAS-skalan är numrerad från ett till tio där ett står för ingen smärta och tio står för värsta tänkbara smärta. Målet är att smärtlindra så att intensiteten av smärtan inte överstiger fyra på VAS-skalan. Två andra skalor är numerisk skala och verbal beskrivande skala (ibid.).

Behandling av postoperativ smärta

Enligt flera forskare behandlas smärta för att minska lidande och för att minska risken för postoperativa komplikationer (Berman & Snyder, 2012; Werner & Leden, 2010; Argoff, 2014, Järhult & Offenbartl, 2013). Sådana komplikationer kan vara fördröjd mobilisering, försämrad lungfunktion, kardiell påverkan, tromboser, lungembolier och långvarig smärta (Järhult & Offenbartl, 2013). Psykologiska effekter av smärta kan vara oro, nedstämdhet, rädsla och sömnsvårigheter (Berman & Snyder, 2012; Argoff, 2014).

Enligt Berman och Snyder utarbetade världshälsoorganisationen, WHO, år 1986 en trestegstrappa gällande behandling med analgetika vid cancersmärta. Numera kan trestegstrappans analgetikarekommendationer användas även vid annan akut och långvarig smärtbehandling. Smärtbehandlingstrappans första steg består av icke-opioider, steg två av svaga opioider eller en kombination av svaga opioider och icke-opioider, på det tredje steget ligger de starkaste opioiderna, exempelvis morfin (Berman & Snyder, 2012). Grisell Vargas-Schaffer, (2010) redogör för om smärtbehandlingstrappan fortfarande är valid. Författaren hävdar att trappan är effektiv och har ett brett användningsområde, men att modifikation av trappan behöver göras för att försäkra dess fortsatta betydelse gällande kunskap i smärtbehandling (ibid.).

Werner och Leden (2010) framför att den vävnadsskada som en ortopedisk operation orsakar leder till en inflammation i det skadade området. Inflammationen kan delas in i två faser: den tidiga fasen med smärta och den senare fasen med ökande primär och sekundär hyperalgesi, då man blir mera smärtekänslig och upplever en spontan smärta (ibid.). Fredenberg, Vinge och Karling (2014) beskriver att vid akut smärta, så som i den tidiga postoperativa fasen på sjukhus när inflammationen är som kraftigast, används som standard intravenöst morfin som smärtlindring. I ett senare skede, och när patienten skrivs ut, ordinerar de svagare opioiderna i kombination med COX-2/NSAID och paracetamol i tablettform (ibid.).

Ward (2014) presenterar rekommendationer för farmakologisk smärtbehandling gällande kirurgiska ingrepp. Exempelvis vid ingreppet höftplastik, där smärtan skattas som mild, bör patienten behandlas med COX-2/NSAID samt paracetamol med eller utan svag opioid. Om den höftopererade patienten istället skattar sin smärta som kraftig rekommenderas starka opioider samt COX-2/NSAID och paracetamol (ibid.).

Berman och Snyder (2012) menar att den icke- farmakologiska behandlingen kan bestå av olika fysiska- och kognitiva strategier och livsstilsval för hantering av smärta, strategier med målet att stärka kropp, sinne och själ. Sådana interventioner kan vara stimulering genom kyla eller värme, Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), kognitiv beteendeterapi, avledande aktiviteter, meditation och avslappningsövningar, motion, nutrition (ibid.). Werner och Leden (2010) framför att även enkla återgärder, så som att förbättra patientens kroppsposition sittande eller liggande, kan hjälpa patienten och bidra till det postoperativa välbefinnandet.

I en studie av Baratta, Schwenk och Viscusi (2014) gällande kliniska konsekvenser av otillräcklig smärtlindring kartlades vilka barriärer det finns för att lyckas med optimal smärtbehandling. Studiens resultat delar upp barriärerna till att dels ligga på läkare och sjuksköterskor och dels ligga hos patienterna. Exempel på barriärer hos vårdpersonalen är otillräcklig kunskap om smärta, svårigheter att bedöma smärta, negativa attityder till opioider, rädsla för icke-opioider exempelvis NSAID preparat, brist på kommunikation med patienten. Barriärerna som ligger hos patienten kan vara rädsla för opioider eller att bli beroende, rädsla för analgetikans biverkningar, brist på kommunikation runt smärtans allvarighet, tidigare upplevt beroende av opioider, svårigheter att medverka i och följa smärtbehandlingen (ibid.). Med hänseende på ovan nämnda existerande barriärer finns, enligt författarna till föreliggande studie, ett behov av att ytterligare undersöka smärtlindring utifrån patientperspektivet.

Syfte

Att belysa patienters erfarenheter av smärta med huvudfokus på smärtlindring efter en ortopedisk operation.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie. Studiens metodologiska ansats gör det möjligt att genom sammanställning och analys av redan publicerade forskningsresultat skapa ett större kunskapsvärde då kvalitativ och kvantitativ forskning, gällande patienters erfarenheter av smärtlindring, integreras. Kvalitativ och kvantitativ forskning kan fånga patienters erfarenheter av smärtlindring på olika sätt (Friberg, 2012; Kristensson, 2014).

Urval

Inklusionskriterier var artiklar publicerade tidigast 2005. Deltagarmässigt begränsades studien till att gälla vuxna personer över 18 år. Studierna baseras på ett tidsförlopp som sträcker sig från det ortopediska ingreppet och tre månader framåt. Artiklar skrivna på engelska inkluderas. Nedan följer redovisning av de sökningar som resulterat i valda artiklar.

Datainsamling

Vetenskapliga artiklar har sökts i databaserna PubMed samt Cinahl Complete. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) beskriver att den stora databasen Medline tillhandahåller en fritt tillgänglig version av Medline under namnet PubMed. PubMed innehåller referenser till tidskrifter inom området för medicin, omvårdnad, odontologi, veterinärmedicin och hälso- och sjukvårdsadministration. Databasen Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Cinahl, är jämfört med PubMed mer inriktad på omvårdnadsvetenskapliga referenser. Litteraturen utgörs främst av vetenskapliga artiklar som berör omvårdnad, tandvård, nutrition och fysioterapi (ibid.).

Till en början skedde sökningar i PubMed med MeSH-termer och i Cinahl Complete med Cinahl headings. Sökorden kombinerades med den Booleska sökoperatören AND. Sökorden var "*pain, postoperative*", "*pain management*", "*pain measurement*", "*postoperative period*", "*orthopedics*", "*fractures, bone*", "*nursing*", "*orthopaedic nursing*", "*self-efficacy*", "*patient satisfaction*", "*Nurse-Patient Relations*".

Då sökningar med hjälp av dessa sökord inte gav tillräckligt många träffar i förhållande till föreliggande studies syfte och inklusionskriterier övergick sökningarna till att även genomföras med fritext och med flera ord som var kopplade till de ursprungliga MeSH-termerna. Genom att kombinera sökorden framträdde en träfflista, en första granskning gjordes genom att läsa titlar. Överensstämde titeln med föreliggande studies syfte genomlästes abstract (urval 1). Om abstract var i enlighet med föreliggande studies frågeställning lästes artikeln i fulltext (urval 2). Var artiklarna relevanta efter läsning i fulltext valdes de ut till kvalitetsgranskning. Kvalitetsgranskning skedde med hjälp av ett modifierat granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ respektive kvantitativ forskningsmetod (se bilaga 1 (2)). Granskningsprotokollet är baserat på Fribergs (2012) förslag på frågor men frågorna har ändrats till att kunna besvaras med JA, NEJ eller till viss del. JA gav ett poäng och NEJ samt till viss del gav noll poäng. Svaren på protokollen räknas

samman och görs om till procentsats. Studier som når en procentsats mellan 80-100 procent når *hög* kvalitetsgrad, studier med procentsats 60- 79 procent når *medel* kvalitetsgrad.

Kvalitetsgranskningen gjordes genom att båda författarna läste alla artiklar och granskade dem med hjälp av granskningsprotokollet var och en för sig. Granskningen resulterade i att elva artiklar uppnådde en hög kvalitet. En artikel fick låg kvalitetsgrad och uteslöts därmed.

Tabell 1. Sökschema PubMed

DATABAS PUBMED	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR	GRANSKADE	URVAL 1	URVAL 2	VALDA ARTIKLAR
1.	"Pain, Postoperative"[Me sh]) AND "Patient Satisfaction"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	21	21	4	1	1
2.	"Pain, Postoperative"[Me sh]) AND "Nurse- Patient Relations"[Mesh]	16	16	8	2	1
3.	Knee arthroplasty AND Qualitative study	53	53	7	3	3

Tabell 2. Sökschema Cinahl Complete

DATABAS CINAHL	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR	GRANSKADE	URVAL 1	URVAL 2	VALDA ARTIKLAR
1.	(MH "Postoperative Pain") (MH "Nursing Care+") (MH "Patient Satisfaction")	11	11	3	1	1
2.	Patient experience AND Postoperative pain AND Orthopedic surgery	15	15	2	1	1

3.	Patient experience AND Postoperative pain AND Qualitative	21	21	6	2	2
4.	Patient experience AND Postoperative pain AND Hip replacement surgery	9	9	1	1	1
5.	Patients' experience AND Pain relief AND Nursing	41	41	1	1	1
6.	Patients' experience AND Pain medication AND Qualitative	18	18	1	1	1

Data analys

Analysmetoden som användes i föreliggande studie kallas integrerad analys. Integrerad analys innebär enligt Friberg (2012) ett sätt att sammanställa resultatet i en litteraturstudie. Enligt Friberg (2012) innebär integrerad analys ingen avgränsning till kvantitativa eller kvalitativa studier, genom att integrera de båda kan ett större kunskapsvärde uppnås (ibid.). Enligt Polit och Beck, (2014) ämnar kvalitativa studier att beskriva dimensioner av ett fenomen medan kvantitativa studier fokuserar på mätbara aspekter av ett fenomen, så som förekomst och storlek (ibid.). Föreliggande studies frågeställning kan besvaras med hjälp av såväl kvalitativ som kvantitativ forskning. I genomförd studie analyseras sju kvalitativa samt fyra kvantitativa studier, vilka svarade mot studiens syfte att belysa patienters erfarenhet av smärta med huvudfokus på smärtlindring efter en ortopedisk operation. Enligt Friberg (2012) görs den integrerade analysen i olika steg och beskrivs som en väg från helheter i de valda studierna, till delar, och som slutligen leder till en ny helhet. I föreliggande studie lästes artiklarnas resultat flertalet gånger av båda författarna, generella likheter och olikheter uppfattades (Friberg, 2012). Innebördena i de valda studiernas resultatdel, som svarade mot föreliggande studies syfte, lyftes ut till en tabell för att få en bra överblick av materialet. Nästa steg var att sortera innebördena i olika kategorier genom att jämföra dem med varandra, vilket gjordes genom att färgmarkera innebördena. Exempelvis uppfattades innebörder gällande patienters kunskap om smärtlindring vilket bildade ett huvudtema, *att veta en del men inte allt*. Innebördena inom huvudtemat jämfördes för att urskilja likheter och skillnader, och därmed

skapades undergrupper. Exempel från föreliggande studie är undergrupper som bildades utifrån skillnader i huvudtemat, så som *att ha en del kunskap* och *brist på kunskap*.

Forskningsetiska avvägningar

Sjuksköterskornas samarbete i nordn (2003) har utarbetat riktlinjer för omvårdnadsforskning. De fyra grundläggande etiska principerna är: principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada samt principen om rättvisa. Omvårdnadsforskning har ett humanistiskt fokus och forskning inom vården bör bedrivas med beaktande av mänsklig sårbarhet. I praktiken innebär det att forskaren är skyldig att ge saklig och tydlig information till deltagarna. Deltagarna ska ge sitt samtycke till studien och känna till sin rätt att avstå eller avbryta deltagandet när som helst, utan negativa följder. Forskaren ska försäkra deltagarnas konfidentialitet och ansvara för att deltagaren inte upplever obehag i samband med sin medverkan (ibid.). Samtliga studier som används för att besvara föreliggande studies syfte har godkänts av etiska kommittéer. I föreliggande studie har författarna strävat efter ett rättvist förfarande. De valda studierna har lästs enskilt för att sedan diskuteras och jämföras mellan författarna för att inte förvanska de valda studiernas resultat.

Resultat

I föreliggande studie redovisas resultatet genom fyra huvudteman; *Att veta en del men inte allt*, *Att vara nöjd med smärtlindringen*, *Att ha ont i alla fall*, *Att nedvärdera sin egen förmåga i relation till en expert*. Främst temat *Att ha ont i alla fall* speglar den nära förbindelse som erfarenhet av smärtlindring, och speciellt ofullständig smärtlindring, har med upplevelse av smärta.

Att veta en del men inte allt

Att ha en del kunskap

I flera studier framkommer att patienterna besitter en del kunskap om smärtlindring (Bergh, Jakobsson, Sjöström & Steen, 2005; Idvall, Bergqvist, Silverhjelms & Unosson, 2008; Joelsson, Olsson & Jakobsson, 2010; Johnson, Horwood & Gooberman-Hill, 2014; Wong & Chan, 2009). Några av de 15 höftopererade patienterna som ingick i en svensk kvalitativ studie av Joelsson et al. (2010) angav att de hade kunskap när det gällde principerna i farmakologisk smärtlindring. I en svensk studie av Bergh et al. (2005) där 60 patienter som

genomgått ortopedisk operation blir intervjuade kring sin smärta uttryckte patienter att intaget av analgetika sågs som anledningen till att vara smärtfri eller att ha mindre ont. I en kvalitativ svensk studie av Idvall et al. (2008) intervjuas totalt 30 patienter, varav 15 var ortopediska, gällande deras perspektiv på postoperativ smärtbehandling. Flera patienter i studien letade själva upp information och lärde sig på så vis mer om smärtlindring på egen hand. Patienterna utvecklade sin kunskap i samband med genomgången operation med hjälp av den information sjukvårdspersonalen gav gällande smärtlindring. Patienterna uppgav även att deras kunskap inför operationen hade formats av tidigare egna erfarenheter av smärtlindring. Släktingars och vänners erfarenheter och berättelser om smärtlindring var också en del av patientens kunskap. (ibid.). På liknande sätt framkommer det att de 26 patienter som intervjuades efter en ortopedisk operation i en kinesisk kvalitativ studie av Wong och Chan (2009) hade fått kunskap om smärtlindring och dess bieffekter från familj och vänner. Även patienterna i studien av Johnson, Horwood och Gooberman-Hill (2014), där 24 patienter som genomgått höft eller knäplastik i Storbritannien intervjuades kring analgetika, gav uttryck för att de hade kunskap kring analgetikan och dess bieffekter genom egna erfarenheter, andras erfarenheter samt informationen på medicinens bipackssedel.

Att ha brist på kunskap

Flera studier visade att patienterna inte hade all den kunskap de behövt gällande smärtlindring (Idvall et al., 2008; Jacobson et al., 2008; Şendir, Büyükyılmaz & Muşovi, 2013; Wong & Chan, 2009). I studien av Wong och Chan (2009) framkommer att kunskapen om valmöjligheter gällande smärtlindring i allmänhet var begränsad bland studiens deltagare. Även om de flesta patienterna rapporterade att sjuksköterskorna hade gett dem lite information om smärtlindring så hade de begränsad kunskap om typ, rutt, frekvens och sidoeffekter på medicinen som de fick (ibid.). En patient i studien av Idvall et al. (2008) angav att det skulle vara lättare om dennes frågor hade blivit besvarade gällande vad det var som orsakade smärtan och hur lång tid det skulle ta innan smärtan avtar. Vissa av patienterna i studien förstod de tekniska instruktionerna de hade fått, exempelvis gällande smärtpumpar, medan andra inte förstod instruktionerna (ibid.). I den kvalitativa intervjustudien med 27 patienter som genomgått knäplastikoperation av Jacobson et al. (2008) framkommer att en patient hade velat veta mer om smärtlindringens funktion, till exempel att smärtan kommer att lindras men inte försvinna helt.

I en turkisk kvasi-kvalitativ studie av Şendir et al. (2013) där 74 patienter som genomgått knä- eller höftplastik ingår, undersöks med hjälp av enkäter och intervjuer vilket behov patienter har av information vid utskrivning. Det viktigaste kunskapsbehovet som efterfrågades gällde behandling och komplikationer, på fjärde plats angavs behovet av kunskap om mediciner. Patientintervjuerna i studien bekräftade att patienterna behöver mycket mer information om uppföljning och komplikationer (ibid.).

Att få mer information har betydelse

En kanadensisk studie av Grondin, Bourgault och Bolduc (2014) där 33 patienter åtföljda av vardera en närstående indelades i kontrollgrupp respektive försöksgrupp som fick vanlig vård respektive en intervention bestående av samtal kring smärta och smärtbehandling visar signifikant skillnad mellan grupperna. Den grupp som fått samtal kring smärta och smärtbehandling visar lägre intensitet av smärta postoperativt på dag två respektive fyra än kontrollgruppen. I interventionsgruppen sågs även en trend till ett större intag av analgetika på postoperativa dagen två samt fyra (ibid.). Ett likande resultat framkommer i en israelisk interventionell prospektiv studie av Ben-Morderchai, Herman, Kerzman och Irony (2010) där 95 stycken ortopediska patienter delats in i två grupper, där interventionsgruppen får strukturerad information vid utskrivning, och kontrollgruppen får standardinformation. Den grupp som fått strukturerad information angav en bättre smärtlindring indikerat genom att de uppgav mindre smärta sex veckor postoperativt vilket tillskrevs ett högre intag av analgetika (ibid.).

Att vara nöjd med smärtlindringen

Patienters tillfredställelse med smärtlindring belyses i ett antal studier (Idvall et al., 2008; Joelsson et al, 2010; Niemi-Murola et al., 2007; Stomberg & Öman, 2006). I en svensk kvantitativ studie av Stomberg och Öman (2006), där 112 patienter som genomgått höftoperation och som på den fjärde postoperativa dagen fick besvara en enkät om smärta och smärtbehandling framkommer att patienternas tillfredsställelse med smärtlindring var hög, 66,1 % var mycket tillfredsställda, 33 % var tillfredsställda och endast 0,9 % var otillfredsställda (ibid.). Ett liknande resultat presenteras i en kvantitativ finsk studie av Niemi-Murola et al. (2007). Där svarar 102 patienter från tre ortopediska avdelningar och en vaskulär avdelning på tredje postoperativa dagen på en enkät gällande smärta och smärtbehandling och det visar sig att 80 % av patienterna samtycker eller samtycker helt med påståendet *jag är nöjd med behandlingen av smärtan* (ibid.). Patienterna i studien av Joelsson

et al (2010) beskrev den farmakologiska smärtlindringen som effektiv och tillräcklig och att de var involverade i beslut som gällde både mängden och intervallen av intag av analgetika.

Tillfredsställelse med smärtlindring ställs i studie Stomberg och Öman (2006) i förhållande till hur länge patienterna har väntat på att få smärtstillande medicin. De flesta patienterna, 97,2 % , väntade mindre än 15 minuter på att få analgetika när de behövde det, 2,8 % fick vänta cirka en timme. En längre tidsperiod innan smärtlindring associeras med lägre tillfredsställelse gällande smärtlindring (ibid.). I studien av Idvall et al (2008) beskriver patienterna att personalen rutinmässigt och regelbundet gav ordinerade läkemedel och att patienterna vanligtvis fick den nödvändiga medicin de efterfrågade. I studien av Jacobson et al. (2008) framförde patienterna uppskattning gentemot sjuksköterskor som bedömde deras smärta och som föreslog eller administrerade analgetika. Vissa patienter påpekade att sjuksköterskornas postoperativa smärtlindringsstrategier hjälpte dem. En deltagare exemplifierade genom att berätta om hur sjuksköterskan rått patienten att ta mindre doser av analgetika ofta, hellre än större doser mer sällan, vilket gett ett gott utfall. (ibid.).

Att ha ont i alla fall

Att smärta är förväntad och accepterad

Flera studier visar att patienterna förväntar sig postoperativ smärta (Bergh et al., 2005; Idvall et al., 2008; Jacobson et al., 2008; Joelsson et al., 2010; Stomberg & Öman, 2006; Wong & Chan, 2009). Patienterna i studien av Wong och Chan (2009) menade att smärta var oundviklig efter skada och operation. Flera av patienterna i studien av Idvall et al. (2008) insåg att det skulle vara smärtsamt, några sa att de hade tidigare erfarenhet av smärta, att de hade en hög smärtröskel och var vana vid smärta. Det framkom även att postoperativ smärta inte upplevdes som speciellt allvarlig, eller att total lindring var så viktig (ibid.). När patienterna i studien av Joelsson et al. (2010) summerade sin postoperativa smärtupplevelse framkom att de hade förväntat sig smärta och att nästan alla beskrev smärtan som ibland intensiv, men rimlig. Patienterna i studien av Bergh et al. (2005) ansåg att smärtan var normal och förväntad efter operation, och att det fanns en acceptans av smärta. Flera patienter i studien av Jacobson et al. (2008) var positivt överraskade över att de kände mindre smärta än förväntat.

I studien av Stomberg och Öman (2006) framkommer att patienternas postoperativa smärtupplevelse var 48,2 % mildare än vad de förväntade sig preoperativt, lika som förväntat hos 44,6 % och värre än förväntat i 7,1 %. Det fanns en signifikant korrelation mellan förväntad smärta och upplevd smärta postoperativt (ibid.).

Att försöka göra något annat åt smärtan

Att patienter försökte lindra smärtan på annat sätt än med enbart analgetika visade sig i flera studier (Bergh et al., 2005; Idvall et al., 2008; Jacobson et al., 2008; Joelsson et al., 2010; Wong & Chan, 2009). Patienterna i studien av Idvall et al. (2008) belyste att det var viktigt att förstå och lyssna till den egna kroppen i relation till smärta. De försökte komma fram till den mest bekväma kroppspositionen i sängen, hur de kunde förflytta sig och hur de kunde använda olika hjälpmedel (ibid.). Även de flesta deltagarna i studien av Joelsson et al. (2010) hade listat ut att olika kroppspositioner minskade smärtan, speciellt den liggande positionen. Patienter menade att det gick att undvika smärta genom att inte röra på sig eller den opererade extremiteten (Bergh et al., 2005; Wong & Chan, 2009). Åtgärder som rapporterades för att lindra smärta var i studien av Jacobson et al. (2008) meditation, promenad, TENS och lokal smärtlindring med is. Många av deltagarna i studien av Joelsson et al. (2010) använde hjälpmedel, så som kuddar, för att ge stöd och bidra till en bättre nattsömn. Andra sätt att försöka avleda uppmärksamheten på smärtan var enligt patienterna i studien av Idvall et al. (2008) att träffa släkt och vänner, titta på TV, läsa och lösa korsord. Att ha möjlighet att prata med personalen hjälpte också (ibid.). I studien av Wong och Chan (2009) uppgav majoriteten av deltagarna att de inte hade kontroll över sin svåra smärta. De kände att inget kunde göras för att kontrollera smärtan, inte ens analgetika. De kände sig hjälplösa och uttryckte att de hade brist på strategier för att hantera smärtan (ibid.).

Att tanken kan styra känslan av smärta

Patienters sätt att tänka kring sin situation och den postoperativa smärtan framkom i flera studier (Bergh et al., 2005; Grondin et al., 2014; Idvall et al., 2008; Jacobson et al., 2008; Joelsson et al., 2010; Wong & Chan, 2009). Många patienter i studien av Jacobson et al. (2008) uppgav att ha en positiv inställning efter operationen var nödvändigt, att det var viktigt att hålla sig motiverad under återhämtningsfasen. Under den smärtsamma återhämtningsfasen hade patienterna hoppfulla tankar att återfå tidigare funktion och att smärtan då vara värt det (ibid.). I studien av Bergh (2005) uttryckte deltagarna tilltro till att smärtan kommer att bli bättre. Några av patienterna i studien av Joelsson et al. (2010) hade tilltro till att de skulle

komma över minnena av smärta i samband med höftoperationen. Patienter försökte att lindra smärta genom att undvika negativa tankar eller att tänka på något annat (Idvall et al., 2008; Wong & Chan, 2009). I studien av Grondin et al. (2014) framkom att den grupp som fått samtal kring smärta och smärtbehandling använde sig av färre negativa coping-strategier än kontrollgruppen. De negativa strategierna bestod i att ignorera smärtans intensitet eller att tänka katastroftankar (ibid.).

Att nedvärdera sin egen förmåga i relation till en expert

I studierna (Idvall et al., 2008; Joelsson et al., 2010; Johnsson et al., 2014; Wong & Chan, 2009) sågs personalen som experter på smärtlindring. Synen på personalen som expert gjorde att patienterna hade svårt att ta kontakt med vårdpersonalen (ibid.). Patienter i studierna (Idvall et al., 2008; Johnsons et al., 2014) ansåg att vårdpersonalen visste hur de bäst skulle administrera den optimala och mest effektiva dosen smärtlindring. I Idvalls et al. (2008) studie var patienterna därför uppmärksamma och lyhörda på personalens inställning till smärtlindring men det kunde ibland betyda att smärtan inte lindrades fullständigt. En hög tilltro till personalens expertis gjorde att patienterna inte alltid ställde några frågor eller berättade om sina erfarenheter för dem (ibid.). På liknande sätt framhöll många av patienterna i studien av Joelsson et al (2010) vårdpersonalens erfarenhet och kompetens gällande smärtlindring. Personalens attityd beskrevs som hjälpsam och vänlig och att de hade förmåga att sätta patienterna i fokus, men samtidigt menade patienterna att det var svårt att be om hjälp (ibid.). Även i Wong och Chans (2009) studie uttryckte några av patienterna att det var svårt att be om hjälp när de uttryckte att de inte ville fråga efter analgetika. De oroade sig för att de skulle uppfattas av sjuksköterskorna som allt för krävande och störande i fall de ringde på klockan hela tiden. De höll tyst och väntade på nästa läkar- eller sjuksköterskerond (ibid.). Patienter i studien av Idvall et al. (2008) uttryckte frustration när vårdpersonal inte trodde på dem och de kände sig beroende av personalen. I Johnsons et al. studie (2014), menade patienterna att de i närvaro av personalen under sjukhusvistelsen inte längre höll fast vid sina tidigare uppfattningar kring analgetika. Många betonade det ökade inflytandet som personalen hade på deras postoperativa smärtlindring. Samtidigt lyftes i studien fram att en patient uttryckte motvillighet till att ge personalen kontroll över analgetikaintaget, patienten ville själv behålla kontrollen över intaget (ibid.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Föreliggande studie valdes att genomföras som en litteraturstudie. Litteraturstudien ger en möjlighet att sammanställa tidigare forskning på ett specifikt område, i detta fall forskning kring patienters erfarenheter av smärtlindring (Kristensson, 2014). Litteraturstudien kan fånga svaret på en frågeställning utifrån forskning som har genomförts med så väl kvalitativ som kvantitativ metod, vilket kan ge en bredare bild av forskningsområdet (Friberg, 2012). Att inkludera studier med olika metoder för datainsamling, genom intervjuer såväl som enkätundersökningar, anser författarna i enlighet med Friberg (2012) ge en bredare bild av forskningsområdet och vara en styrka med föreliggande litteraturstudie.

Studien syftade till att belysa ortopediska patienters erfarenhet av smärtlindring. I två av de elva valda studierna ingick annan patientgrupp än ortopediskt opererade patienter. I studien av Idvall et al. (2008) ingick totalt 30 patienter, varav 15 hade genomgått en ortopedisk operation. I studien av Niemi-Murola et al. (2007) ingick totalt 102 patienter varav 88 var ortopediska. Dessa båda studier valdes trots blandade patientgrupper att ingå i föreliggande studie då det framgick att smärtlindringsprinciperna var de samma oavsett patientgrupp. Risken med detta val kan innebära att erfarenheter kring smärtlindring som kommer från annan patientkategori kan se annorlunda ut och att de erfarenheterna inte sammanfaller med ortopediska patienters erfarenheter. Nyttan med att inkludera dessa båda studierna anser författarna vara att studierna svarar på föreliggande studies syfte och att de hade hög relevans för föreliggande studies resultat. Bland annat innehöll studien av Niemi-Murola et al. (2007) resultat som berörde informationens betydelse i förhållande till smärtlindring. En mycket uttömmande beskrivning av patienters upplevelser och erfarenheter av smärtlindring framkom i den svenska studien av Idvall et al. (2008).

För att inkluderas skulle studierna bygga på patienternas perspektiv. I en artikel, Niemi-Murola et al. (2007), undersöktes såväl patienters som sjuksköterskors perspektiv på smärtlindring. Resultaten presenteras väl åtskilda emellan de båda undersökningsgrupperna, varför det var oproblematiskt att särskilja patienternas erfarenheter.

För att studier skulle inkluderas gällde att patienternas erfarenheter kring smärtlindring skulle falla inom tidsramen tre månader efter operation. I två studier, Jacobsson et al. (2008) samt Johnsson et al. (2014) undersöks patienter såväl pre- som postoperativt, men studiernas resultat presenteras på ett sätt som gör det möjligt att utläsa de postoperativa erfarenheterna för sig.

Datansamling skedde i databaserna PubMed och Cinahl Complete. Författarna valde Cinahl Complete då denna främst är inriktad på omvårdnadsvetenskaplig forskning, och PubMed då denna är den största databasen för all medicinsk forskning (Willman et al., 2011). Att söka i två olika databaser ökar sökningens bredd och författarna anser att en gedigen sökning i de båda databaserna genomfördes. Till en början skedde sökningar i PubMed med MeSH-termer och i Cinahl Complete med Cinahl headings. De MeSH- termer som gav relevanta träffar, utifrån studiens syfte, var '*Pain, Postoperative*', '*Patient Satisfaction*', '*Nursing*' och '*Nurse-Patient Relations*'. Övriga MeSH- termer som användes men som inte gav relevanta träffar var "*Pain management*", "*Pain measurement*", "*Postoperative period*", "*Orthopedics*", "*Fractures, bone*", "*Orthopaedic nursing*", "*Self-efficacy*". Det engelska ordet för erfarenheter, experience, finns inte som MeSH- term och var därför nödvändig att sökas med fritext. Då sökningar med hjälp av MeSH- termer inte gav tillräckligt många relevanta träffar i förhållande till studiens syfte och inklusionskriterier övergick sökningarna till fritext. Enligt Kristensson (2014) ökar sökningens känslighet när fritext används och kan generera fler artiklar.

Studierna kvalitetsgranskades med hjälp av ett granskningsprotokoll som byggde på Fribergs (2012) förslag på granskningsfrågor. De kvalitativa studierna granskades utifrån frågor med avseende på trovärdighet, överförbarhet samt giltighet. De kvantitativa studierna granskades utifrån frågor med avseende på validitet och reliabilitet. Säkerheten i granskningen ökades av att båda författarna granskade samtliga artiklar för sig. Granskningen skedde utifrån författarnas förmåga att bedöma forskningsartiklar. Kvaliten kan således bedömas annorlunda av någon med mer erfarenhet av att förstå forskning. I granskningen uteslöts en artikel, som nådde låg nivå, vilket eventuellt kan betyda att värdefull data inte kom att ingå i studien. Uteslutningen av artikeln gjordes för att få en god kvalitet av föreliggande studie.

En svaghet med föreliggande studie skulle kunna vara att patienterna i utvalda studier befinner sig i olika miljöer, i åtta av studierna insamlas data under tiden patienterna befinner

sig inlagda på sjukhus. I tre av studierna insamlas data under en period av två veckor till två månader efter operation, då patienten inte längre är inlagd. Det kan innebära olika erfarenheter av smärtlindring beroende på vilken tid i den postoperativa fasen man tillfrågar patienterna. Det hade kunnat bli en mer koncentrerad bild av patienternas erfarenheter av smärtlindring om tidsperioden postoperativt varit kortare. Författarna valde ändå att begränsa studien till tre postoperativa månader, den tidsmässiga gränsen för akut smärta, och finner ett värde i att belysa vad patienter har för erfarenheter av smärtlindring även efter utskrivning.

Dataanalysen gjordes med hjälp av Fribergs (2012) beskrivning av integrerad analys. Författarna arbetade genom analysen tillsammans, sida vid sida, och hade täta diskussioner kring vilka likheter som fanns och som bildade teman. Ett alternativt arbetssätt hade varit att var och en analyserat och skrivit ett första utkast av teman, det kunde ha lett till flera infallsvinklar. Författarna menar att valt arbetssätt varit gynnsamt då den ständiga reflektionen dem emellan har lett till en djupare analys. För att inte riskera att tolka resultaten i studierna till något annat än vad det är har författarna varit noggranna med att hålla sig textnära och alltid kontrollera texten i ursprungsartikeln.

Under dataanalysen framkom under temat *att försöka göra något annat åt smärtan* en olikhet i studien av Wong och Chan (2009) i förhållande till övriga innebörder. Då olikheten inte var gemensam med något annat tema fick den utgöra ett undantag i nämnt tema. Under temat *nedvärdera sin egen förmåga i relation till en expert* lyfts en patients röst från Johnsson et al. studie som står i motsats till temats innebörd men då den inte passade in under annat tema fick den utgöra ett undantag i nämnt tema.

Alla studier som ingår i föreliggande studie har blivit godkända av etiska kommittéer. Författarna anser detta vara en försäkran om att etisk hänsyn tagits till studiernas deltagare, vilket stärker trovärdigheten i föreliggande studie.

Inga geografiska begränsningar har gjorts gällande var studierna genomförts. Detta kan ses som såväl en nackdel som en fördel. Den studie som särskiljer sig mest är studien från Hong Kong av Wong och Chang (2009) där västerländs analgetika används, men fortfarande inte är accepterad fullt ut bland befolkningen. Att låta studier från olika världsdelar ingå i föreliggande studie gör att det kan finnas en risk att resultatet inte kan överföras till svenska förhållanden. Kulturella skillnader spelar oftast roll när det gäller mänskliga erfarenheter. Å

andra sidan är Sverige ett multikulturellt samhälle där individer från hela världen söker vård, därför ser författarna nytta i att inte begränsa inklusionskriterierna geografiskt.

En styrka med föreliggande studie är att den bygger på nyare forskning, ingen av studierna är publicerade tidigare än 2005. Nyttan med att endast inkludera nyare forskning är att föreliggande studies resultat är aktuellt för dagens sjukvård. Risken med att utesluta äldre forskning kan bestå i att studier som svarar på föreliggande studies syfte inte kan bidra till resultatet, vilket kan betyda att intressant och värdefullt material förloras.

Diskussion av framtaget resultat

Ett fynd i resultatet visar på att patienterna befinner sig i underläge gentemot vårdpersonalen. I studierna (Idvall et al., 2008; Joelsson et al., 2010; Johnsson et al., 2014; Wong & Chan, 2009) sågs personalen som experter på smärtlindring. Synen på personalen som expert gjorde att patienterna hade svårt att ta kontakt med vårdpersonalen (ibid.). Patienter i studien av Idvall et al. (2008) uttryckte frustration när vårdpersonal inte trodde på dem och de kände sig beroende av personalen. Forskning av Delmar (2012) som belyser patienters underläge, pekar på att balansen i vårdrelationen alltid är till sjuksköterskans övertag. Bland annat uttrycks det i Delmars studie genom att patienter kan känna sig som en börda och intar en roll som artig och vänlig patient (ibid.). Dahlberg (2003) menar att den redan asymmetriska vårdrelationen, som det innebär att vara patient, förstärks av de känslor av maktlöshet och den frustrationen som patienterna upplever när de inte blir betrodda. Dahlberg hävdar att i känslorna av maktlöshet uppstår ett vårdlidande, då patientens värdighet kränks (ibid.). Enligt Morse (2000a) måste sjuksköterskans handlingar alltid utgå ifrån patientens behov och önskningar och syfta till att öka välbefinnandet för patienten. För att uppfatta och bedöma patientens behov behöver sjuksköterskan använda sig av sin intuition bestående av perception, insikt och erfarenhet. Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) ska sjuksköterskan ha förmåga att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder (ibid.). Vårdrelationen sedd ur sjuksköterskans perspektiv belyses i en studie av Fackler, Chambers och Bourbonniere (2015). Sjuksköterskor ser sin position som något positivt som kan hjälpa patienten till en bättre vård, då de kan agera patientens advokat. Sjuksköterskor kan använda sin ställning för att bygga en relation till patienten och för att föra sina patienters talan. De använder medvetet sin yrkesposition för att förbättra patientens vård och upplever att ju mer erfarenhet de har, desto mer inflytande har de över patientens vård (ibid.). Birkler (2007) beskriver att det ibland

finns en önskad paternalism vilket betyder att patienten samtycker till att sjuksköterskan fattar beslut å patientens vägnar. Den sjuke har inte alltid orken att fatta viktiga beslut och förväntar sig att sjuksköterskan och läkaren ska handla utifrån sin kompetens och erfarenhet (ibid.). Sammanfattningsvis menar författarna till föreliggande studie att obalansen i vårdrelationen kan uppfattas både positiv och negativ. Att sjuksköterskan ses som experten i smärtlindring innebär ett stort ansvar. Sjuksköterskan behöver vara medveten om de uppfattningar patienter har för att kunna närma sig patienten på ett sätt som utjämnar obalansen i vårdrelationen genom att göra patienten delaktig i sin vård. Ekman (2014) menar att det är centralt att lyssna till patientens berättelse kring sin situation och enligt Morse (2000a) kan lindring och ökat välbefinnande hos patienten uppnås genom ögonkontakt, beröring, uppmuntrande ord lyssnande och förklaringar (ibid.). Författarna till föreliggande studie menar att sjuksköterskan kan agera bekräftande för att undvika att patienten nedvärderar sin egen uppfattning om sin smärta och situation.

Ett annat fynd visar att information till patienter är något som missas i sjuksköterskans omvårdnad. Patienter har bristfällig kunskap kring analgetika (Idvall et al., 2008; Jacobson et al., 2008; Şendir, Büyükyılmaz & Muşovi, 2013; Wong & Chan, 2009) och det kan exempelvis upplevas svårt att förstå instruktionerna kring smärtpumparna (Idvall et al., 2008). Att patienter kan uppleva brist på information stöds av Kalisch, McLaughlin & Dabney (2012) studie som visar att patienter uppfattar patientundervisning, lyssnande till patienten och att som patient hållas informerad som frekvent saknade omvårdnadsåtgärder. I linje med tankarna i den personcentrerade vården (Ekman, 2014) måste patienter ses som personer som har egna förmågor och behov, behov som kan bestå av att få veta mer. Att arbeta personcentrerat innebär enligt Ekman et al. (2011) att sätta personens syn på sin situation och sitt tillstånd i vårdens centrum. Att lyssna till vad patienten uttrycker kring sin situation utgör grunden för partnerskapet i vården mellan sjuksköterskan och patienten (ibid.). Upplevd trygghet för patienten är viktigt att sätta i relation till lidande och välbefinnande (Dahlberg et al. (2003). I samband med sjukdom kan brist på kontroll ge en känsla av otrygghet. Vidare menar Dahlberg att otrygghet finns i det upplevda vårdlidandet när patienten känner brist på information, inte förstår vårdmiljön eller personalens agerande (ibid.). Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) ska sjuksköterskan ha förmåga att uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker informationsbehov samt att informera patienter med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll och förvissa sig om att patienten förstår den givna informationen. Enligt Morse (2000a) behöver varje sjuksköterska utföra handlingar som

främjar patientens välbefinnande. En handling kan vara att lyssna till patienten och förklara sätt att gå tillväga i olika situationer (ibid.). Vikten av god kommunikation lyfts fram i ny forskning av Hayes & Gordon (2015) som menar att kommunikation gällande målet med smärtlindring och omvårdnadsplan till patienten är av stor vikt för att leverera god vård. Personalen och patienterna kan ha olika kunskapsbas gällande smärtlindring och färdigheter som behövs för att genomföra smärtlindringen. Handlingar som sjuksköterskor kan utföra för att hjälpa till att höja kvalitén på smärtlindringen innefattar att delge kompletta förklaringar kring nya och förändrade åtgärder. Vidare hävdar Hayes & Gordon (2015) att ett stöttande partnerskap med patienten som förstärker individualiserad vård, effektiv kommunikation och realistiska behandlingsmål är avgörande för att främja kvalitén på smärtlindring och uppnå ett optimalt utfall för patienten (ibid.). Sammanfattningsvis förefaller det som, enligt författarna till föreliggande studie, att sjuksköterskan först behöver sätta sig in i vad patienten redan vet och vad patienten önskar veta mer om i sin situation och att därefter ge den information som efterfrågas av patienten.

Ett tredje fynd tyder på att patienter väljer att uthärda postoperativ smärta (Bergh et al., 2005; Idvall et al., 2008; Jacobson et al., 2008; Joelsson et al., 2010; Stomberg & Öman, 2006; Wong & Chan, 2009). Patienterna ansåg att smärtan var normal och förväntad efter operation, och att det fanns en acceptans av smärta (Bergh et al., 2005). Patienterna oroade sig för att de skulle uppfattas av sjuksköterskorna som allt för krävande och störande i fall de ringde på klockan hela tiden (Wong och Chan, 2009). Att patienter har en tendens att uthärda smärta styrks av resultatet i en studie av Manias, Botti, & Bucknall (2006) som undersökt patienters strategier i beslut kring smärtlindring. Studiens deltagare bestod av patienter som genomgått olika typer av operationer. Resultatet visar att patienter i hög grad förhåller sig passivt till smärtlindring (ibid.). Morse gör skillnad på att härda ut och att lida (2000b). Begreppet härda ut (eng. *enduring*) förklaras som en fas där man blockerar sina känslor, fokuserar på nuet och tar sig igenom det som måste göras. I den uthärdande fasen, exempelvis vid svår smärta, utvecklar individer strategier; så som att räkna något, andas in och ut eller titta på klockan. Lidandet (eng. *suffering*) kännetecknas av starka känslouttryck så som att gråta, prata, snyfta och vara bekräftelsesökande (ibid.). En möjlig orsak till varför patienter tenderar att uthärda viss smärta kan tolkas ur en färsk studie av Ucuzal och Doğan (2015) vars resultat visar att akutmottagningssjuksköterskor har uppfattningen att patienter ska uppmuntras till att uthärda smärta så länge som möjligt innan man tillgriper smärtlindringsmetoder (ibid.). Att

sjukvårdspersonal behöver reflektera över sina egna attityder framgår i en studie av Pope (2012). Pope beskriver hur personcentrerad vård, där reflektion är centralt, kan förbättra sjuksköterskors attityder till att vårda äldre. Pope menar att sjuksköterskor behöver reflektera över sina egna attityder till patienterna de vårdar (ibid.). Utifrån resonemanget kring sjuksköterskors uppfattningar och attityder menar författarna till föreliggande studie att det kan vara intressant att fundera över om sjuksköterskor i allmänhet skulle kunna ha en föreställning om att patienter ska uthärda en del smärta. Om det finns en attityd att patienter ska uthärda en del smärta innan smärtlindring ges kan det tänkas inverka på patientens egen inställning till att uthärda smärta.

Studiens tre fynd som har lyfts fram i diskussionen: att information till patienter är något som missas i sjuksköterskans omvårdnad, att patienterna befinner sig i underläge gentemot vårdpersonalen samt att de väljer att uthärda postoperativ smärta kan ses som yttringar av lidande. Genom att förstå vad lidandet kan bestå av i en viss specifik situation kan sjuksköterskor agera för att undvika vårdlidandets uppkomst (Dahlberg, 2003; Kompetensbeskrivning, 2005; Svensk sjuksköterskeförening, 2014; Morse, 2000a).

Slutsats och kliniska implikationer

Sjuksköterskor behöver vara medvetna om att de ses som experter på smärtlindring och att det i vissa fall leder till att patienter inte ger uttryck för sin smärta då de tror att experten vet bäst gällande analgetika. Medvetenhet om den asymmetriska relationen behövs hos sjuksköterskor för att minska avståndet mellan patient och sjuksköterska. Sjuksköterskor behöver bli mer lyhörda gällande patienters beroendeställning och betänka att det kan vara svårt att som patient hävda sig mot någon som ses som expert. Relationen kan bli mer jämlik genom att arbeta personcentrerat och ge personanpassad information. Sjuksköterskan ska ha förmåga att vägleda patienten genom den postoperativa fasen och utföra smärtlindrande omvårdnadsåtgärder som syftar till att undvika lidande och minimera risken för vårdlidande. Patienters uppfattningar och erfarenheter av vården är viktiga att kontinuerligt belysa då de utgör en utvärdering av hur vården har lyckats i att leverera god vård, och patienters erfarenheter blir viktiga att ta hänsyn till när nya mål sätts i vårdorganisationer. I studien framgår att patienter förväntar sig smärta postoperativt och att de som får mer information har en bättre smärtlindring. Mer forskning skulle kunna handla om vilken typ av information patienter efterfrågar gällande smärtlindring.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna till föreliggande studie intygar att de har varit lika delaktiga i samtliga delar av arbetet med kandidatuppsatsen. Ansvar har tagits av båda författarna att driva arbetet framåt och att arbeta strukturerat genom processen. Arbetsrelationen mellan författarna har präglats av tilltro och öppenhet för varandras infallsvinklar.

Referenser

- Abdalahim, M.S., Majali, S.A., Stomberg, M.W., & Bergbom, I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education In Practice, 11*(4), 250-255.
- Argoff, C. (2014). Recent Management Advances in Acute Postoperative Pain. *Pain Practice, 14*(5), 477-487.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Baratta, J.L., Scwenk, E.S., & Viscusi, E.R. (2014). Clinical consequences of inadequate pain relief: Barriers to optimal pain management. *Plastic and reconstructive surgery, 134*(1), 15-21.
- *Ben-Morderchai, B., Herman, A., Kerzman, H., & Irony, A. (2010). Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International Journal Of Orthopaedic & Trauma Nursing, 14*(2), 66-74.
- *Bergh, I., Jakobsson, E., Sjöström, B., & Steen, B. (2005). Ways of talking about experiences of pain among older patients following orthopaedic surgery... including commentary by Closs S.J. *Journal Of Advanced Nursing, 52*(4), 351-361.
- Berman, A. & Snyder, S.J. (red.) (2012). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. (9. uppl.) Boston, [Mass.]: Pearson.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden, 63*(22), 4-8.
- Dahlberg, K. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Delmar, C. (2012). The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing Philosophy, 13*(4), 236-243.
- Ekman, I. (red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal Of Cardiovascular Nursing, 10*(4), 248-251.
- Fackler, C. A., Chambers, A. N., & Bourbonniere, M. (2015). Hospital Nurses' Lived Experience of Power. *Journal Of Nursing Scholarship, 47*(3), 267-274
- Fredenberg, S., Vinge, E., & Karling, M. (2013). Smärta och smärtbehandling. I H. Ramström (Red.) *Läkemedelsboken. 2014*. (889-928). Uppsala: Läkemedelsverket.

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Graubæk, A. (red.) (2012). *Patientologi: personcentrerad vård i teori och praktik*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

*Grondin, F., Bourgault, P., & Bolduc, N. (2014). Intervention Focused on the Patient and Family for Better Postoperative Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 15(1), 76-86.

Hayes, K., & Gordon, D. B. (2015). Delivering Quality Pain Management: The Challenge for Nurses. *AORN Journal*, 101(3), 327-337.

*Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhjelm, J., & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nursing & Health Sciences*, 10(2), 131-136.

International Association for the Study of Pain. (2012). *IASP Taxonomy*. Hämtad den 26 november, 2014, från <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>

*Jacobson, A., Myerscough, R., DeLambo, K., Fleming, E., Huddleston, A., Bright, N., & Varley, J. (2008). Patients' perspectives on total knee replacement: a qualitative study sheds light on pre- and postoperative experiences. *American Journal Of Nursing*, 108(5), 54-64.

*Joelsson, M., Olsson, L., & Jakobsson, E. (2010). Patients' experience of pain and pain relief following hip replacement surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2832-2838.

*Johnson, E. C., Horwood, J., & Gooberman-Hill, R. (2014). Patients' Journeys through Total Joint Replacement: Patterns of Medication Use. *Musculoskeletal Care*, 12(2), 92-102.

Järhult, J. & Offenbartl, K. (2013). *Kirurgiboken: vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. (5., [rev. och uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.

Kalisch, B. J., McLaughlin, M., & Dabney, B. W. (2012). Patient perceptions of missed nursing care. *Joint Commission Journal On Quality & Patient Safety*, 38(4), 161-167.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2006). Patients' decision-making strategies for managing postoperative pain. *Journal Of Pain*, 7(6), 428-437.

Morse, J. (2000a). On Comfort and Comforting. *American Journal of Nursing* 100 (9), 34-38.

Morse, J. (2000b). Responding to the cues of suffering. *Health Care For Women International*, 21(1), 1-9.

*Niemi-Murola, L., Pöyhä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., & Niemi, T. (2007).

Patient satisfaction with postoperative pain management--effect of preoperative factors. *Pain Management Nursing*, 8(3), 122-129.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2010]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pope, T. (2012). How person-centred care can improve nurses' attitudes to hospitalised older patients. *Nursing Older People*, 24(1), 32-37.

*Şendir, M., Büyükyılmaz, F., & Muşovi, D. (2013). Patients' Discharge Information Needs After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Quasi-Qualitative Pilot Study. *Rehabilitation Nursing*, 38(5), 264-271.

Sjuksköterskornas samarbete i Norden (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. (Rev. tryckning). Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2 december, 2014, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2014a). *Statistikdatabas för operationer i slutenvård*. Hämtad 19 november, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/operationerislutenvard>

Socialstyrelsen. (2014b). *Statistik för dagkirurgi*. Hämtad 19 november, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dagkirurgi>

*Stomberg, M., & Öman, U. (2006). Patients undergoing total hip arthroplasty: a perioperative pain experience. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(4), 451-458.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. Åtta.45 Tryckeri AB

Ucuzal, M., & Doğan, R. (2015). Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain. *International Emergency Nursing*, 23(2), 75-80.

Ward, C. W. (2014). Procedure-Specific Postoperative Pain Management. *Medsurge nursing* 23(2), 107-110.

Vargas- Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty- four years of experience. *Can Fam Physician* 56(6), 514-517.

Werner, M. & Leden, I. (red.) (2010). *Smärta och smärtbehandling*. (2., [rev.] uppl.) Stockholm: Liber.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Wong, E., & Chan, S. (2009). The pain experience and beliefs of Chinese patients who have sustained a traumatic limb fracture. *Journal Of Orthopaedic Nursing*, 13(2), 70-77.

Wu, CL., Naqibuddin, M., Rowlingson, AJ., Lietman, SA., Jermyn, RA., & Fleisher, LA. (2003). The effect of pain on health-related quality of life in the immediate postoperative period. *Anesthesia & Analgesia* 97, 1078-1085.

Wylde, V., Rooker, J., Halliday, L., & Blom, A. (2011). Acute postoperative pain at rest after hip and knee arthroplasty: severity, sensory qualities and impact on sleep. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research* 97, 139- 144.

Bilaga 1 (2)

Modifierat granskningsprotokoll för kvalitativa studier (Friberg, 2012)

Antal personer i studien:.....st . Antal män:.....st. Antal kvinnor.....st

Beskrivning av studien	Ja (1p)	Nej (0p)	Delvis(0p)	kommentar
Finns det ett tydligt problem formulerat?				
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?				
Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?				
Vad är syftet? Är det klart formulerat?				
Är metoden för datainsamling tydligt beskriven?				
Är undersökningspersonerna väl beskrivna?				
Är metoden för analys tydligt beskriven?				
Redovisas resultatet klart och tydligt?				
Förs några etiska resonemang?				
Finns det en metoddiskussion?				
Sker en återkoppling till teoretiska resonemang?				

Total poäng: _____

- 9-11p =Hög kvalitet 80%-100%
- 7-8p = Medel kvalitet 60%- 80%
- 0-6p = Låg kvalitet 0% - 60%

Modifierat granskningsprotokoll för kvantitativa studier (Friberg, 2012)

Antal personer i studien:.....st. Antal män:.....st. Antal kvinnor:.....st.

Beskrivning av studien	Ja (1)	Nej (0)	Delvis (0)	Kommentar
Finns det ett tydligt problem formulerat?				
Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?				
Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?				
Vad är syftet? Är det klart formulerat?				
Är metoden för datainsamling tydligt beskriven?				
Är metoden för analys tydligt beskriven?				
Är urvalet av undersökningspersoner väl beskrivet?				
Redovisas resultatet klart och tydligt?				
Förs det några etiska resonemang?				
Finns det en metoddiskussion?				
Sker en återkoppling till teoretiska antaganden?				

Total poäng: _____

- 9-11p =Hög kvalitet 80%-100%
- 7-8p = Medel kvalitet 60%- 80%
- 0-6p = Låg kvalitet 0% - 60%

