



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Allmänkirurgipatienters tillfredsställelse av den preoperativa informationen kring smärta och smärtbehandling

Den preoperativa informationens betydelse för
postoperativ smärta

En enkätstudie

Författare: Johanna Sjöberg och Elin Strömberg

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Allmänkirurgipatienters tillfredsställelse av den preoperativa informationen kring smärta och smärtbehandling

Den preoperativa informationens betydelse för postoperativ smärta

En enkätstudie

Författare: Johanna Sjöberg och Elin Strömberg

Handledare: Karin Samuelson

Magisteruppsats

Våren 2013

Abstrakt

Tidigare forskning tyder på att en välinformerad och delaktig patient upplever mindre preoperativ ångest och postoperativ smärta. Enligt rådande lagar ska patienter vara delaktiga och vården ska vara individanpassad. Trots detta finns idag inga riktlinjer kring hur den preoperativa informationen och bedömningen ska gå till inom Region Skåne. Syftet med studien var att beskriva allmänkirurgipatienters tillfredsställelse av den preoperativa informationen om smärta och smärtbehandling samt upplevd postoperativ smärta. Data insamlades via enkäter på Skånes universitetssjukhus i Lund och 83 respondenter deltog. Resultatet visade att 69 % av patienterna var nöjda med informationen om smärta men endast 19 % kände sig delaktiga i de beslut som fattades kring deras smärtbehandling. Av respondenterna upplevde 40 % att den postoperativa smärtan var ett stort problem. Författarna rekommenderar tydligare riktlinjer kring vems ansvar det är att informera om smärta och smärtbehandling.

Nyckelord

Preoperativ information, patientcentrerad vård, postoperativ smärta, enkätstudie

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Patientcentrerad preoperativ information	4
Postoperativ smärta	7
Resultat av obehandlad smärta	8
Postoperativ smärta och behandling efter allmänkirurgi	10
Individuella faktorer som påverkar postoperativ smärta	11
Kön	12
Ålder	13
Upplevelser kring postoperativ smärta	13
Rutiner för preoperativ bedömning och information	15
Syfte	17
Specifika frågeställningar	17
Metod	17
Urval av undersökningsgrupp	18
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	18
Validitets och reliabilitetsprövning av instrumentet	19
Genomförande av datainsamling	20
Genomförande av databearbetning	21
Etisk avvägning	23
Resultat	23
Urvalsgrupp	23
Tillfredsställelse med preoperativ information och upplevd postoperativ smärta	25
Preoperativ informations samvariation med postoperativ smärta	26
Skillnader mellan grupper	26
Kön	26
Ålder	27
Operationstyp	27
Skriftliga kommentarer från patienter	29
Diskussion	29
Diskussion av vald metod	29
Urval	29
Instrument	30
Datainsamling	32
Databearbetning	32
Diskussion av framtaget resultat	34
Tillfredsställelse med preoperativ information och upplevd postoperativ smärta	34
Preoperativ informations samvariation med postoperativ smärta	36
Skillnader mellan grupper	37
Kön	37
Ålder	37
Operationstyp	38
Konklusion och Implikationer	39
Referenser	40
Bilaga 1 (4)	43
Bilaga 2 (4)	45
Bilaga 3 (4)	46
Bilaga 4 (4)	48

Problembeskrivning

Postoperativ smärta är efter årtionden av forskning fortfarande ett ämne där det behövs mer kunskap (Taylor & Stansbury, 2009). Smärta efter operation kan leda till en rad olika komplikationer som rör allt från hjärt- och kärlsystemet till trycksår och lunginflammation (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003). Obehandlat kan detta leda till kronisk smärta (Kehlet, Jensen & Woolf, 2006). Postoperativa komplikationer leder i sin tur till förlängd sjukhusvistelse, sänkt psykiskt status och problem som patienten kan få leva med samt behöva behandling för resten av livet (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003).

Majoriteten av alla patienter som genomgår operationer idag kommer att uppleva kraftig smärta efteråt (Kastanias, Denny, Robinson, Sabo & Snaith, 2009). Smärta är även den största rädslan som många patienter upplever före sin operation (a.a.). Att en patient känner smärta postoperativt kan ses som en självklarhet både hos personen som opererats samt av den vårdande personalen (Svensson, Sjöström & Haljamäe, 2001) vilket är ett problem då patienter med dagens behandlingsmöjligheter inte bör förvänta sig kraftig smärta postoperativt. Sjukvårdspersonal som erhåller kontinuerlig utbildning har bättre attityder kring smärta och smärtlindrar därmed sina patienter mer adekvat (Warrén-Stomberg, Wickström, Joelsson, Sjöström & Haljamäe, 2003).

All vård skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) 2§ bedrivas i samråd med patienten och patienten skall ges individanpassad information om de behandlingsalternativ som finns. Statens offentliga utredningar har kommit med ett förslag på en ny patientlag (SOU, 2013:2) som bland annat syftar till att öka och stärka patienternas inflytande över sin vård genom delaktighet. En svensk studie visade att de patienter som erhöll en preoperativ information som var skraddarsydd för dem upplevde mindre postoperativ smärta, minskad ångest före sin operation och var mer nöjd med den postoperativa smärtbehandlingen (Sjöling, Nordahl, Olofsson & Asplund, 2003). Ångest före operation har i flertalet studier visat sig leda till mer postoperativ smärta (Oshodi, 2007; Taylor & Stanbury, 2009). En annan svensk undersökning visade att merparten av patienterna var missnöjda med den information de fått före operation angående smärta och att deras frågor inte hade blivit besvarade (Idvall, Bergqvist, Silverhjelms & Unosson, 2008).

Många forskare anser att det bästa sättet att minska postoperativ smärta är att utforma en individanpassad smärtbehandlingsplan (Niemi-Murola et al., 2007). Kostnaderna för inadekvat postoperativ smärtlindring får betalas i fysiska, humana och ekonomiska resurser. En adekvat smärtlindringsstrategi kan reducera komplikationer, öka patienternas livskvalitet och tillfredsställelse med sjukvården samt korta ner sjukhusvistelsen och därmed verka samhällsekonomiskt (a.a.). Idag tycks patienter enligt tidigare forskning ofta vara missnöjda med den preoperativa information de erhåller och många känner sig inte delaktiga i sin vård (Idvall et al., 2008; Niemi-Murola et al., 2007). Det är viktigt att undersöka hur tillfredsställda patienterna är med den preoperativa informationen dels för att det är alla patienters rättighet att känna sig delaktiga i sin vård, men även för att minska komplikationer som postoperativ smärta kan medföra. Vad författarna vet finns ingen forskning kring detta ämne utförd i Skåne och därför anses detta vara en kunskapslucka som behöver fyllas.

Bakgrund

Patientcentrerad preoperativ information

En av sjuksköterskans främsta uppgifter är att ge god omvårdnad genom till exempel information och undervisning (Socialstyrelsen, 2005). Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska skall sjuksköterskor ha förmåga att kommunicera med patienter och närstående på ett lyhört samt individanpassat vis. Sjuksköterskan skall ge stöd åt patienter så att de får en möjlighet att så optimalt som möjligt vara delaktiga i sin vård och behandling (a.a.). Även i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesi beskrivs undervisning och information som viktiga delar i anesthesiologisk omvårdnad (Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) 2§ skall all vård bedrivas i samråd med patienten och patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de behandlingsalternativ som finns. I januari 2013 utkom Statens offentliga utredningar (SOU, 2013:2) med ett nytt förslag till Patientlag som förväntas träda i kraft 2015.

Lagförslaget grundar sig i Hälso- och sjukvårdslagen och ämnar bland annat stärka patienternas inflytande över sin vård genom ökad delaktighet. Några av de bestämmelser som

ingår i lagen berör information, samtycke, delaktighet samt val av behandlingsalternativ. I kapitel 2, 6 § står det skrivet att all information skall individanpassas till mottagarens ålder, bakgrund och språkkunskap. Om patienten vill, eller skäl finns skall anhöriga medverka och patienten har rätt till både muntlig och skriftlig information om denne så önskar (a.a.).

Personcentrerad vård är ett begrepp som även fått stort utrymme och som av flertalet teoretiker beskrivits i omvårdnadssammanhang sedan 1970-talet (McCance, McCormack & Dewing, 2011). McCormack och McCance har beskrivit en teori som bland annat sammanfattas av att sjukvårdspersonal skall uppfylla vissa attribut, att organisationen skall vara optimalt lämpad för god vård och att vården skall vara helhetlig och fokuseras på individen. Om denna struktur följs blir vården effektiv, personcentrerad och en terapeutisk miljö skapas vilket leder till att patienterna blir nöjda och involverade i sin vård samt får en känsla av välmående (a.a.).

Att patienter före sin operation får svar på frågor de har och känner sig delaktiga i de beslut som fattas har gett positiva utslag i flertalet studier framför allt när det gäller att reducera preoperativ ångest (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003; Taylor & Stanbury, 2009; Warrén-Stomberg et al., 2003). Ångest och rädsla är känslor som många människor upplever inför en operation (Kastanias et al., 2009). Forskning har visat att det som patienterna oftast var mest rädda för inför operation var inte hurvida operationen skulle lyckas eller ej utan snarare om de skulle känna smärta postoperativt (a.a.). Författarna Oshodi (2007) och Taylor och Stanbury (2009) fann ett direkt samband mellan att om en patient upplevde ångest före sin operation så kände individen en kraftigare smärta efter ingreppet. Att vara delaktig i sin vård och känna tillit till vårdpersonal genom god omvårdnad kan många gånger ses som smärtlindring i sig (a.a.). I en studie utförd i Finland av Niemi-Murola, et al. (2007) fick patienterna bland annat skatta hur de upplevde den information de fått angående smärta preoperativt. Resultatet visade att cirka 60 % av patienterna var nöjda medan resterande kände att de inte var delaktiga och att de inte hade fått svar på sina frågor. Författarna till studien menade att de svar patienten gav preoperativt ofta kunde hjälpa för att få en uppfattning om hur ont patienten skulle ha efter operationen. På så vis kunde behovet av analgetika eventuellt förutspås för den enskilda individen (a.a.). Idvall, et al. visade i en svensk kvalitativ studie från 2008 hur patienter var missnöjda med den information de fått före operationen angående smärta och att deras frågor inte hade blivit besvarade. Patienterna i studien berättade att de fick finna svaret på sina frågor på annat håll, exempelvis via internet eller bekanta (a.a.).

Att som vårdpersonal införskaffa information om patienterna före operationen har flera syften (Janssen et al., 2008; Niemi-Murola et al., 2007). Dels att reducera ångest och utbilda patienterna i deras kommande smärtbehandling, men även för att få fram information och hitta de patienter som har ökad risk att utveckla mer smärta postoperativt. På så vis kan behandlingen skraddarsys redan preoperativt (a.a.). Svensk Förening för Anestesi och Intensivsjukvårds (SFAI) riktlinjer för postoperativ smärtbehandling påpekar även detta. SFAI menar på att trots att patientens upplevelse av smärta är subjektivt väljs idag oftast analgetika beroende på typ av ingrepp och är inte bundet till vilken individ som opereras. Vidare hävdar SFAI att en individanpassad smärtbehandling troligen skulle leda till ett bättre resultat avseende postoperativ smärta (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI), 2010).

Hur och när skall då den preoperativa informationen ges? Resultatet i flertalet studier har varit eniga om att information angående smärta skall ges preoperativt, att den borde vara individanpassad och alla oavsett typ av kirurgi är i lika stort behov av preoperativ information (Boni, 2010; Oshodi, 2007; Sjöling et al., 2003; Kastanias et al., 2009). Människor är av naturen olika och har därmed inte samma strategier för att uppnå bemästring (Oshodi, 2007). Vissa individer önskar veta allt och vill ha kontroll över sin situation medan andra personer önskar vara mer passiva och mår bättre av att inte veta. När preoperativ information ges måste sjukvårdspersonal försöka att avväga detta och ge den mängd information som patienten önskar (a.a.). I en svensk studie utförd av Sjöling, et al. (2003) jämfördes två olika patientgrupper. En som fick sedvanlig information kring sin operation och smärtbehandling och en som erhöll en mer individanpassad sådan. Resultatet visade att gruppen som fått information mer riktad till dem upplevde mindre ångest före operationen, mindre smärta efter och var mer nöjd med den postoperativa smärtbehandlingen. Faktumet har även styrkts av flera andra undersökningar (Blay & Donoghue, 2004; Kastanias et al., 2009; Taylor & Stanbury, 2009). I artikeln skriven av Blay & Donoghue (2004) ville man ta reda på om preoperativ information och utbildning av patienter ledde till minskad smärtupplevelse postoperativt. I studien såg författarna att 26,8 % av patienterna som erhöll information före sin operation inte kunde komma ihåg vad som sagts efteråt (a.a.). Det är därför viktigt att om möjligt ha en familjemedlem med sig under samtalet (Boni, 2010) och att informationen ges både skriftligt och muntligt (Boni, 2010; Oshodi, 2007; Sjöling et al., 2003).

Genom att ha patienter som är välinformerade och lugna före sina operationer kan alltså sjukhusvistelsen förkortas och användandet av analgetika reduceras (Layzell, 2008). Därmed finns det mycket pengar som kan sparas in genom något så enkelt som information (a.a.).

Postoperativ smärta

Enligt The International Association for the Study of Pain definieras smärta som “en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med faktisk eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada” (The International Association for the Study of Pain (IASP), 2012). Akut postoperativ smärta är ett övergångstillstånd och är därmed olik kronisk smärta eller cancersmärta (Layzell, 2008). Den skiljer sig även i hänseendet att akut postoperativ smärta känslomässigt knyts till oro över resultatet av det kirurgiska tillståndet och rädsla för smärta efter operationen (a.a.). Efter kirurgi kan smärta bero på det kirurgiska snittet, vävnadsmanipulation, skador under operationen eller positionering av patienten (Boni, 2010). Smärta är komplext och består både av en psykologisk/emotionell samt en sensorisk upplevelse som beror på flera olika faktorer (Kehlet et al., 2006). Postoperativ smärta yttrar sig ofta i intervallsmärtor som kommer och går. Nociceptiv, inflammatorisk och neuropatisk smärta är olika typer av smärtor som kan vara resultatet av en operation. Nociceptiv smärta beror på aktivering av nociceptorer genom mekaniskt, kemiskt eller termiskt stimuli med viss intensitet. Denna smärta medvetandegör förekomst, lokalisation, intensitet och duration av ett skadligt stimuli och är den typ av smärta som uppstår då exempelvis en skalpell skär genom huden. Vid vävnadsskada i kroppen uppstår alltid en inflammatorisk process genom att inflammatoriska mediatorer frisätts vilket ökar retbarheten och aktiviteten i nociceptorerna och leder till ökad respons på ett normalt icke smärtsamt stimuli. Inflammatorisk smärta är den smärta som gör att individen uppfattar akut postoperativ smärta tills skadorna har läkt. Ibland händer det att nerver eller sensoriska nervbanor kommer till skada vid operationer. Denna typ av smärta kallas neuropatisk smärta och kan ge känselrubbingar som yttrar sig som både känselbortfall och överkänslighet (a.a.).

För att mäta smärta postoperativt används ofta Visuellt Analog Skala (VAS) (Jakobsson, 2004a). VAS är ett mätinstrument som kan se lite olika ut, men det vanligaste är en tiogradig skala där patienterna graderar sin smärta mellan ett och tio där 1 betyder ingen smärta och 10 värsta tänkbara smärta. VAS är lätt för patienter att förstå och ett enkelt hjälpmedel för

personalen att använda. Smärta är subjektivt samt ett multidimensionellt fenomen och VAS är framförallt användbart för att mäta intensiteten av smärtan och få en överblick. Dock bör vårdpersonal vara medveten om att om endast VAS används kan viktiga aspekter såsom duration, lokalisering och karaktär av smärtan missas (a.a.).

Enligt SFAI är postoperativ smärta att betraktas som en vitalparameter vilken skall behandlas tidigt och adekvat för att undvika komplikationer och öka patientens livskvalitet och välbefinnande (SFAI, 2010). Obehandlad postoperativ smärta är att betrakta som en avvikelse (a.a.). Målet med postoperativ smärtlindring är att patienten skall kunna mobiliseras, djupandas, tala och utföra andra funktioner tidigt och bekvämt (Boni, 2010). Patienten skall kunna känna lugn och ro och kunna sova samt vila smärtfritt under sin återhämtning efter operation samtidigt som smärtlindringen inte skall göra patienten dåsig, illamående eller obstiperad. Smärtlindring ska vara effektiv, säker och prisvärd och den bör påbörjas innan smärtan blir för stark eller påtaglig eftersom smärta är svårare att bryta när den väl etablerats (a.a.). Syftet med smärtlindring är att hämma autonoma nociceptiva impulser orsakade av trauma (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003).

Resultat av obehandlad smärta

Postoperativ smärta leder till påverkan på kroppens fysiologiska funktioner både centralt och perifert (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003; Layzell, 2008). Denna påverkan är en stressrespons som vanligen är ogynnsam för kroppen (a.a.). Smärta resulterar ofta i ett hormonellt, metabolt och fysiologiskt svar på det trauma som kroppen utsatts för (Boni, 2010). Den endokrina och metabola respons som sker leder till ökad halt av katabola hormoner och minskad halt av anabola hormoner (Layzell, 2008). Resultatet av detta är bland annat ökad metabolism, hyperglykemi, ökad trombocytkoagulation, vattenretention, hypertermi, syra-bas rubbningar samt försämrat immunförsvar (Boni, 2010; Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003; Layzell, 2008; Moore & Liu, 1997).

Vid smärtsamma stimuli ökar tonus i det autonoma nervsystemets sympatiska del (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003). Denna stressrespons får en rad konsekvenser för många av kroppens organ. Det kardiovaskulära systemet påverkas genom att hjärtats arbete och därmed syrekonsumtion ökar. Ökad belastning på hjärtat är en stor risk för alla individer, men

framförallt hos hjärtsjuka patienter vilka kan drabbas av myokardischemi eller annan hjärtrelaterad morbiditet (a.a.). Hjärtpåverkan är den vanligaste orsaken till morbiditet efter anestesi (Moore & Liu, 1997). Kärlsammandragning i samband med ökat sympatiskt tonus leder till försämrade genomblödning och risk för förlångsammad sårsläkning (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003). Smärta kan även leda till komplikationer i det respiratoriska systemet. Smärta, paralytisk och spasm reducerar lungfunktionen vilket kan ge hypoxi medan smärta i sig leder till minskad förmåga att djupandas och hosta vilket kan orsaka sekretansamling, atelektaser och lunginflammation (a.a.). Postoperativ smärta har även skadliga effekter på det gastrointestinala systemet och kan leda till utveckling av postoperativt illamående och kräkningar (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003; Moore & Liu, 1997). En annan vanlig postoperativ komplikation är ileus som tros kunna bero på smärta (Moore & Liu, 1997).

Akut postoperativ smärta kan även orsaka kroniska smärttillstånd (Kehlet et al., 2006). Enligt en litteraturstudie skriven av Kehlet, et al. (2006) drabbades cirka 10-50 % av alla patienter efter allmänkirurgi av kronisk smärta. De fann även att det fanns ett samband mellan intensiteten av postoperativ akut smärta och utvecklandet av kronisk smärta (a.a.). God och snabb smärtlindring reducerar antalet patienter som drabbas av långvarig smärta efter kirurgi (Boni, 2010).

Postoperativ smärta resulterar även i fördröjd mobilisering vilket kan leda till en rad sekundära åkommor såsom tromboembolism, trycksår, urinvägsinfektioner, sårinfektioner med flera vilka alla kan förlänga sjukhusvistelsen för patienten (Boni, 2010).

Psykologiskt kan postoperativ smärta ge ångest, rädsla, känsla av hjälplöshet, sömnsvårigheter och depression vilka alla i sig kan resultera i ökade smärtupplevelser (Layzell, 2008; Taylor & Stanbury, 2009). Smärta påverkar och sänker individens livskvalitet (Layzell, 2008). Det kan påverka individer så att de inte vill samarbeta med sjukvården eller blir agiterade (Boni, 2010). Allt detta bidrar till ökad stress både för patienten samt för dennes familj och anhöriga (a.a.).

Akut postoperativ smärta leder till fördröjd återhämningsperiod efter operation och därmed längre sjukhusvistelse (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003). I en studie utförd på

dagkirurgiska patienter visade det sig att patienter som hade kraftig smärta postoperativt stannade kvar längre både på uppvakningsavdelningen samt på den dagkirurgiska avdelningen och att tiden till utskrivning fördröjdes (Chung, Ritchie & Su, 1997). Längre sjukhusvistelser resulterar i ökade kostnader för samhället (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003).

Postoperativ smärta och behandling efter allmänkirurgi

Enligt the American Board of Surgery innefattas allmänkirurgi av sjukdomar och skador i bukhålan, matsmältningskanalen, bröst, hud, mjukdelar samt endokrina körtlar på hals och i bukhålan på patienter i alla åldrar (Rhodes, 2004). Området omfattar även onkologi, trauma, brännskador, kärlkirurgi och olika typer av akuta operationer (a.a.).

Hur stark akut postoperativ smärta som kan förväntas efter allmänkirurgi varierar stort mellan olika typer av operationer och ingrepp. I en studie utförd på 1035 patienter i försök att finna vilka olika ingrepp som generellt innebar hög risk för akut postoperativ smärta delade författarna upp olika ingrepp efter hur stor sannolikheten var att patienterna skulle få ont efteråt (Janssen et al., 2008). Författarna delade upp risken för smärta i lägst, låg, måttlig, stor och störts beroende på hur många procent av patienterna som drabbades av kraftig smärta postoperativt. Resultatet visade till exempel att patienter som genomgick diagnostisk laparoskopi hade låg förväntad smärta postoperativt. Måttlig förväntan på smärta fanns bland annat vid mindre bröstkirurgier eller övre bukkirurgier med epidural. Bukväggsbråck och nefrektomi visade sig vara procedurer där hög risk fanns för postoperativ smärta. Högst fara för smärta fanns hos bland andra bukkirurgier utan epidural där 80 % av patienterna hade kraftig smärta postoperativt och terapeutisk laparoskopi (exempelvis kolesystemektomi) där 76 % av patienterna drabbades av kraftig postoperativ smärta (a.a.). I en annan studie utförd på 10 000 dagkirurgiska patienter varav 274 genomgått allmänkirurgi fann författarna att det mest smärtsamma allmänkirurgiska ingreppet var bråck samt att avlägsna åderbråck (Chung et al., 1997). I samma studie jämförde författarna olika operationstyper och fann att ortopediska ingrepp följt av urologiska ingrepp var de patientgrupper som upplevde kraftigast smärta på uppvakningsavdelningen. Allmänkirurgiska ingrepp kom som tredje patientgrupp. Författarna förklarade detta med det faktum att skador på ben är mer smärtsamma än mjukdelsskador eftersom benhinnorna har den lägsta smärtröskeln av alla djupa somatiska strukturer (a.a.).

Allmätkirurgi spänner över ett brett spektrum av operationer och därmed även smärtbehandlingsalternativ (Boni, 2010). Ofta väljs behandlingsmetod för smärtlindring efter vilket ingrepp som utförts (SFAI, 2010). Multimodal smärtbehandling är det alternativ som generellt tycks vara bäst för postoperativ smärtlindring vilket innebär att två eller flera olika analgetikum med olika verkningsmekanismer kombineras (Layzell, 2008; SFAI, 2010; Taylor & Stanbury, 2009). Metoden används för att få ökad effekt, samtidigt som risken för biverkningar minskas eftersom lägre doser kan ges (Layzell, 2008; SFAI, 2010). En litteraturstudie visade att efter bukkirurgier tycktes det vara ett bra alternativ att använda patientkontrollerad analgesia (Moore & Liu, 1997). Samma studie belyste att om lokalanalgetika gavs epiduralt förekom färre pulmonella komplikationer jämfört med när opioider gavs. Lokalanalgetika som ges antingen epiduralt eller systemiskt har dessutom kunnat ses påskynda återhämtningen av tarmmotiliteten postoperativt och kunde därigenom korta ner tiden för sjukhusvistelsen (a.a.). Enligt Boni (2010) är lokala och regionala anestesiblockader mycket underutnyttjat hos patienter som genomgår allmätkirurgi.

Individuella faktorer som påverkar postoperativ smärta

Som tidigare nämnts är människor olika och reagerar individuellt på smärta (Kehlet et al., 2006). Hur patienter upplever och svarar fysiologiskt samt hur känsliga deras nociceptorer är varierar. Olika individer får dessutom olika resultat på samma form av smärtlindring (a.a.). I litteraturen har flera olika faktorer som tros kunna spela in på postoperativ smärta identifierats som till exempel ålder, kön, typ av operation, grad av smärta före operation, ångest preoperativt samt informationsbehov (Layzell, 2008; Warrén-Stomberg et al., 2003; Janssen et al., 2008). Andra faktorer som visats kunna ha betydelse är BMI där högre BMI tycks kunna leda till svårare smärta (Chung et al., 1997). Författarna av den aktuella studien tror att detta beror på att överviktiga patienter ofta får en lägre dos analgetika än vad kroppen egentligen behöver. Vidare beskrevs val av anestesimetod som en riskfaktor för postoperativ smärta där exempelvis generell anestesi gav mer smärta postoperativt än regional anestesi (a.a.). Dessutom visade en studie utförd i Finland på 102 patienter att tidigare negativa upplevelser och erfarenheter av postoperativ smärta påverkade patienternas så att de fick kraftigare smärtupplevelse efter operationen (Niemi-Murola et al., 2007). Resultatet av en undersökning utförd i Sverige fann att preoperativ smärta signifikant kunde associeras med förlängd duration av måttlig till kraftig smärta postoperativt (Svensson et al., 2001). Andra

forskare har visat att ångest preoperativ ledde till svårare postoperativ smärta (Kehlet et al., 2006; Janssen et al., 2008). För att kunna förutsäga vilka patienter som kommer att få ont postoperativt finns idag en del olika bedömningsinstrument och hjälpmedel som tar upp ovan nämnda faktorer och som ämnar vara till hjälp vid den preoperativa bedömningen (Janssen et al., 2008; Layzell, 2008).

Kön

Flertalet studier har visat på att kvinnor ofta upplever mer smärta än män postoperativt (Apfelbaum, Chen, Mehta & Gan, 2003; Idvall, Hamrin, Sjöström & Unosson, 2002; Janssen et al., 2008; Kehlet et al., 2006; Warrén-Stomberg et al., 2003). I en studie där författarna telefonintervjuade 250 personer som genomgått kirurgi framkom att kvinnor var mer rädda för smärta postoperativt än män (Apfelbaum et al., 2003). I en annan undersökning som utförts i Sverige där frågeformulär gavs till patienterna framkom att kvinnor var mindre nöjda än män med sin postoperativa smärtbehandling (Svensson et al., 2001). I en litteraturstudie skriven av Rotboll Nielsen, Rudin och Werner (2007) diskuteras det att kvinnor tycktes ha lägre smärtröskel än män medan kvinnor däremot verkade reagera bättre på opioidbehandling. Det faktum att kvinnor och män reagerar och upplever smärta olika beror på flera olika faktorer. Skillnader mellan könen avseende smärta tros skilja sig på flera punkter, bland annat smärtupplevelse, smärtröskel, copingstrategier gällande smärta och analgetikabehov. De anledningar som främst diskuteras som möjlig orsak är skillnader i sex steroidhormoner, farmakogenetiska olikheter och nervsystemets funktion (a.a.). Hur kroppen absorberar, distribuerar och eliminerar läkemedel påverkas bland annat av att kvinnor generellt har högre andel kroppsfett och att kvinnor under menstruationscykeln har förändringar i vätske- och elektrolytbalansen (Eisenberg et al., 2008). Faktorerna påverkar farmakokinetiken av läkemedel. Kvinnor har dessutom inte samma koncentration av bindningsproteiner vilket påverkar andelen fritt läkemedel i blodet och därmed effekten. Kvinnor tros dessutom eliminera vissa läkemedel snabbare än män eftersom genetiska skillnader finns i cytokrom p 450-systemet. Dessutom tycktes komplikationer och biverkningar vara vanligare hos kvinnor än hos män. Det faktum att kvinnor oftare tycks uppleva smärta postoperativt kan bero på att den mesta forskningen som utförts har gjorts på män varför de behandlingsalternativ som finns idag därmed är anpassade till det manliga könet (a.a.).

Ålder

Ålder är en faktor som har visats vara avgörande för upplevelsen av postoperativ smärta där yngre patienter förväntas uppleva mer smärta än äldre (Chung et al., 1997; Janssen et al., 2008; Warrén-Stomberg et al., 2003). I en Svensk studie där frågeformulär gavs till 191 patienter framkom att yngre patienter oftare var missnöjda med smärtbehandlingen än äldre (Svensson et al., 2001). Äldre patienter tycktes dessutom enligt en litteraturstudie ha minskad risk att utveckla kronisk smärta (Kehlet et al., 2006). Enligt Rotboll Nielsen, et al. (2007) har äldre människor inte enbart en minskad risk att utveckla kraftig postoperativ smärta utan förväntas även behöva mindre opioder efter operation än yngre. Författarna menade på att faktorerna bakom detta grundar sig i neurobiologiska-, kognitiva och beteendemässiga faktorer där det kunnat ses degenerativa, neurokemiska och strukturella förändringar i både det perifera- och centrala nervsystemet med en minskning av neuronal plasticitet (a.a.).

Upplevelser kring postoperativ smärta

Trots att det ständigt sker forskning för att förbättra postoperativ smärta finns det en bra bit att gå innan målet är nått. Flera artiklar har beskrivit statistik kring hur ont patienterna har postoperativt och det varierar från att 76 % upplevt kraftig eller måttlig smärta (Svensson et al., 2001) till att 82 % gjorde det (Apfelbaum et al., 2003). I en studie utförd i England uppgav 60 % av patienterna att de haft över 5 på VAS-skalan inom 24 timmar efter operation (Taylor & Stanbury, 2009).

Författarna Kastanias, et al. (2009) har gjort en studie på vad patienter tycker är viktigast att veta kring postoperativ smärta och deras behandling. Några av de ämnen som patienterna rankade högst var hur mycket smärta de kunde förväntas få, hur länge smärtan uppskattades sitta i och rädsla för att bli beroende av sina smärtmediciner (a.a.). Att bli beroende av eller överdosera opioder är en rädsla som Boni (2010) tagit upp. Han beskriver även att många sjuksköterskor har tron att patienten kan utveckla ett beroende och därmed inte vågar behandla smärta mer aggressivt. Påstående saknar belägg i akut smärtbehandling och talar för att det finns ett behov av att utbilda både vårdpersonal och patienter (a.a.). En studie utförd i USA tog upp hur patienterna upplevde den postoperativa smärtbehandlingen genom att använda sig av ett frågeformulär (Apfelbaum et al, 2003). I denna undersökning framkom det att 72 % av patienterna valde en annan form av analgetika som inte var en opioid på grund av

rädsla för beroende och andra bieffekter (a.a.). Att utbilda vårdpersonal är något som flera författare sett som essentiellt för att nå bättre resultat i smärtlindring av patienter (Idvall, Hamrin, Sjöström & Unosson, 2001; Warrén-Stomberg et al., 2003). Haljamäe & Warrén-Stomberg (2003) menade att vårdpersonal lade ner mer vikt på oro över bieffekter och att ge för mycket analgetika än att faktiskt ge patienterna en adekvat smärtlindring och följde inte upp deras smärta.

I en svensk studie jämfördes två olika sjukhus där personalen på det ena sjukhuset fått kontinuerlig utbildning och arbetade aktivt för att få bättre smärtstillade patienter medan personalen på det andra sjukhuset inte erhållit någon utbildning i detta ämne (Warrén-Stomberg et al., 2003). Resultatet visade att det sjukhuset med utbildad personal hade klart förbättrat resultat kring postoperativ smärtlindring. Patienterna upplevde i större grad att de fått preoperativ information kring smärta och fler var nöjda med den information de fått om VAS och medicinering. Det framkom även att sjuksköterskorna som arbetade på det sjukhuset som erhöll kontinuerlig utbildning kände sig mer trygga med att smärtstilla patienterna (a.a.). Enligt en annan studie utförd i Finland som tog upp vikten av kunskap framkom att så många som 84 % av sjuksköterskorna på vårdavdelning önskade få mer utbildning gällande postoperativ smärtbehandling (Niemi-Murola et al., 2007). Medicinska kvalitetsrådet är ett gemensamt organ i Sverige för läkare som arbetar för att kvalitetssäkra och utveckla hälso- och sjukvården (Medicinska kvalitetsrådet (MKR), 2001). Enligt deras riktlinjer och kvalitetsindikatorer för postoperativ smärtbehandling skall all personal som är involverad i patientens smärtbehandling erhålla kontinuerlig utbildning avseende smärtfysiologi och patofysiologi (a.a.). De skall även erbjudas utbildning inom de olika lokala behandlingsalternativ för den arbetsplats de befinner sig på, känna till övervakningsrutiner och få utbildning i de lokala riktlinjer som gäller på aktuellt sjukhus (a.a.).

Vad är det då som upplevs som barriärer för att kunna behandla postoperativ smärta hos patienter? Som tidigare nämnts tycks rätt dosering av opioder vara ett problem (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003). Andra problem var även att vårdpersonal inte upplevde att patienterna sa till när de hade ont, att de tyckte att patienterna var för trötta eller att de inte ville ta medicinen som erbjöds. Även mer administrativa problem nämndes såsom personalbrist samt för hög arbetsbelastning (a.a.). Taylor och Stansbury (2009) diskuterade i en litteraturstudie att många sjuksköterskor inte tror att den smärta patienterna uppgav var den

sanna och att många patienter tenderade att överreagera. När patienter uppgav att analgetikan inte hade någon effekt menade sjuksköterskorna att de inbillade sig smärtan och att den var psykiskt bunden istället för fysisk (a.a.). I en jämförelsestudie mellan patienters och personals upplevelser kring smärta kunde samma resultat utläsas, det vill säga att sjuksköterskorna skattade patienternas smärta som lägre än den som patienterna faktiskt upplevde (Idvall et al., 2002).

En litteraturstudie diskuterade att patienter ofta hade en tendens att inte säga ifrån när de hade ont eftersom de inte ville vara till besvär och när de såg att vårdpersonal verkade stressade valde de att inte säga ifrån (Taylor & Stanbury, 2009). Författarna menade att avsaknad av medvetenhet samt kunskap och vårdpersonals tro på att de kan reducera eller helt ta bort smärta är de största barriärerna som sjukvårdspersonal står inför. För att överkomma dessa förespråkades att implementera klara riktlinjer gällande postoperativ smärtlindring och utbilda personal inom detta ämne (a.a.). I en studie utförd i Sverige fick sjuksköterskorna lista kvalitetsindikatorer för god postoperativ smärtlindring och där framkom det att sjuksköterskor ansåg att preoperativ information till patienten om smärtlindring, kunskap hos personalen, utvärdering med mätinstrumentet VAS samt att vårdpersonal måste tro på patienten var några av de viktigaste faktorerna för god postoperativ smärtlindring (Idvall et al., 2001).

Rutiner för preoperativ bedömning och information

Författarna till föreliggande studie har kontaktat flertalet anestesiologer, chefer och sjuksköterskor i försök att finna PM eller riktlinjer för preoperativ bedömning samt postoperativ smärtbehandling. I nuläget finns inga sådana riktlinjer eller PM på utvald undersökningsplats eller övergripande för hela regionen.

De riktlinjer som finns på Skånes universitetssjukhus i Lund som rör postoperativ smärtbehandling var giltigt till och med januari 2008. I detta samt i SFAIs riktlinjer kring postoperativ smärtbehandling beskrivs det att det är anestesiologyen som bär ansvaret för att ordinera analgetika för den postoperativa perioden (SFAI, 2010; Region Skåne, 2006). Däremot går det inte att utläsa vems ansvar det är att utbilda och informera patienter kring smärta och behandling före operation i dessa dokument. Enligt SFAIs rekommendationer skall postoperativ smärta diskuteras på den preoperativa bedömningen (SFAI, 2010). Liknade

råd finns beskrivet i Region Skånes riktlinjer för perioperativ smärtbehandling där det fastställs att beslut kring postoperativ medicinering bestäms under den preoperativa bedömningen (Region Skåne, 2006). Enligt MKRs riktlinjer och kvalitetsindikatorer för behandling av postoperativ smärta skall patienten få ordentlig information preoperativt kring vikten av postoperativ smärtbehandling, information om befintliga metoder för att behandla smärta, introduktion av VAS samt att patienten skall vara delaktig i sin smärtbehandling och de beslut som fattas kring denna (MKR, 2001).

Enligt Per Leveau, överläkare på kirurgiska kliniken på Skånes universitetssjukhus i Lund, gäller för elektiva patienter på detta sjukhus att de två till tre veckor före sin planerade operation får komma till en mottagning (personlig kommunikation, 7 mars 2013). Beroende på vilket ingrepp som skall utföras så får patienterna komma till olika mottagningar. Här får patienterna träffa kirurg samt sjuksköterska som skriftligen och muntligen informerar om ingreppet, förberedelser inför operationen samt kort om smärta och smärtbehandling. Den smärtbehandling som patienten erhåller postoperativt är mer beroende av vilket ingrepp som görs istället för individuella faktorer hos patienten (a.a.).

Patienten kommer oftast enligt Per Leveau till avdelningen för inskrivning dagen/kvällen före planerad operation och får då träffa anestesilog som gör en preoperativ bedömning (personlig kommunikation, 7 mars 2013). Enligt Mikael Bodelsson, anestesiläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund, sker den preoperativa bedömningen av anestesiläkare ibland öga mot öga med patienten och i vissa fall endast via en bedömning av aktuell journal (e-post, 8 mars 2013). Informationen som ges varierar beroende på anestesiläkare, vad det är för patient samt ingrepp då det inte finns några riktlinjer eller PM som beskriver vad anesthesiologen skall informera/utbilda om på den preoperativa bedömningen. Det finns inte heller något skriftligt utbildningsmaterial som anesthesiologen rutinmässigt ger till patienten före operationen (a.a.). Elisabet Eldh, smärtsjuksköterska på Skånes universitetssjukhus i Lund, uppgav att vissa patienter som genomgår större/mer komplicerade ingrepp där kraftig smärta förväntas även får träffa smärtsjuksköterska för bedömning före ingreppet (personlig kommunikation, 7 mars 2013). Smärtsjuksköterska kommer dagligen till vårdavdelningar där nyopererade patienter ligger för rådgivning till personal samt patienter med smärta (a.a.).

För akuta patienter gäller inte ovanstående då de enligt Per Leveau kommer via andra sjukhus i regionen eller direkt från akutmottagningen till vårdavdelning i väntan på operation

(personlig kommunikation, 7 mars 2013). Patienterna har på akutmottagningen fått träffa akutläkare och ibland kirurg. I de fall de inte träffat kirurg på akutmottagningen görs detta på vårdavdelningen. Den informationen de erhåller är endast muntlig och smärta diskuteras oftast inte (a.a). Elisabet Eldh och Per Leveau menade att den smärtinformation patienter som skall genomgå akuta operationer får ges av personal på vårdavdelningen (personlig kommunikation, 7 mars 2013). Mikael Bodelsson uppgav att anestesiloger bedömer dessa patienter antingen via journal samt telefonsamtal till ansvarig sjuksköterska på vårdavdelning eller via personligt möte med patienten (e-post, 8 mars 2013).

Syfte

Studiens syfte var att beskriva allmänkirurgpatienters tillfredsställelse av den preoperativa informationen om smärta samt upplevd postoperativ smärta

Specifika frågeställningar

- I vilken grad upplever patienter att de får tillräckligt med information om smärta och behandling samt svar på frågor av vårdpersonal före sin operation?
- I vilken utsträckning känner sig patienter delaktiga i sin behandling avseende smärta?
- Vilken grad av samvariation finns mellan preoperativ information och upplevelser av postoperativ smärta?
- Finns det skillnader avseende tillfredsställelse med preoperativ information och delaktighet i smärtbehandling samt postoperativ smärta mellan olika grupper såsom kön, ålder eller typ av operation?

Metod

Författarna har valt att använda en kvantitativ ansats för studien. Kvantitativ metod är ett bra alternativ då begrepp eller variabler ämnas undersökas och sättas i relation med varandra samt för att se samband mellan variabler (Parahoo, 2006).

Urval av undersökningsgrupp

Inklusionskriterierna för respondenterna till studien var att de skulle ha genomgått allmänskirurgi, vara över 18 år gamla, förstå svenska i tal och skrift och självständigt utan personal eller anhörig kunna fylla i blanketten antingen muntligt eller skriftligt. För studiens definition av allmänskirurgi var god se rubriken *Postoperativ smärta och behandling efter allmänskirurgi*. Enkäten skulle besvaras dagen efter operationen. Exklusionskriterierna var således patienter som opererats för annan typ av kirurgi, var yngre än 18 år, inte kunde tillgodose sig informationen på svenska i tal och skrift samt de patienter som hade kognitiv svikt. Patienter som av olika anledningar var olämpliga att tillfråga på grund av till exempel morbiditet, patienter som precis fått tråkiga besked eller som upplevdes vara för sjuka tillfrågades inte om deltagande i studien. För att erhålla urvalet använde sig författarna av konsekutivt urval vilket innebar att alla patienter tillfrågades som föll inom inklusionskriterierna på de förutbestämda dagar som data insamlades (Parahoo, 2006).

Patienterna tillfrågades om deltagande i studien dagen efter sin operation och insamlingen skedde på tre olika vårdavdelningar på Skånes Universitetssjukhus i Lund. Författarna befann sig på de valda vårdavdelningarna mellan klockan 09:00-12:00 under totalt 16 dagar under februari och mars 2013.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

För datainsamling valde författarna att använda enkät. För att få bra validitet vid enkätstudier bör en redan befintlig enkät användas alternativt bör vissa av frågorna i enkäten utgå från en befintlig enkät (Williams, 2003).

Efter noggrann litteratursökning fann författarna inte någon validerad enkät som fokuserar på frågor som rör patientens upplevelser av smärtbehandling och delaktighet samt tillfredsställelse av preoperativ information. Författarna har använt en enkät utformad av Niemi-Murola, et al. (2007) som syftade till att undersöka vilka faktorer som var avgörande för hur nöjda patienter var med postoperativ smärtbehandling. När Niemi-Murola, et al. (2007) skapade sin enkät utgick de från en enkät som fanns tillgänglig på deras sjukhus i

Helsingfors som använts för utvärdering av hur nöjda patienterna var med sin vård efter operation. Niemi- Murola, et al. (2007) har vidareutvecklat denna och genom statistisk analys funnit sju teman som kan vara avgörande för postoperativ smärta. De sju teman som togs fram av Niemi- Murola, et al. (2007) berörde: tidigare negativa erfarenheter, preoperativ information, dålig känsla preoperativt, förebyggande smärtmedicinering, kraftig smärta, behandling av smärta samt tillfredsställelse. Sammanlagt bestod enkäten av 30 frågor. Alla frågor var ställda som påståenden med likertskala 1-5 (a.a.).

Frågorna i enkäten till föreliggande studie har utformats för att svara till syftet och grundar sig i Niemi-Murola, et al. (2007) enkät. Enkäten som författarna utformat till studien innehåller en inledande del där demografisk data såsom ålder, kön samt typ av operation efterfrågas. Frågorna i enkäten är åtta till antalet och sju av dem är ställda som påståenden som besvaras genom en femgradig likertskala, med alternativen 1. *Håller absolut inte med*, 2. *Håller inte med*, 3. *Håller varken med eller emot*, 4. *Håller med*, 5. *Håller fullständigt med*. En av frågorna berör begreppet VAS och är ställd som en tiogradig skala där 1. Ingen smärta alls och 10. Värsta tänkbara smärta (se bilaga 1). Frågorna är uppdelade i två avsnitt bestående av information angående smärta före operation samt upplevelser kring smärta efter operation. De två delarna innehåller fyra frågor var. Två frågor från vardera del är direkt översatta till svenska från Niemi-Murola, et al. (2007) enkät. Frågorna är hämtade från deras teman som berörde preoperativ information samt tillfredsställelse. Resterande fyra frågor är utformade av författarna med Niemi-Murola, et al. (2007) som grund. De aktuella frågorna är något omformulerade för att kunna svara till syftet med föreliggande studie. Frågorna är grundade i Niemi-Murola, et al. teman rörande preoperativ information, kraftig smärta, behandling av smärta samt tillfredsställelse.

Validitets och reliabilitetsprövning av instrumentet

Vissa av frågorna till enkäten har översatts från en befintlig validerad enkät men det finns delar som författarna skapat själva. Vissa av frågorna i enkäten var därmed inte reliabilitets- eller validitetstestade.

För att testa innehållsvaliditeten och face validiteten av enkäten diskuterade författarna enkätfrågorna tillsammans med insatt sjukvårdspersonal (en undersköterska som arbetar på kirurgisk akutvårdsavdelning samt en sjuksköterska som arbetar på kirurgavdelning). Under

detta tillfälle resonerades relevansen i frågorna samt om något fattades eller var överflödigt i enkäten. Efter detta samtal lades en fråga till enkäten som berörde om respondenten upplevde att den postoperativa smärtan var ett stort problem.

I december 2012 och i januari 2013 utfördes sammanlagt 12 pilotstudier på operationspatienter vid tre olika sjukhus i Skåne. Där analyserades ytterligare face validitet genom att författarna noggrant diskuterade varje fråga med patienterna. Här främst för att se om några otydligheter förelåg och om patienterna uppfattade frågorna på samma sätt som författarna ämnade. De patienter som ingick i pilotstudien hade genomgått liknande ingrepp som urvalsgruppen till föreliggande studie. Efter detta förtydligades några frågor där begrepp såsom postoperativ smärta byttes till smärta efter operationen och preoperativ ändrades till före operationen. Pilotstudierna inkluderades inte i resultatet av studien.

Under januari 2013 granskades även enkäten i samråd med handledare och den sista punkten som berörde övriga tankar och funderingar lades till.

Innan studien påbörjades gjordes en reliabilitetsprövning genom ett test – re-test av enkäten. Testet utfördes för att se om enkäten uppfattas likadant av samma person vid två olika tillfällen. Författarna valde att tillfråga två patienter som genomgått mer omfattande operationer. Testet gjordes dagen efter operationen för att se om patienter som genomgått stora operationer orkar svara på och förstår innebörden av frågorna på enkäten så snart efter sin operation. Re-testet gjordes två dagar efter operationen och användes för att jämföras med testet. Resultatet av reliabilitetsprövningen visade att den ena patienten svarade identiskt på alla frågorna och den andra patienten svarade likadant sånär som på en fråga där patienten svarade en gradering ifrån svaret på första testet.

Genomförande av datainsamling

Författarna fick hjälp av personal eller avdelningschef på avdelningarna att finna de patienter som innefattades av inklusionskriterierna för studien. De hjälpte även författarna att exkludera de patienter som inte ansågs lämpliga att tillfråga. Personal på avdelningarna hade i förväg erhållit informationsbrev om studien innehållande information om studiens syfte, metod samt inklusions- samt exklusionskriterier (bilaga 2). Minst en av författarna sökte upp

respondenten och informerade skriftligen och muntligen om studien. Respondenten fick sedan tänka över sitt medverkande och gav muntligt samtycke.

Enligt Williams (2003) är det svårt att utforma enkäter som uppfattas likadant av alla individer. För att frågorna i enkäten inte skulle misstolkas och med tanke på att respondenterna ofta var trötta dagen efter sin operation var minst en av författarna med och läste muntligen upp frågorna och hjälpte vid behov till att fylla i enkäten. Varje enkät tog mellan fem och tio minuter att fylla i.

Författarna hade som mål att få in cirka 80 enkäter och datainsamlingen fortskred tills detta mål uppnåts. Totalt samlades 83 enkäter in.

Genomförande av databearbetning

Efter avslutad datainsamling sattes löpnummer till enkäterna. Inmatning och bearbetning av data utfördes med dataprogrammet SPSS statistics version 20,0. Införandet skedde manuellt.

Delar av resultatet presenteras som deskriptiv data genom median, kvartilavstånd och procentsatser eftersom data befinner sig på nominal- och ordinalskalenivå (Svensson, 2005). Distributionen av patienternas åldrar är enligt Kolmogorov- Smirnov test normalfördelad och därför anges detta som medelvärde och standardavvikelse. Vid redovisning av enkäten har även medelvärde och standardavvikelse presenterats trots att dessa data inte befinner sig inom intervall- eller kvotskalenivå. Syftet med detta var att författarna ämnade jämföra sitt resultat med Niemi- Murola et.al. (2007) som i sin studie valt att presentera data på detta vis.

För att kunna jämföra om det fanns några skillnader mellan åldrar räknades medelåldern ut som var 54,1 år. Författarna önskade två likstora grupper och bestämde därför att benämna respondenter som var under 55 år för yngre och de som var äldre än 55 år för äldre.

Vid granskning av olika frågor i enkäten har enkätsvaren gjorts om från ordinalskala till nominalskala genom att författarna tolkat påståendena 1-3 (1. *Håller absolut inte med*, 2. *Håller inte med* samt 3. *Håller varken med eller emot*) som att respondenterna varit missnöjda/otillfredsställda eller inte hållit med om påståendet. Påståendena 4-5 (4. *Håller*

med, 5. *Håller fullständigt med*) har summerast och översatts till att respondenten är nöjd/tillfredsställd eller håller med om påståendet.

Vid jämförelser mellan de oberoende faktorerna kvinnor mot män, yngre mot äldre eller elektiva mot akuta operationer har ovan nämnda sammanslagning av svarsalternativ använts. För att testa signifikansnivån mellan olika gruppers gradering av tillfredställelse av olika påståenden har *Chi-2 test* eller där det varit lämpligt *Fisher's Exact test* utförts. I resultatet har ett p-värde $\leq 0,05$ tolkats som statistiskt signifikant.

I enkäten berör fråga 1 – fråga 4 preoperativ information samt delaktighet i sin smärtbehandling. För att se den totala tillfredställelsen av den preoperativa informationen har fråga 1 – fråga 4 summerats för varje respondent. Maxvärde för summeringen blev därmed 20, som innebar att respondenten var nöjd med informationen och kände sig delaktig (det vill säga svarat 5 på alla fyra enkätfrågor). Det lägsta möjliga värdet blev 4 som innebar att respondenterna absolut inte höll med om att de fått tillräcklig information eller var delaktiga (svarat 1 på alla fyra enkätfrågor).

Fråga 5 som berör VAS-skalan har för enklare bearbetning omtolkats till en femgradig skala. På fråga 5 samt fråga 6 som båda berör postoperativ smärtupplevelse har en hög siffra inneburit mycket smärta/problem med smärta. För att enklare kunna jämföra dessa frågor med övriga och för att vid korrelationstest skulle ge direkt relation och positiv korrelation har de vänts så att 5 blivit positivt (det vill säga ingen smärta) och 1 har fått ett negativt värde (värsta tänkbara smärta/mycket problem med smärta) (Warner, 2010). På samma vis som för fråga 1 – fråga 4, sammanräknades fråga 5 – fråga 6 för varje respondent. Det högsta möjliga värdet blev därmed 10 som innebar att respondenten inte har haft problem med smärta och minimum blev 2 som betydde att respondenten upplever smärtan postoperativt som ett stort problem.

För att se om det fanns en samvariation mellan preoperativ information samt upplevd postoperativ smärta har ett *Spearman rho* utförts genom att ställa varje respondents totala upplevelse av preoperativ information (fråga 1-fråga 4) mot summan av postoperativ smärta (fråga 5-fråga 6). Korrelationskoefficient 0,0-0,25 tolkas som svag eller ingen relation, 0,26-0,5 tolkas som god, 0,51-0,75 tolkas som måttligt stark och 0,75-1 som mycket stark korrelation (Parahoo, 2006).

Etisk avvägning

Tillstånd att utföra undersökningen erhöles av de aktuella verksamhetscheferna på akutkliniken samt på kirurgiska kliniken, Skånes universitetssjukhus. Informationsbrev med medgivandeblanketter skickades till berörda chefer (bilaga 3). Rådgivande yttrande söktes hos Vårdvetenskapliga etiknämnden [VEN] under våren 2013 vilket tillstryktes 2013-01-31, diarienummer VEN 11-13.

För att tillgodose konfidentialitetskravet förvarades allt material under tiden för studien så att endast berörda personer hade tillgång till det (Vetenskapsrådet, 2002). Författarna samlade dessutom in alla enkäterna själva utan att personal på avdelningarna tog del av enkätsvaren för att hålla patienternas svar så anonyma som möjligt för oberörda personer. Respondenterna fick i enlighet med Lagen om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460) före deltagande i studien muntlig samt skriftlig (bilaga 4) information om studiens syfte och metod av skribenterna. De fick god tid på sig att läsa igenom informationsbrevet och överväga sin medverkan i studien. Informationskravet som innebär att patienterna skall få information om vad undersökningen handlar om och varför det är viktigt att studien genomförs ur en forskningssynpunkt blev därmed tillgodosett (Vetenskapsrådet, 2002). För att uppfylla samtyckeskravet förklarade författarna även för patienterna att de utan några påföljder eller följdfrågor när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan i studien (a.a.). Kontaktuppgifter till författarna samt till handledare för studien överlämnades till alla respondenter för möjlighet att när som helst kontakta för eventuella frågor. För att nyttjandekravet skulle uppnås har enkäterna endast använts till det som de varit avsedda (Vetenskapsrådet, 2002). Enkäterna kommer inte att nyttjas för andra ändamål och respondenternas medverkan i studien har inte påverkat deras vård (a.a.).

Resultat

Urvalsgrupp

Under tiden för datainsamling fanns 99 allmänkirurgipatienter på de aktuella avdelningarna. Av dessa var 16 inte möjliga att inkludera i studien eftersom de inte föll inom

inklusionskriterierna (till exempel inte talade svenska, av etiska skäl eller var för sjuka). Av de 85 patienter som tillfrågades var bortfallet två som inte ville delta. I enkäterna fanns inget internt bortfall. Andelen respondenterna som var kvinnor var 69,9 %. Medelåldern på patienterna var 54,1 (SD: 18,56) år. Den yngsta deltagaren var 18 år och den äldsta var 85 år gammal. Av alla respondenterna opererades 68,7 % elektivt (se tabell 1).

Tabell 1. Demografisk beskrivning av urvalsgrupp

	Frekvens	Procent	Antal	Medelvärde (SD)
Kön (kvinna/ man)	58/25	69,9/30,1	83	
Ålder (<55 år / >55 år)	41/42	49,4/ 50,6	83	54,1 (18,56)
Typ av operation (elektiv/ akut)	57/26	68,7/31,3	83	

De vanligaste ingreppen som patienterna i urvalsgruppen genomgick var för elektiva operationer thyreoidektomi (21,7 % av alla operationer) och för akuta operationer appendektomi (16,9 % av alla operationer) (se tabell 2).

Tabell 2. Typ av operation

Operation	Elektiv antal (procent)	Akut antal (procent)
Thyreoidektomi	18 (21,7)	
Appendektomi	1 (1,2)	14 (16,9)
Kolecystektomi	4 (4,8)	9 (10,8)
Mastektomi	13 (15,7)	
Lymfkörtelutrymning	5 (6,0)	
Whipple	4 (4,8)	
Tumörresektion tarm	4 (4,8)	
Leverresektion	3 (3,6)	
Esofagus stent	2 (2,4)	
Ileus		2 (2,4)
Övrigt (En person per operation)	3 (3,6)	1 (1,2)
Totalt	57 (68,7)	26 (31,3)

Tillfredsställelse med preoperativ information och upplevd postoperativ smärta

Resultatet av hur nöjda patienterna var med den preoperativa informationen om smärta och smärtbehandling visade att en större del av patienterna upplever en högre grad av tillfredsställelse av information om smärta (68,7 %) än om smärtbehandlingsalternativ (45,8 %). Av respondenterna höll ett fåtal patienter (19,3 %) med om att de kunde påverka sin smärtbehandling. Av alla patienter uppgav merparten (86,7 %) att de var nöjda med given smärtbehandling och majoriteten av respondenterna (60,2 %) graderade att den postoperativa smärtan inte var ett stort problem (se tabell 3).

Tabell 3. Patienters svar på enkäten besvarades genom en femgradig likertskala där 1. Håller absolut inte med, 2. Håller inte med, 3. Håller varken med eller emot, 4. Håller med, 5. Håller fullständigt med. Undantag fråga 5 som är tiogradig vasskala där 1. Ingen smärta alls, 10. Värsta tänkbara smärta. Svartalternativ 1-3 har tolkats som håller inte med, 4-5 tolkas som håller med om påståendet. Håller inte med/håller med anges som % av respondenterna

Enkätfråga	Median (IQR)	Medelvärde (SD)	Håller inte med/ håller med	Antal svar
Fråga 1: Jag fick före min operation tillräckligt med information angående smärta jag kunde uppleva efter operationen av vårdpersonal	4 (3-5)	3,82 (1,28)	31,3/ 68,7	83
Fråga 2: Jag fick före min operation tillräckligt med information om olika alternativ till att behandla eventuell smärta efter mitt ingrepp	3 (1-4)	3,05 (1,50)	54,2/ 45,8	83
Fråga 3: Jag hade före operationen en chans att uttrycka önskemål gällande kommande smärtbehandling	2 (1-3)	2,13 (1,37)	80,7/ 19,3	83
Fråga 4: Jag fick tid att diskutera frågor och orosmoment jag hade före min operation	5 (4-5)	4,39 (1,03)	13,3/ 86,7	83
Fråga 5: Den värsta smärta jag upplevt sedan min operation har varit (VAS)	4 (3-7)	4,89 (2,43)		83
Fråga 6: Jag upplever att smärtan efter operationen är ett stort problem	2 (2-4)	2,63 (1,34)	60,2 / 39,8	83
Fråga 7: Jag upplever att jag blir lyssnad på och bemött med respekt	5 (5-5)	4,72 (0,59)	4,8/ 95,2	83
Fråga 8: Jag är nöjd med den smärtbehandling jag får/fått efter min operation	5 (4-5)	4,47 (1,02)	13,3/ 86,7	83

Preoperativ informations samvariation med postoperativ smärta

Summering av den preoperativa informationen och delaktighet hos varje enskild patient (fråga 1-fråga 4) visade på medianen 14 (IQR: 10-16) av maximalt 20 poäng. Den sammanlagda postoperativa smärtan (fråga 5 – fråga 6) hos respondenterna gav medianen 7 (IQR: 5-8) av maximalt 10 poäng. Korrelationen mellan preoperativ information och delaktighet samt upplevd problematik med postoperativ smärta visade för elektiva operationer god korrelation ($r: 0,322$, $p: 0,015$). Ingen korrelation kunde påvisas avseende akuta operationer (se tabell 4).

Tabell 4. Samvariation mellan den preoperativa informationen och upplevd postoperativ smärta

	Elektiv operation (n: 57)	Akut operation (n:26)
Preoperativ informations samvariation med postoperativ smärta	p- värde: 0,015 ^{a)} r: 0,322 ^{b)}	p- värde: 0,784 r: 0,057

Spearman rho, r = korrelationskoefficient. ^{a)} = $p \leq 0,05$, ^{b)} = god korrelation

Skillnader mellan grupper

Kön

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män avseende hur de graderade sin tillfredsställelse av den preoperativa informationen om smärta, sin delaktighet i kommande smärtbehandling, upplevd postoperativ smärta eller hur nöjda de var med sin postoperativa smärtbehandling (se tabell 5).

Tabell 5. Jämförelse mellan kvinnor och män. Nöjd är de som graderat 4 eller 5 på enkätfrågorna

	Kvinna (n:58) håller med (%)	Man (n: 25) håller med (%)	p-värde
1 Tillräcklig information angående smärta efter operationen	65,5	76,0	0,443
3 Chans att uttrycka önskemål	17,2	24,0	0,548
6 Smärta efter operationen är inte ett stort problem	63,8	52,0	0,338
8 Nöjd med smärtbehandling	86,2	88,0	1,000

Chi 2 test eller Fisher's Exact test

Totalsumman av varje patients svar på samtliga frågor som rörde preoperativ information skilde sig inte signifikant (Mann-Whitney U-test p : 0,815) mellan kvinna (Md: 14, IQR: 10-16) och man (Md: 14, IQR: 10-16,5). Vid summering av fråga 5 och fråga 6 sågs ingen signifikant skillnad (Mann-Whitney U-test p : 0,888) mellan kvinnor (Md: 7,5, IQR:5-8) och män (Md: 7, IQR: 4,5-8).

Ålder

I jämförelsen mellan patienter under 55 år och över 55 år sågs en signifikant skillnad (9,8 % vs 28,6 %, p : 0,049) i påståendet rörande om respondenterna känt att de kunde uttrycka önskemål om sin smärtbehandling där äldre var mer nöjda än yngre. Ingen signifikant skillnad fanns i frågorna om respondenterna fått tillräcklig information om smärta, upplevd postoperativ smärta eller hur nöjda de graderade att de var med sin postoperativa smärtbehandling (se tabell 6).

Tabell 6. Jämförelse mellan patienter <55 och >55 år. Nöjd är de som graderat 4 eller 5 på enkätfrågorna

	Yngre (n: 41) håller med (%)	Äldre (n: 42) håller med (%)	p-värde
1 Tillräcklig information angående smärta efter operationen	63,4	73,8	0,350
3 Chans att uttrycka önskemål	9,8	28,6	0,049 *
6 Smärta efter operationen är inte ett stort problem	56,1	64,3	0,505
8 Nöjd med smärtbehandling	80,5	92,9	0,116

*Chi 2 test eller Fisher's Exact test, * = $p \leq 0,05$*

Den sammanlagda summan för frågorna 1-4 som berörde preoperativ information skilde sig inte signifikant (Mann-Whitney U-test p : 0,405) mellan yngre (Md: 14, IQR: 10-16) och äldre (Md: 14, IQR: 10-17,25). Ingen signifikant skillnad (Mann-Whitney U-test p : 0,579) sågs heller vid summering av fråga 5 och fråga 6 mellan de som var under 55 år (Md: 7, IQR: 5-8) och över 55 år gamla (Md: 8, IQR: 5-8).

Operationstyp

Signifikanta skillnader sågs mellan patienter som opererats elektivt och akut både avseende preoperativ information om smärta (78,9 % vs 46,2 %, p : 0,005) samt delaktighet i sin smärtbehandling (26,3 % vs 3,8 %, p : 0,017) där elektivt opererade patienter i större grad var

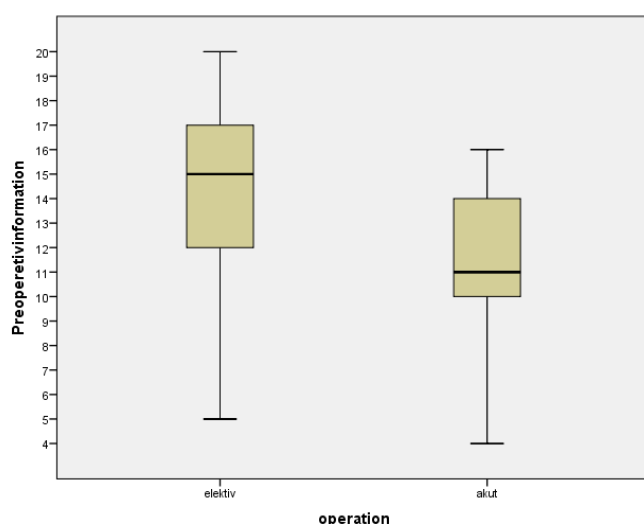
nöjda. Gällande graden av problem med postoperativ smärta samt skattning av hur nöjda patienterna var med sin smärtbehandling efter operationen fanns inga signifikanta skillnader (se tabell 7).

Tabell 7. Jämförelse mellan patienter som opererats elektivt och akut. Nöjd är de som graderat 4 eller 5 på enkätfrågorna

	Elektiv (n:57) håller med (%)	Akut (n:26) håller med (%)	p-värde
1 Tillräcklig information angående smärta efter operationen	78,9	46,2	0,005*
3 Chans att uttrycka önskemål	26,3	3,8	0,017*
6 Smärta efter operationen är inte ett stort problem	64,9	50,0	0,232
8 Nöjd med smärtbehandling	91,2	76,9	0,090

Chi 2 test eller Fisher's Exact test, * = $p \leq 0,05$

Mellan patienter som opererats elektivt (Md: 15, IQR: 11,5-17,5) och akut (Md: 10,5, IQR: 9,75-14) sågs en signifikant skillnad (Mann-Whitney U-test p : 0,001) gällande den totala summan av den preoperativa informationen (summering av fråga 1-fråga 4) (se figur 1). Vid sammanslagning av postoperativ smärta (fråga 5-fråga 6) fanns ingen signifikant skillnad (Mann-Whitney U-test p : 0,089) mellan elektiva (Md: 8, IQR: 5-8,5) och akuta (Md:6, IQR: 4-8) operationer.



Figur 1. Skillnader i totalsumman av fråga 1-fråga 4 mellan operationstyp

Skriftliga kommentarer från patienter

Av de patienter som opererats akut uppgav 15 att de hade mer ont före sin operation än efter. En del av respondenterna (9 av 83) skrev att de inte hade ett behov av att vara delaktiga då de upplevde att de litade på vårdpersonal. Fyra av patienterna menade på att vårdpersonal var för stressad och hade inte tid att lyssna. Att få otillräcklig smärtlindring var även ett ämne som två respondenter belyste. Vissa patienter menade på att de upplevt att de fått för lite information om praktiska detaljer såsom operationsteknik samt varför vissa preoperativa undersökningar gjordes eller blodprover togs. Att inte vara välinformerad kunde oroa patienter samt anhöriga. En av dessa patienter upplevde dessutom att det var svårt att komma i kontakt med sjuksköterska preoperativt för att få svar på frågor. En respondent uppgav att den preoperativa informationen om smärta var otillräcklig och sökte svar på egen hand. Tre av de elektiva patienterna uppgav att de endast fick muntlig information. Två patienter som redan före operationen visste om att de hade en överkänslighet mot något analgetikum tog själva upp detta för diskussion och kände sig därför delaktig.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Studien har utformats som en deskriptiv kvantitativ studie samt som en jämförelsestudie. Enligt Parahoo (2006) är det inte ovanligt att forskare kombinerar dessa två. Metoden anses vara lämplig eftersom författarna önskade undersöka både patienters tillfredsställelse med information preoperativt, göra jämförelser mellan grupper samt se om det fanns ett samband mellan preoperativ information och postoperativ smärta.

Urval

Av de 99 patienter som fanns tillgängliga svarade 83 på enkäten. Av de som exkluderades valde författarna att inte tillfråga 14 stycken eftersom de inte föll inom inklusionskriterierna och två respondenter ville inte delta. Av de tillfrågade blev det därmed en tillfredsställande svarsfrekvens på 97,6 %. Det fanns inget internt bortfall vilket i kombination med den höga svarsfrekvensen medför hög validitet (Williams, 2003). Däremot kan resultatet inte generaliseras och ses som representativt för alla allmänkirurgipatienter.

Patienterna som medverkade i studien hade genomgått olika allmänkirurgiska ingrepp vilket innebar att det inom gruppen fanns stora skillnader mellan vilka operationstekniker som använts, vilka operationer som genomförts samt vilka smärtlindringsmetoder som nyttjats. Det är ett känt faktum att olika ingrepp gör mer eller mindre ont och är en känd faktor för upplevelsen av postoperativ smärta. Eventuellt hade ett tydligare samband mellan preoperativ information och postoperativ smärta kunnat utläsas om endast en operationstyp studerats. Hade en sådan studie utförts hade antalet enkätsvar varit betydligt färre på grund av tidsbrist. Dessutom anser författarna att oavsett operationstyp eller ingrepp skall alla patienter få tillräckligt med information och känna sig delaktiga. Möjligen hade resultatet påverkats om andra operationstyper, såsom exempelvis ortopedi eller neurokirurgi inkluderats i studien. Dock fanns inte utrymme för detta eftersom studiens omfattning behövde begränsas för att möjliggöra genomförandet. En jämförelse mellan olika operationstyper hade varit ett bra komplement till denna studie.

Majoriteten av alla medverkande i studien var kvinnor. Likaså var merparten av operationerna elektiva. Grupperna män (n: 25) samt akuta operationer (n: 26) var därmed underrepresenterade. Ett annat urvalsförhållande hade kanske varit förtjänstfullt där författarna hade kunnat använda sig av ett stratifierat urval för att få jämnstora grupper (Parahoo, 2006).

Det faktum att de patienter som ansågs för sjuka eller mår dåligt för psykiskt dåligt efter operationen för att medverka i studien exkluderats kan ha påverkat resultatet. Patienterna exkluderades eftersom författarna inte ville belasta dessa patienter ytterligare eller störa i deras återhämtning. Eventuellt kan detta ha resulterat i bortfall av missnöjda individer. I bakgrunden till denna studie beskrivs att tidigare forskning visat på att individer som inte fått god preoperativ omvårdnad och information ofta mår sämre postoperativt. Dock skall det poängteras att denna grupp (n: 12) var liten.

Instrument

För studien valdes enkät vilket är ett bra redskap för datainsamling vid kvantitativa studier eftersom det är tidsbesparande och kan ges till en stor population (Williams, 2003).

Eventuellt hade syftet till denna studie kunnat besvaras med hjälp av kvalitativa intervjuer eller observationer. Alternativt hade frågorna kring den preoperativa informationen kunnat utvecklas. Exempelvis kunde författarna ha omformulerat fråga 1 och fråga 2 till att beskriva mer om vilken information patienterna fått såsom ”har du fått tillräckligt med information om VAS/ hur du på egen hand kan behandla din smärta/ konsekvenser av postoperativ smärta?” Författarna anser dock att den använda enkäten är bättre lämpad eftersom syftet med studien inte var att undersöka vilken information som ges utan att utröna om patienten är tillfredsställd med informationen och anser att den var tillräcklig. Hade intervjuer, observationer eller mer omfattande frågor på enkäten ställts finns en risk att författarna hade tolkat in sin egen erfarenhet och kunskap om vad som skall eller bör ingå i preoperativ information. Dessutom finns det på anestesikliniken på Skånes universitetssjukhus i Lund inga riktlinjer eller PM om vad som skall ingå, vilket hade gjort det svårt att motivera en sådan studie. Författarna ville även att enkäten skulle vara kort och ta max tio minuter att fylla i eftersom en för omfattande enkät ansågs vara för påfrestande för vald urvalsgrupp att besvara. En liknande studie med kvalitativ ansats hade varit betydelsefull att ha som komplement till resultatet av denna studie samt för att utveckla vad patienterna får för information samt vilken information de vill ha.

För att en kvantitativ ansats skall kunna användas för att mäta humana begrepp såsom smärta eller attityder, vilka är subjektiva upplevelser, använde sig författarna av likertskala som är en bra metod för att undersöka just detta (Parahoo, 2006). Likertskala som är en form av slutna frågor är lättare att koda och går fortare för respondenterna att fylla i (Williams, 2003). Fyra av åtta frågor i enkäten är direkt hämtade från en redan befintlig och validerad enkät. För att stärka validiteten och reliabiliteten utfördes i samband med utformningen av enkäten diskussion i fokusgrupp, pilotstudier och samtal med patienter samt test – re-test. Mer omfattande och ytterligare reliabilitets- och validitetstester hade varit önskvärt för att ytterligare stärka instrumentet.

Enkätstudier begränsar i stor utsträckning respondenternas chans att förklara hur de menar eller känner (Williams, 2003). Därför fanns sist i enkäten ett par rader där övriga tankar eller funderingar kunde skrivas.

Datainsamling

Eftersom författarna själva frågat om medgivande och sedan delat ut enkäterna till respondenterna kan svarsfrekvensen antas vara högre än om personal på avdelningen hade ombetts dela ut och samla in enkäterna. Konfidentialiteten stärktes eftersom behandlande personal på avdelningen därmed inte tog del av enkätsvaren.

Det faktum att information om studien samt förfrågan om deltagande gjordes efter operationen och inte före var för att undvika den så kallade Hawthorneffekten vilket innebär att respondenter påverkas och agerar annorlunda i situationer när de vet att de ingår i en studie (Parahoo, 2006).

Enkäten besvarades av respondenterna dagen efter operation. Möjligtvis hade det för vissa av patienterna varit önskvärt att fylla i enkäten två eller tre dagar efter operationen eftersom många var trötta just dagen efter. Att välja att göra studien senare hade medfört stort bortfall eftersom många patienter skrevs ut från sjukhuset redan dagen efter operation. Att utvidga inklusionskriterierna till att inkludera flera dagar postoperativt hade inneburit svårigheter för författarna att hålla isär vilka patienter som svarat på enkäten eller inte och hade kunnat resultera i bortfall. Ett test – re-test utfördes på enkäten innan studien påbörjades för att se lämpligheten i att utföra den en dag efter operation. Resultatet av detta var tillfredsställande.

Författarna satt med och hjälpte vid behov respondenterna att fylla i enkäten vilket stärker validiteten på resultatet och minskar det interna bortfallet. Smärta är ett stort och subjektivt begrepp som kan vara svårt att tolka. Vissa patienter kan eventuellt ha tolkat in sitt välmående eller illamående i begreppet smärta. Genom att sitta med kunde författarna hjälpa till att förklara/leda respondenterna till att förstå det som enkäten avsåg att mäta. Det hade dock varit önskvärt att kunna utföra enkätinsamlingen i enskilda rum. Merparten av de som medverkade i studien önskade att författarna läste frågorna för dem och svarade sedan muntligt. Konfidentialiteten samt anonymitet garanterades därmed inte eftersom många respondenter delade rum med andra patienter.

Databearbetning

Eftersom populationen inte var normalfördelad valdes ickeparametriska tester (Svensson, 2005; Jakobsson, 2004b). Vid ordinalskalor bör median användas som centralmått och

kvartiler för spridningsmått (a.a.). Vid redovisningen av enkätsvaren har författarna även valt att använda medelvärde och standardavvikelse som mått för att i efterhand kunna jämföra resultatet med den artikel som författarna utgick ifrån när enkäten framställdes.

Författarna gjorde tolkningen att svarsalternativen 1. *Håller absolut inte med*, 2. *Håller inte med* samt 3. *Håller varken med eller emot* innebar att respondenterna inte var tillfredsställda/nöjda. Svarsalternativ 4. *Håller med* samt 5. *Håller fullständigt med* fick innebörden att patienterna var tillfredsställda/nöjda. Eventuellt hade resultatet påverkats om en annan tolkning gjorts eller om dessa inte slagits samman. Dock hade detta lett till att redovisningarna blivit mycket långa och resultatet svårtolkat.

För att få en uppfattning av hur nöjda patienterna var med den preoperativa informationen slogs fråga 1- fråga 4 samman till ett totalvärde. På liknande sätt slogs fråga 5- fråga 6 samman för att få ett värde på patienternas totala upplevda postoperativa smärta. Att summera ordinalskalor har sina brister då dessa är menade till att användas som koder och inte som matematiska tal (Svensson, 2005; Jakobsson, 2004b). Det är dock ett mycket vanligt förekommande fenomen inom forskning (a.a.).

Vid jämförelser av enskilda frågor i enkäten mellan olika grupper (kön, ålder eller typ av operation) gjordes en sammanslagning av svarsalternativen från ordinalskalenivå till nominalskala enligt ovan. Författarna valde att göra så på grund av att grupperna var för små och det därmed blev för få respondenter som svarade på varje alternativ för att en skillnad skulle kunna utläsas. Vid denna typ av jämförelse mellan grupper gjordes Chi 2 test eller där det var lämpligt Fishers Exact test. Metoderna är bra lämpade vid jämförelser på nominalnivå (Warner, 2010). När istället olika grupper ställdes mot ordinalskalor, det vill säga vid sammanslagning av fråga 1-fråga 4 samt fråga 5-fråga 6, användes Mann-Whitney U-test. Enligt Jakobsson (2004b) är denna metod bra vid denna typ av jämförelser. Värt att nämna är att författarna vid gruppjämförelser mellan kön och ålder inte tagit hänsyn till om patienterna opererats elektivt eller akut. Eftersom det normala vårdförloppet preoperativt ser annorlunda ut mellan operationstyperna kan detta ha påverkat resultatet.

För att fastställa om det fanns en korrelation mellan preoperativ information och upplevd postoperativ smärta valde författarna att undersöka elektiva och akuta operationer var för sig.

Skribenterna gjorde detta eftersom det fanns signifikanta skillnader mellan hur dessa grupper upplevt den preoperativa informationen. Samma skillnader fanns inte mellan könen eller mellan yngre och äldre och dessa analyserades därför inte var för sig.

Spearman rho ansågs vara lämpligt att använda eftersom det är ett ickeparametriskt test som är användbart när en eller båda variablerna är av ordinalskaletyp och/eller populationen är icke normalfördelad (Warner, 2010).

Diskussion av framtaget resultat

Tillfredsställelse med preoperativ information och upplevd postoperativ smärta

Merparten av respondenterna var nöjda med information om smärta och upplevde att de fick svar på sina frågor och orosmoment före operationen. Däremot graderade cirka hälften av patienterna att de inte fick tillräckligt med information om olika smärtbehandlingsalternativ och 80,7 % (medelvärde 2,13; SD 1,37) upplevde att de inte hade en chans att uttrycka önskemål i sin kommande smärtbehandling. Patienterna i föreliggande studie skattade sin delaktighet och grad av information om smärtbehandlingsalternativ lägre än vad respondenterna i Niemi- Murola, et al. (2007) studie där cirka 60 % av patienterna var nöjda med den preoperativa informationen om smärtbehandling medan medelvärdet på frågan kring delaktighet var 3,0 (SD 1,28) (a.a.). Idvall, et al. (2008) beskrev att patienterna var missnöjda med den information de fått före operation angående smärta och att de inte hade fått svar på frågor de hade. Patienterna i studien berättade att de fick finna svaret på sina frågor på annat håll, exempelvis via internet eller bekanta (a.a.). Bristande information är något som belysts av respondenter under övriga tankar och funderingar även i föreliggande studie.

Vissa av patienterna i nuvarande studie uppgav att de litade på vårdpersonalens kunskap och inte önskade vara mer delaktiga i de beslut som fattades kring deras smärtbehandling. Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) samt det förslag som Statens offentliga utredningar har för Patientlagen (SOU, 2013:2) fastställer att patienter skall vara delaktiga i sin vård och vården skall utgå från patientens individuella önskemål. Enligt Patientlagen (SOU, 2013:2) 5 kapitlet 1 § ska patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet. Levinson, Kao, Kuby och Thisted (2005) beskriver att cirka hälften av patienterna valde att lägga beslut rörande deras hälsa i vårdpersonalens händer och ville inte själva vara delaktiga i att fatta beslut kring sin vård.

Även om detta kan tolkas som att delaktighet är något som inte är högprioriterat hos patienterna tyder tidigare forskning på att en delaktig och välinformerad patient har mindre ångest preoperativt, lugnare uppvaknande efter sin operation och upplever mindre postoperativ smärta (Blay & Donoghue, 2004; Kastanias et al., 2009; Sjöling et al., 2003; Taylor & Stanbury, 2009).

I föreliggande studie uppgav 39,8 % av patienterna att den postoperativa smärtan var ett stort problem. Trots detta menade 86,7 % (medelvärde 4,47; SD 1,02) att de var nöjda med den smärtbehandling som de fått efter sin operation. Liknande siffror kunde ses i Niemi-Murola, et al (2007) studie där medelvärdet för hur nöjda patienterna var med sin smärtbehandling var 4,17 (SD 1,13). Författarna till nuvarande studie tror att detta kan bero på en rad faktorer. På grund av att smärta är subjektivt kan omständigheter som att bli sedd och lyssnad på ha stor betydelse för hur individer upplever sin totala smärtupplevelse. I föreliggande studie angav 95,2 % av respondenterna att de blev lyssnade på och bemötta med respekt. Resultatet styrker det som framkom i Niemi-Murola, et al. (2007) studie där respondenterna på samma fråga fick medelvärde 4,35 (SD 1,13). Sambandet att patienter upplever smärta som ett problem, men är trots detta nöjda med sin smärtbehandling är något som även diskuterats i tidigare forskning.

Idvall, et al. (2008) beskrev i sin studie hur patienter såg vårdpersonal som experter gällande deras smärtbehandling vilket ofta ledde till att de inte ifrågasatte personal och var väldigt lyhörda till deras åsikter. I artikeln framkom att patienterna kände stolthet och mådde bättre när vårdpersonal uppmuntrade dem och lyssnade på vad de hade att säga. De förklarade även att om motsatsen skedde, alltså att de blev misstrodda eller om deras smärta inte togs på allvar så hade det en negativ inverkan på patientens smärtupplevelse. Således är vårdpersonalens attityd och uppmärksamhet kring patienten en viktig del i att behandla smärta (a.a.). I Svensson, et al. (2001) studie uppgav 81 % av patienterna att det var nöjda eller mycket nöjda med den vård de fick avseende smärta. Endast 8 % sa att de var missnöjda med vården (a.a.). Det som diskuterats är hur detta kan vara fallet när så många av patienterna trots allt upplevde kraftig smärta efter sin operation. I Svensson, et al. (2001) artikel kom det fram att 90 % av patienterna var beredda på att de skulle uppleva kraftig smärta och blev därför inte förvånade när detta inträffade. I en svensk undersökning förklarades fenomenet genom att patienter tenderade att ge en generell utvärdering över hela sjukhusvistelsen istället för att fokusera på

enskilda tillfällen eller faktorer (Idvall et al., 2008). Argumenten tillsammans med bristande kunskap hos både personal och patienter kring smärtbehandling kan vara faktorer som gör att patienterna tror att smärta är något som skall ”komma på köpet” i samband med operation (Niemi-Murola et al., 2007).

Spridningen på hur patienter uppskattade sin värsta smärta efter operation varierade kraftigt (IQR: 3-7). Resultatet kan bero på att författarna valt en urvalsgrupp som genomfört olika typer av ingrepp med skiftande smärtlindringsalternativ. Av deltagarna i föreliggande studie svarade 75 % att de hade 3 eller över i VAS (se tabell 3). Enligt Neimi- Murola et al. (2007) skall patienter som skattar sin smärta över 3 i VAS erhålla analgetika.

Att så många som cirka 40 % upplevde den postoperativa smärtan som ett stort problem och 75 % av respondenterna skattade 3 eller över på VAS kan bero på olika faktorer. En bidragande orsak som tidigare nämnts i litteraturen som barriär för smärtlindring kan vara att personal inte fått tillräckligt med utbildning kring detta (Idvall et al., 2001; Warrén-Stomberg et al., 2003). Enligt tidigare forskning har vårdpersonal en tendens att underskatta och underbehandla patienternas smärta (Taylor & Stansbury, 2009).

Preoperativ informations samvariation med postoperativ smärta

I nuvarande studie sågs god korrelation i sambandet mellan hur patienterna skattade preoperativ information och upplevde postoperativ smärta för elektiva operationer. För patienter som opererats akut kunde däremot ingen korrelation ses.

Flertalet artiklar har tidigare diskuterat hur preoperativ information genom ökad delaktighet resulterat i mindre ångest (Haljamäe & Warrén-Stomberg, 2003; Taylor & Stanbury, 2009; Warrén-Stomberg et al., 2003). Mindre preoperativ ångest och oro leder i sin tur till mindre postoperativ smärta (Oshodi, 2007; Taylor & Stanbury, 2009). I en svensk jämförelsestudie hittades ett samband för hur patienter som erhöll individanpassad preoperativ information upplevde mindre ångest före operationen, mindre smärta efter och var mer nöjda med den postoperativa smärtbehandlingen (Sjöling et al., 2003).

Varför det inte sågs en korrelation mellan den preoperativa informationens samvariation med den postoperativa smärtan hos de akut opererade (som graderade sin preoperativa information lägre än de som opererats elektivt) kan eventuellt förklaras med att majoriteten av dessa

patienter upplevde sin smärta före operationen som kraftigare än den postoperativa och har därmed graderat smärtan som lägre än vad den egentligen var.

Skillnader mellan grupper

Kön

Vid jämförelser mellan kvinnor och män sågs inga signifikanta skillnader. Dock var det färre kvinnor som var nöjda med den preoperativa informationen och kände sig delaktiga i sin smärtbehandling än män och det var fler kvinnor som upplevde att den postoperativa smärtan var ett stort problem. Enligt Levinson, et al. (2005) var kvinnor mer angelägna att vara delaktiga i sin vård än män. Flertalet studier visade även att kvinnor upplevde mer smärta postoperativt (Apfelbaum et al., 2003; Idvall et al., 2002; Janssen et al., 2008; Kehlet et al., 2006; Warrén-Stomberg et al., 2003). Dessutom menar Apfelbaum, et al. (2003) att kvinnor var mer rädda för att ha ont postoperativt. Författarna till föreliggande studie tror att mer ångest och rädsla samt upplevelsen av ett större informationsbehov preoperativt kan leda till ökad postoperativ smärta. Det är därför viktigt att vårdpersonal tillgodoser individanpassad vård preoperativt. I tidigare forskning som studerat riskfaktorer och utvecklat preoperativa bedömningsinstrument för postoperativ smärta har kvinnligt kön setts som en indikator (Janssen et al., 2008; Kalkman et al., 2003).

Ålder

I föreliggande studie framkom det att de yngre patienterna kände sig mindre delaktiga. I övrigt sågs inga signifikanta skillnader. Dock var yngre patienter i mindre utsträckning nöjda med den preoperativa information och sin postoperativa smärtbehandling samt graderade den postoperativa smärtan som ett större problem än de över 55 år. Yngre individer har visats ha ett större behov av att känna sig delaktiga i sin behandling (Levinson et al., 2005). Precis som för kvinnligt kön har ung ålder i tidigare litteratur framlyfts som en riskfaktor för postoperativ smärta (Janssen et al., 2008; Kalkman et al., 2003). Varför yngre upplever smärta annorlunda än äldre kan bero på fysiska naturliga åldersförändringar och skillnader i psykologiska erfarenheter (Rotboll Nielsen et al., 2007). Författarna till nuvarande studie tror att resultatet kan bero på dels det som nämnts, men även andra faktorer. I jämförelser mellan grupperna har hänsyn inte tagits till om patienterna opererats elektivt eller akut. Om den bakomliggande faktorn var operationstyp blev resultatet avseende åldersgruppering missvisande.

Operationstyp

Mellan patienter som opererats elektivt och akut sågs signifikant skillnad både i avseende hur patienterna graderade sin tillfredsställelse av smärtinformation preoperativt samt möjligheten att påverka sin vård. Av de patienter som opererats akut svarade endast 3,8 % att de kände att de hade en chans att uttrycka önskemål om sin smärtbehandling. Resultatet är anmärkningsvärt eftersom Statens offentliga utredningar i januari 2013 utkom med ett förslag på ny patientlag (SOU, 2013:2) där ökad delaktighet var ett av de områden som stod i fokus. Författarna förmodar att den stora skillnaden mellan dessa grupper kan förklaras med att de elektiva patienterna som rutin kommer till sjukhuset och får information ett par veckor innan sin operation. För de som opereras akut finns inga klara rutiner för när och av vem som informationen skall ges. Enligt Region Skånes riktlinjer (som var giltiga till och med 2008) för perioerativ smärtbehandling så skall smärtbehandling ordinerars vid den preoperativa bedömningen (Region Skåne, 2006). Det finns dock inga klara riktlinjer som styr vem som skall ge information om smärta till patienterna. Författarna tror att om det inte finns klart definierat vems ansvar det är att utföra ett specifikt moment, exempelvis informera om smärta, så är det troligt att dessa uppgifter inte utförs. Av författarnas erfarenhet kring de patienter som de mötte under tiden för datainsamling hade flera av de som opererats akut fått vänta på sin operation i flera dagar. Med andra ord så kan inte tidsbrist i alla fall förklara varför patienterna inte fått information eller kände sig delaktiga.

Det fanns inga signifikanta skillnader i hur patienterna i de olika grupperna graderade den postoperativa smärtan som ett stort problem eller hur nöjda de var med sin smärtbehandling. Däremot sågs att de patienter som opererats akut i större utsträckning upplevde besvär med den postoperativa smärtan och att de i mindre grad var nöjda med smärtbehandlingen.

Tidigare forskning har visat på att patienter som inte har fått individanpassad och tillräcklig preoperativ information samt inte kände sig delaktiga hade ökad risk att utveckla kraftigare smärta postoperativt och upplevde därmed inte att smärtmedicineringen varit adekvat (Oshodi, 2007; Taylor & Stanbury, 2009). I föreliggande studie sågs inga signifikanta skillnader kring detta, men tendenser fanns.

Konklusion och Implikationer

Syftet med studien var att beskriva patienters tillfredsställelse med preoperativ information och sin delaktighet samt upplevd postoperativ smärta. Resultatet tyder på att patienter generellt tycks vara nöjda med information de erhåller om smärta, men är mindre tillfredställda med informationen om smärtlindringsalternativ. Så många som 80 % av respondenterna uppgav att de inte kände sig delaktiga i sin smärtbehandling. Av respondenterna upplevde 40 % att den postoperativa smärtan var ett stort problem. Idag finns inga tydliga riktlinjer eller rutiner i Region Skåne om vem som skall ge information, vad som skall ingå eller när den skall ges. För att förbättra detta förespråkar författarna att implementera klara riktlinjer gällande preoperativ bedömning och information samt postoperativ smärtlindring och att utbilda personal inom detta ämne. För att få en djupare förståelse för vad patienter önskar veta eller hur delaktiga de önskar vara bör andra studier inom detta ämne utföras. Det hade även varit av intresse att intervjua personal inom olika yrkeskategorier och få deras syn på vad de tycker att patienter bör veta innan sin operation, vem som bör informera samt om det finns kunskapsluckor hos personalen som behöver fyllas.

Referenser

- Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta, S.S. & Gan, T.J. (2003). Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesthesian Analgesia*. 97.534-540.
- Blay, N. & Donoghue, J. (2004). The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 22(4). 14-19.
- Boni, F. (2010). Pain Management after Major Surgery. I A. Kopf & N. B. Patel. *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings*. Seattle: IASP.
- Chung, F., Ritchie, E. & Su, J. (1997). Postoperative Pain in Ambulatory Surgery. *International Anesthesia Research Society*.85. 808-816.
- Eisenberg, E., Friction, J.R., Giamberardino, M.A., Goh, C.R., Jaded, A.R., Lipkowski, A.W., MvGrath, P.A., Sharify, M., Sjolund, B.H., Smith, M.T. & Wittink., H.M. (2008). Gender Differences in Responses to Medication and Side Effects of Medication. *International Association for the Study of Pain*. 16(5). 1-6.
- Haljamäe, H. & Warrén-Stomberg, M. (2003). Postoperative pain management – clinical practice is still not optimal. *Current Anaesthesia & Critical Care*. 14. 207-210.
- Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhjelm, J. & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nursing and Health Sciences*. 10. 131-136.
- Idvall, E., Hamrin, E., Sjöström, B. & Unosson, M. (2001). Quality indicators in postoperative pain management: a validation study. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 15. 331-338.
- Idvall, E., Hamrin, E., Sjöström, B. & Unosson, M. (2002). Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality Healthcare*. 11. 327-334.
- Jakobsson, U (2004a). Att mäta smärta med VAS-skalan: ett bra verktyg eller mest bekymmer? *Smärta*. 1. 8-9.
- Jakobsson, U. (2004b). Statistical presentation and analysis of ordinal data in nursing research. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 18. 437–440.
- Janssen, K.J.M., Kalkman, C.J., Grobbee, D.E., Bonsel, G.J., Moons, K.G.M. & Vergouwe, Y. (2008). The Risk of Severe Postoperative Pain: Modification and Validitation of a Clinical Prediction Rule. *International Anesthesia Research Society*. 107(4). 1330-1339.
- Kalkman, C.J., Visser, K., Moen, J., Bonsel, G.J., Grobbee, D.E. & Moons, K.G.M. (2003). Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*. 105. 415-423.
- Kastanias, P., Denny, K., Robinson, S., Sabo, K. & Snaith, K. (2009). What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management? *Pain Management Nursing*. 10(1). 22-31.

- Kehlet, H., Jensen, T. & Woolf, C. (2006). Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 367(9522).1618-1625.
- Layzell, M. (2008). Current interventions and approaches to postoperative pain management. *British Journal of Nursing*. 17(7). 414-419.
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A. & Thisted, R.A. (2005). Not all patients want to participate in decision making. A national study of national preferences. *Journal of General Internal Medicine*.20(6). 531-535.
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An Exploration of Person-Centredness in Practice. *Online Journal of Issues in Nursing*. 16(2). 2011167229.
- Medicinska kvalitetsrådet (MKR). (2001). *Behandling av postoperativ smärta. Riktlinjer och kvalitetsindikatorer*. Svensk Medicin 70, Förlagshuset Gothia AB.
- Moore, J.M. & Liu, S.S. (1997). How acute pain management affects outcome. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*. 1(2). 64-71.
- Niemi-Murola, L., Pöyhiä, 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.
- Oshodi, T.O. (2007). The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 1. *British Journal of Nursing*. 16(12). 706-710.
- Parahoo, K. (1997). *Nursing Research. Principles, Process and Issues. (Second Edition)*. United Kingdom: Palgrave Macmillan.
- Region Skåne. (2006). *Riktlinjer för perioperativ smärtbehandling*. Hämtat från Region Skånes intranät den 14 december 2012. Dokument ID 09ed6505-82a8-4d68-af56-7cdae3bb75f1.
- Rhodes, R.S. (2004). Defining general surgery and the core Curriculum. *Surgical clinics of North America*. 84. 1605-1619.
- Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård och Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesi*. Stockholm.
- Rotboll-Nielsen, P., Rudin, Å. & Werner, M.U. (2007). Prediction of postoperative pain. *Current Anaesthesia & critical Care*. 18. 157-165.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N. & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*. 51. 169-176.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Elektronisk version, hämtad den 21 mars 2013 från: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.

SOU 2013:12. *Patientlag- Delbetänkande av patientmaktsutredningen*. Stockholm: Regeringskansliet.

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI). (2010). *Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling*. Elektronisk version, hämtad den 4 januari 2013 från: <http://sfai.se/files/21-9%20Riktlinjer%20f%C3%B6r%20postoperativ%20sm%C3%A4rtbehandling%20B.pdf>.

Svensson, E. (2005). Val och konsekvenser: mätnivån avgör den statistiska verktygslådan. *Läkartidningen*. 17(102). 1331-1337.

Svensson, I., Sjöström, B. & Haljamäe, H. (2001). Influence of expectations and actual pain experience on satisfaction with postoperative pain management. *European Journal of Pain*. 5. 125-133.

Taylor, A. & Stanbury, L. (2009). A review of postoperative pain and the challenges. *Current Anesthesia & Critical Care*. 20. 188-194.

The International Association for the Study of Pain (IASP). (2012). *IASP taxonomy*. Elektronisk version, hämtad den 4 januari 2012 från: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Elektronisk version, hämtad den 4 april 2013 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

Warner, P. (2010). Quantifying association in ordinal data. *Journal of Family Planning and Reproductive Healthcare*. 36. 83-85.

Warrén-Stomberg, M., Wickström, K., Joelsson, H., Sjöström, B. & Haljamäe, H. (2003). Postoperative pain management on surgical wards – Do quality assurance strategies result in long-term effects on staff member attitudes and clinical outcomes? *Pain Management Nursing*. 4(1). 11-22.

Williams, A. (2003). How to Write and analyse a questionnaire. *Journal of Orthodontics*. 3. 245–252.

4. Jag fick tid att diskutera frågor och orosmoment jag hade före min operation

Håller absolut inte med

Håller fullständigt med

1 2 3 4 5

Upplevelser kring smärta efter operation:

5. Den värsta smärta jag upplevt sedan min operation har varit (VAS)

Ingen smärta alls

Värsta tänkbara smärta

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Jag upplever att smärtan efter operationen är ett stort problem

Håller absolut inte med

Håller fullständigt med

1 2 3 4 5

7. Jag upplever att jag blir lyssnad på och bemött med respekt

Håller absolut inte med

Håller fullständigt med

1 2 3 4 5

8. Jag är nöjd med den smärtbehandling jag får/fått efter min operation

Håller absolut inte med

Håller fullständigt med

1 2 3 4 5

Övriga tankar eller funderingar: _____

Tack för din medverkan!

Johanna Sjöberg och Elin Strömberg



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Information till personal på berörd avdelning

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Allmätkirurgipatienters tillfredsställelse av den preoperativa informationen kring smärta och smärtbehandling

- Den preoperativa informationens betydelse för postoperativ smärta

Du tillfrågas för att hjälpa oss att komma i kontakt med patienter för deltagande i ovanstående studie. Studien syftar till att se hur patienter upplever den information och behandling de får/fått avseende smärta av vårdpersonal i samband med operation. Tidigare studier som gjorts har visat att bra information och gott bemötande före operationer har gett positiva utslag i hur ont patienter har efter operationen.

Vi ämnar utföra en kvantitativ enkätstudie med åtta frågor. Undersökningspersonerna skall ha genomgått allmätkirurgisk operation och skall ha övernattat på sjukhuset. Patienterna skall vara över 18 år och kunna förstå svenska i tal och skrift. Patienter med kognitiv svikt eller som Ni anser olämpliga att tillfråga kommer att exkluderas. Vi avser att tillfråga alla patienter som infaller inom våra inklusionskriterier de förutbestämde dagar vi samlar in data under. Vi önskar tillfråga cirka 80 patienter under februari och mars 2013.

Vi planerar att tillfråga patienterna om samtycke och informera dem muntligen och skriftligen om studien i samband med undersökningen. Detta för att patienterna inte skall vara färgade av att ha fått informationen i förväg. Patienterna kommer att få tid på sig att fundera och överväga sin delaktighet i vår studie. Allt material kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till det. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att patienternas konfidentialitet garanteras.

Vi avser att dela ut samt samla in enkäterna själva på plats. Vi anhåller om hjälp av Dig/Er att välja ut patienter enligt våra ovan angivna urvalskriterier.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Studien ingår som en magisteruppsats i Anestesisjuksköterskeprogrammet.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare

Med vänlig hälsning

Johanna Sjöberg
Anestesisjuksköterskestudent
073-7160067
jojjo_sjoberg@hotmail.com

Elin Strömberg
Anestesisjuksköterskestudent
073-5347907
elin.stromberg85@hotmail.com

Karin Samuelson
Universitetslektor
046- 2221853
karin.samuelson@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Till verksamhetschef på berörd avdelning

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien

Allmänkirurgpatienters tillfredsställelse av den preoperativa informationen kring smärta och smärtbehandling

- *Den preoperativa informationens betydelse för postoperativ smärta*

Studien syftar till att se hur patienter upplever den information och behandling kring smärta de får/fått av vårdpersonal i samband med operation. Tidigare studier som gjorts har visat att bra information och gott bemötande före operationer har gett positiva utslag i hur ont patienter har efter operationen.

Vi ämnar utföra en kvantitativ enkätstudie med åtta frågor. Undersökningspersonerna skall ha genomgått allmänkirurgisk operation, vara över 18 år, förstå svenska i tal och skrift samt inte vara kognitivt sviktande. Patienter som inte anses vara lämpliga av olika anledningar kommer ej att tillfrågas. Vi avser att tillfråga alla patienter som infaller inom våra inklusionskriterier de förutbestämde dagar vi samlar in data. Vi önskar tillfråga cirka 80 patienter under februari och mars 2013.

Vi planerar att tillfråga patienterna om samtycke och informera dem muntligen och skriftligen om studien i samband med undersökningen. Detta för att patienterna inte skall vara färgade av att ha fått informationen i förväg. Patienterna kommer att få tid på sig att fundera och överväga sin delaktighet i vår studie. Allt material kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till det. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att patienternas konfidentialitet garanteras.

Vi anhåller om att få hjälp av personal på avdelningen alternativt Dig för att välja ut undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier. Skriftlig information till berörd personalen på avdelningen bifogas nedan.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Studien är en magisteruppsats i Anestesisjuksköterskeprogrammet.

Om Du/Ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Johanna Sjöberg
Anestesisjuksköterskestudent
073-7160067
jojjo_sjoberg@hotmail.com

Elin Strömberg
Anestesisjuksköterskestudent
073-5347907
elin.stromberg85@hotmail.com

Karin Samuelson
Universitetslektor
046- 2221853
karin.samuelson@med.lu.se

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Allmätkirurgipatienters tillfredsställelse av den preoperativa informationen kring smärta och smärtbehandling

- Den preoperativa informationens betydelse för postoperativ smärta

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



Bilaga 4 (4)

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Information till undersökningssperson

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Allmätkirurgipatienters tillfredsställelse av den preoperativa informationen kring smärta och smärtbehandling
- Den preoperativa informationens betydelse för postoperativ smärta

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Studien syftar till att se hur du som patient upplever den information och behandling kring smärta du får/fått av vårdpersonal i samband med din operation. Tidigare studier som gjorts har visat att bra information och gott bemötande före operationer har gett positiva utslag i hur ont patienter har efter operationen.

Den metod som kommer att användas är en enkät som kommer att ges till dig cirka ett dygn efter din operation. Enkäten innehåller åtta korta frågor där du ombedes att skatta/ringa in hur du har upplevt din smärtbehandling samt information. Enkäten uppskattas ta max tio minuter att fylla i.

Vi har fått uppgifter om att du har opererats via enhetschefen eller personal på den avdelningen du befinner dig på efter din operation.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din behandling.

Dina svar på enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till dem. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Studien är en magisteruppsats som ingår i Anestesisjuksköterskeprogrammet.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare

Med vänlig hälsning

Johanna Sjöberg
Anestesisjuksköterskestudent
073-7160067
jojjo_sjoberg@hotmail.com

Elin Strömberg
Anestesisjuksköterskestudent
073-5347907
elin.stromberg85@hotmail.com

Karin Samuelson
Universitetslektor
046- 2221853
karin.samuelson@med.lu.se