



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans roll i bedömning och hantering av akut smärta på sjukhus i Kina, ur en svensk synvinkel

En observationsstudie

Författare: Johanna Dahlberg
Vera Andersson Paulsson

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Hösten 2012

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

Sjuksköterskans roll i bedömning och hantering av akut smärta på sjukhus i Kina, ur en svensk synvinkel

En observationsstudie

Författare: Johanna Dahlberg
Vera Andersson Paulsson

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Abstrakt

Syfte: Att belysa sjuksköterskans roll i bedömning och hantering av akut smärta i Kina, ur svensk synvinkel.

Bakgrund: Akut smärta är en subjektiv upplevelse som obehandlad eller underbehandlad kan leda till ökad morbiditet och långvarig smärta. Med tanke på att Sverige är ett mångkulturellt samhälle är kunskapen om hur smärta behandlas i olika kulturer av stor vikt för det kliniska arbetet.

Metod: För att inhämta material genomfördes observationer på ett sjukhus i Kina.

Resultat: Bemötande och behandling skiljde sig åt. Anhöriga var i vissa fall beslutfattande angående patientens situation. Olika sätt att bedöma smärta förekom. Prioritering av smärtbedömning och smärtbehandling varierade. Behandlingsmetoder som förekom i observationerna var akupunktur, beröringsstimulering och lokalbedövning. Olika farmakologiska behandlingsmetoder förekom på sjukhuset.

Slutsats: Bemötandet var av stor vikt för smärtbehandling. Akut smärta hade låg prioritet. Både mer forskning och utbildning behövs.

Nyckelord

Akut smärta, Smärtbehandling, Smärtbedömning, Kultur, Omvårdnad, Kina

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Kina	2
Sjukvård i Kina	3
Smärta	5
Kulturella skillnader i upplevelse av smärta	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	10
Dataanalys	10
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	11
Bedömning och prioritering	12
Bemötande och information	13
Behandlingsmetoder	15
Situationen kring patienten	17
Diskussion	19
Diskussion av vald metod	19
Diskussion av framtaget resultat	21
Bemötande och information	21
Prioritering	23
Roller och ansvarsområden	24
Riktlinjer	26
Slutsats och kliniska implikationer	27
Författarnas arbetsfördelning	28
Referenser	29
Bilaga 1 (2)	33
Bilaga 2 (2)	35

Introduktion

Problemområde

Studien inriktar sig på fenomenet smärta som är ett mycket centralt ämne inom omvårdnad. I studien ligger fokus på akut smärta som obehandlad eller underbehandlad kan leda till ökad morbiditet och långvarig smärta (Rudin, Brantberg, Eldh & Sjölund, 2010; Werner & Leden, 2010) som i sin tur är den vanligaste anledningen till att man söker vård (Andersson et al., 1999).

I Sverige är ca 15% av befolkningen födda utomlands (Utrikespolitiska institutet, 2011b), vilket gör att de vårdsökande kommer med varierande kulturell bakgrund. För att kunna ge patienter en god omvårdnad och adekvat smärtlindring krävs det att sjuksköterskors kunskaper om kulturella skillnader och hur det påverkar smärta förbättras (Callister, 2003; Werner & Leden, 2010).

Litteratur kring attityder och föreställningar om smärta fokuserar mest på minoritetsgrupper i en västerländsk sjukvårdskontext. Det saknas litteratur som fokuserar på olika kulturella attityder och föreställningar om smärta utanför en västerländsk kontext (Lovering, 2006). I denna studie belyses hur sjuksköterskan bedömer och hanterar akut smärta i Kina.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Kina

Under de senaste 50 åren har Kinas folkmängd ökat kraftigt. Landet var enligt uppgifter från utrikespolitiska institutet (2011a) världens folkrikaste stat och har en av världens största landareal. Invånarantalet i Kina uppgick år 2010 till omkring 1,3 miljarder och var femte världsinvånare beräknades komma från Kina. Sedan 60 år tillbaka har staten haft enpartistyre, kommunistpartiet har sedan länge haft maktmonopol i landet. Det kinesiska politiska systemet

och statsstyret skiljer sig mycket åt från det svenska, bland annat saknar folket i Kina helt rösträtt. All rekrytering och all votering görs internt i landets enda parti. Lagar kring mänskliga rättigheter såsom yttrandefrihet, trosfrihet och rätt att demonstrera finns lagstiftat. Emellertid finns även förbud mot att sabotera det socialistiska systemet (Utrikespolitiska institutet, 2011a), man tolererar inte att någon sätter sig emot eller ifrågasätter kommunistpartiets makthavande (Sida, 2010). Hårda fängelsestraff, omskolningsläger och i värsta fall döden hotar och stävjar folket från att agera mot det socialistiska systemet (Utrikespolitiska institutet, 2011a). Trots att det i lagen är förbjudet med tortyr är detta förhållandevis vanligt (Sida, 2010). Landet har enligt lagstiftning religionsfrihet men religiösa samfund i landet är strängt övervakade och för att bli medlem i landets enda parti måste man vara ateist (Utrikespolitiska institutet, 2011a).

Ekonomi i landet har förbättrats avsevärt sedan början av 1970-talet och är idag en av världens ledande ekonomier. Samtidigt lever många invånare i fattigdom och Kina ligger fortfarande i underkant när det gäller levnadsstandard jämfört med västeuropeiska länder och USA. Omkring 150 miljoner invånare tvingas att leva på omkring 11 kronor om dagen (Utrikespolitiska institutet, 2011a). Det uppstår då klyftor mellan olika socioekonomiska klasser, vilket gör att stora delar av Kinas befolkning inte får möjlighet till fullgod skolgång, hälsovård och andra socialförsäkringar (Sida, 2010). Grundskoleutbildningen ska egentligen vara avgiftsfri men man är i vissa fall, främst ute på landsbygden, tvingad att ta ut avgifter för skolgången. Detta medför att läskunnigheten i landet varierar starkt. Regimens syn på massmedia skiljer sig mycket åt från den västerländska synen. Massmedia anses främst existera för att fylla en funktion där man ska fostra folket och nå ut med regimens budskap. I dagens läge hålls massmedia under strikt övervakning (Utrikespolitiska institutet, 2011a).

I Kina lever man i en kollektivistisk kultur som enligt Hanssen (2007) definieras som en social organisationsform där människorna har täta band mellan varandra, familjen, släkten och i den grupp man ingår i och kallar ”vi”.

Sjukvård i Kina

Inom kinesisk sjukvård kombineras västerländska metoder med traditionell kinesisk medicin (Utrikespolitiska institutet, 2011a). Inom traditionell kinesisk medicin används bland annat akupunktur som en behandlingsmetod av smärta. Akupunktur har sitt ursprung i taoismen där

man utgår ifrån att smärta uppkommer ur en obalans i yin och yang. Yin och yang skapar energifält i kroppen utefter meridianer. I dessa meridianer finns särskilda akupunkturpunkter där energifälten når huden. Vid smärta tänker man sig inom taoismen att balans kan återskapas genom akupunktur då nålar penetrerar akupunkturpunkterna och når därigenom energifältet (Carlsson, 2010).

Enligt World Health Organization, WHO, (2006) har landet en högre andel läkare i relation till sjuksköterskor. Men enligt globala bevis är det effektivare att ha fler sjuksköterskor än läkare. Behovet av sjuksköterskor i landet är stort. I enlighet med statens statistik fanns det 1,39 sjuksköterskor per 1000 invånare i Kina (Dagens Sjuksköterska, 2011). Att jämföras med Sverige där det fanns 11 sjuksköterskor per tusen invånare (OECD, 2011).

Internationella rekommendationer ligger på minst två sjuksköterskor per 1000 invånare (Liu et al., 2012). Hälsomyndigheten i Kina ska satsa på utbildning av sjuksköterskor och annan vårdpersonal för att täcka behoven, målet är att fördubbla antalet sjuksköterskor till år 2020, detta genom utbildning (Dagens Sjuksköterska, 2011). Enligt Liu et al. (2012) har antalet sjuksköterskor per 1000 invånare ökat till 1,51.

Det finns stora skillnader mellan sjukvård som bedrivs i städerna och sjukvård som bedrivs ute på landsbygden. Största delen av vårdinrättningarna i Kina ligger i städerna och det finns även fler och fler privata hälsokliniker där. Ute på landsbygden däremot, råder det brist på både utbildad personal och vårdinrättningar. Vilket är ett stort problem då omkring hälften av landets invånare är bosatta utanför städerna (Utrikespolitiska institutet, 2011a). Hesketh, Xue Ye, Li och Hong Wang (2008) undersökte migranternas hälsostatus och tillgång till sjukvård jämfört med permanent bosatta invånare i en storstad i Kina. Resultatet visade att endast 19 % av migranterna hade sjukförsäkring och 47 % av migranterna var negativt inställda till att teckna en försäkring på grund av kostnaden för försäkringen. Den höga kostnaden för sjukvård inne i städerna, som patienten själv bekostar, förhindrade möjlighet att söka sjukvård för migranterna. För att höja standarden på de statliga sjukhusen och ge fler möjlighet att skaffa sig en sjukförsäkring beskrev utrikespolitiska institutet (2011a) att de kinesiska myndigheterna satsade över 120 miljarder dollar under 2009.

Smärta

Smärta definieras enligt IASP (International Association for the Study of Pain) som:

”An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.

Note: The inability to communicate verbally does not negate the possibility that an individual is experiencing pain and is in need of appropriate pain-relieving treatment. Pain is always subjective. Each individual learns the application of the word through experiences related to injury in early life. Biologists recognize that those stimuli which cause pain are liable to damage tissue. Accordingly, pain is that experience we associate with actual or potential tissue damage. It is unquestionably a sensation in a part or parts of the body, but it is also always unpleasant and therefore also an emotional experience...” (IASP, 2011, Pain Terms, para. 1)

Kina ingår som ett kapitel i IASP vilket innebär att de följer de internationella riktlinjer som finns för smärta (IASP, u.å.)

Vidare definition på akut smärta är:

”Akut smärta förekommer vid mer omfattande vävnadsskada i samband med trauma, operativa ingrepp, tumörsjukdom och vissa invärtesmedicinska sjukdomar (reumatiska sjukdomar). Den akuta smärtan är temporär och försvinner efter att vävnadsskadan läkt.” (Werner & Leden, 2010, s. 16)

Rudin, Brantberg, Eldh och Sjölund (2010) har för SFAI:s (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård) räkning utformat riktlinjer för postoperativ smärta vilken ingår i begreppet akut smärta. Dessa beskriver att ”smärta skall betraktas som en vitalparameter; Akut och postoperativ smärta skall behandlas skyndsamt och adekvat för att öka patientens välbefinnande och minska risken för komplikationer; Svår obehandlad akut eller postoperativ smärta är att se som en avvikelser; Förekomst och intensitet av akut och postoperativ smärta skall dokumenteras, liksom behandlingsresultatet; Verksamhet skall ha en policy och en behandlingsstrategi som är adekvat för de patientkategorier verksamheten handlägger.” (Rudin, Brantberg, Eldh & Sjölund, 2010, s. 3). Det är viktigt att följa upp smärtbehandlingen. Förslagsvis ska smärtintensitet i vila och rörelse dokumenteras regelbundet i patientens journal. En kvalitetsstandard där maximalt acceptabel smärtintensitet ska finnas, förslagsvis <4 efter bedömning med VAS (Visuell Analog Skala) eller NRS (Numerical Rating Scale) 0-10 (Rudin et al., 2010).

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår att visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar; att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga, och även att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder (Socialstyrelsen, 2005).

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor går följande att finna:

”I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, däribland rätten till liv, till värdighet och till att behandlas med respekt. God omvårdnad ska ges till alla oavsett hänsyn till ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status.” (Socialstyrelsen, 2005, s. 17)

I Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) står följande:

2 § ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”

Patienter med en annan kulturell bakgrund än sjuksköterskan, och som använde ett smärtuttryck som sjuksköterskan inte kände igen riskerade, enligt Calvillo och Flaskerud (1993) och Hawthorn och Redmond (1998), att få en underskattad och således underbehandlad smärta. Det är av stor vikt att alla patienter, oavsett vilken kulturell bakgrund man kommer ifrån, ges vård på lika villkor. Enligt Callister (2003) behöver sjuksköterskors kunskaper om hur kulturella skillnader påverkar smärta förbättras för att kunna ge en adekvat smärtbehandling, och således också kunna ge god omvårdnad. McDonald, McNulty, Erickson och Weiskopf (2000) fann att patienter hade olika benägenhet att uttrycka sin smärta för vårdpersonalen, vilket försvårade att en adekvat smärtbehandling kunde ges. Vissa patienter ville inte belasta vårdpersonalen medan andra förväntade sig smärtlindring, om detta var ett alternativ, utan att behöva be om det. Eftersom en adekvat smärtlindring är en förutsättning för god omvårdnad så försvårades målet att kunna upprätthålla god omvårdnad på lika villkor för hela befolkningen (a.a.).

Gustafssons SAUK-modell, där SAUK står för *Sympati, Acceptorande, Upplevelsemässig innebörd* och *Kompetens*, är en metod för att tillämpa god omvårdnad som i sin tur innebär att främja varje individs självständighet, kompetens och expertkunskap. Vikten av att bekräfta

patienten utifrån dennes livssituation och att genom denna bekräftelse kunna stödja och stärka patienten som egen individ är centralt i SAUK-modellen. Modellen avser att ge patienten ökad trygghet, handlingsberedskap, motivation och livsmening i sin sjukdomssituation och smärtupplevelse (Gustafsson, 2004). Det är av stor betydelse att bekräfta patienten och dennes smärtupplevelse då det är en förutsättning för att adekvat smärtbehandling ska kunna ges (Werner & Leden, 2010). Även Travelbee tar upp samspelet mellan patient och sjuksköterska och menar att det viktigaste för en sjuksköterska är att uppmärksamma och vårda patienten utifrån dennes upplevelser av sin sjukdom och sitt lidande. Det är inte att se sjukdomen och den diagnos som vårdpersonalen ställer som bör stå i fokus. I Travelbees teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter beskriver hon hur viktigt det är för en människa att finna en mening i varför en sjukdom eller ett lidande drabbat en. Hon menar också att det inte enbart är för att kunna acceptera sjukdomen utan också för att kunna finna kraft i den erfarenheten som lidandet och sjukdomen för med sig. Travelbee menar också att meningsfullhet är en viktig aspekt för att känna att det finns något värt att leva för. Enligt Travelbee är den viktigaste komponenten i omvårdnad att hjälpa en människa att finna meningsfullhet då det är svårt att själv kunna se meningen med det som händer en (Kirkevold, 1992). Om god smärtbehandling inte ges finns det som tidigare nämnts, risk för ökad morbiditet och att den akuta smärtan övergår till långvarig smärta (Rudin et al., 2010).

Kulturella skillnader i upplevelse av smärta

Kulturen som människan är uppvuxen med och lever i spelar en stor roll för hur smärta uttrycks (Lovering, 2006). Attityder, beteende, affekter, kognition och värderingar är några mänskliga dimensioner som påverkas av vår kultur. Men det finns även påfallande likheter i beteendemönster på olika platser och i olika kulturer (Yoon, 2010). I vissa kulturer uppmuntras det att tåla och lida medan det i andra uppmuntras att skrika högt om man upplever smärta. Detta medför att det kan bli stora svårigheter vid behandling och bedömning av smärta. Dessutom inbegriper problemet sjuksköterskans egna erfarenheter av smärta (Lovering, 2006). Enligt Sjöström (1995) bedömde sjuksköterskor i början av sin yrkeskarriär patienters smärta mer i likhet med patientens egen bedömning än mer erfarna sjuksköterskor. Hawthorn och Redmond (1998) beskrev att om sjuksköterskan bedömde att smärtreaktionen som patienten uppvisade var en rimlig reaktion, fick patienten i större utsträckning en adekvat smärtlindring, om däremot sjuksköterskan ansåg patientens reaktion vara orimlig var risken stor att patienten inte erhöll adekvat smärtlindring. Följaktligen uppstod mycket problem med

adekvat smärtbehandling då patienten var i så stort beroende av sjuksköterskans tolkning av huruvida den subjektivt upplevda smärtan ansågs vara rimlig eller ej (Hawthorn & Redmond, 1998). Lovering (2006) fann att det både fanns skillnader och likheter i upplevelsen av smärta mellan olika kulturer. Till exempel så föreföll det vara lättare att i asiatisk kultur beskriva en fysisk smärta jämfört med afrikaans och tswana kulturer (som båda har ursprung i södra Afrika) som mer ståndaktigt försökte ignorera smärta. Däremot hade man svårare att uttrycka emotionell smärta i asiatisk kultur liksom i afrikaans och saudiarabisk kultur. I filippinsk, tswana och irländsk kultur hade man lättare att uttrycka denna typ av smärta. Vidare beskrev Lovering (2006) att man i alla olika kulturer som berördes i studien såg skillnader mellan generationer och mellan olika socioekonomiska grupper. Man fann att fattiga och äldre generationer hade högre tolerans mot smärta än rika och yngre generationer.

Denna studie ämnar belysa sjuksköterskans roll och olika sätt att bedöma och hantera smärta i Kina. Med tanke på att Sverige är ett mångkulturellt samhälle är denna kunskap av vikt i det kliniska arbetet både för att ifrågasätta sin kritiska syn i alla typer av kulturella möten i vården, men även i den direkta vården av patienter som härstammar från den kinesiska kulturen. Enligt Utrikespolitiska institutet (2011a) kommer ungefär var femte världsinvånare från Kina, som tidigare nämnts, och i klinisk verksamhet är det inte alls omöjligt att patienter från den kinesiska kulturen inkommer för behandling oavsett var i världen man befinner sig. Studien syftar till att öka förståelsen avseende akut smärta och smärtbehandling, genom att studera förhållanden på ett sjukhus i Kina.

Syfte

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans roll i bedömning och hantering av akut smärta i Kina, ur en svensk synvinkel.

Metod

Studien genomfördes som en observationsstudie. Under sommaren 2012 tillbringades åtta veckor på ett sjukhus i en, i kinesiska mått mätt, mindre stad (ca 6 miljoner invånare) i Kina.

En observationsstudie innebär att man tittar på det man ämnar beskriva antingen genom att personligen observera eller genom video- eller ljudinspelningar som sedan analyseras. Man kan i en observationsstudie välja väldigt olika breda fokus (Polit & Beck, 2010). Denna observationsstudie innebar personliga observationer som sedan analyserades enligt kontextuell analys, för att kunna belysa sjuksköterskans roll i bedömning och hantering av akut smärta i Kina. Sjukhuset där studien tog plats är ett så kallat 3A-sjukhus vilket innebär en hög standard med stor kompetens inom många områden och specialiteter på sjukhuset (czfph.com, 2011). Sjukhuset hade 1818 sängplatser men man räknade med att ca 2200 patienter i snitt skulle samsas på dessa platser.

Fyra olika avdelningar besöktes. En *intensivvårdsavdelning* (avd 1) med lugn och tyst miljö och till synes god bemanning. De flesta patienterna var sederade, trakeotomerade och kunde således inte kommunicera muntligt. Anhöriga var ej tillåtna att besöka avdelningen. En *mottagning för traditionell kinesisk medicin* (avd 2), där dagverksamhet bedrevs utan inläggande patienter. En *hematologiavdelning* (avd 3). En *kirurgisk avdelning med inriktning på övre buk* (avd 4). På denna avdelning fanns det mycket patienter och många anhöriga. Vilket medförde en stressfylld arbetssituation för personal. I Kina fördes även samtal med läkare i anestesi på Pain Management Clinic.

För att medvetandegöra författarnas egna värderingar och ha möjlighet att kontrollera dessa gentemot resultatet dokumenterades de innan studien påbörjades.

Urval

Önskemålet var att kunna observera omkring tio möten mellan patient och sjuksköterska i samband med akut smärta i Kina. Elva observationer kunde genomföras men två exkluderades då patienterna i dessa var minderåriga, således har nio observationer använts i resultatet. Urvalet, ett bekvämlighetsurval, bestod av patienter och sjuksköterskor som befann sig på de avdelningar där observationerna tog plats, på sjukhuset i Kina. Inklusionskriterier för studien var att vara myndig enligt kinesisk lag (18 år); vara utsatt för akut smärta; ha kinesiskt ursprung. Exklusionskriterier för studien var sensibilitetsförändringar; samtidig långvarig smärta.

Datainsamling

För inhämtning av material användes en observationsguide (se bilaga 2). Utrymme för fria observationer gavs. Ytterligare information angående observationerna inhämtades även genom samtal med sjuksköterskor samt läkare på sjukhuset.

Dataanalys

En kontextuell analys användes som analysmetod i studien. En kontextuell analys innebär att området som studeras delas upp i olika kontextenheter som studeras individuellt. De olika kontextenheternas specifika egenskaper och förhållandet mellan dessa studeras. Det centrala för denna analys är hur de olika delarna är organiserade till en helhet (Olsson & Sörensen, 2007). Ur det inhämtade materialet identifierades olika enheter som delades in i kategorier. I dessa kategorier presenterades material ur de olika observationerna för att kunna belysa helheten i hur sjuksköterskan bedömde och hanterade akut smärta i Kina.

Forskningsetiska avvägningar

Etiska kommittén på sjukhuset i den mindre staden i Kina gav godkännande för studien (se bilaga 1). Även information till chefssjuksköterskan som ansvarade för att ge information till avdelningschefer gavs och godkännande för genomförande av studien erhöles.

Autonomiprincipen har tagits i beaktande. Denna princip innebär att patienten har en självbestämmanderätt som måste respekteras (Birkler, 2007). Hänsyn till autonomiprincipen togs genom att studiesubjekten fick ge ett informerat samtycke. Vårdpersonal informerade patienterna muntligt på kinesiska, som då kunde samtycka eller neka till möjlighet att delta i observationerna.

Insamlad data oidentifierades för att studien skulle hållas konfidentiell. Material från observationerna kodades från början, inga personuppgifter registrerades, och således bibehölls

observationssubjektens anonymitet. Insamlat material förvarades oåtkomligt för obehöriga. Efter genomförd studie makuleras insamlat material.

Resultat

Materialet har delats in i fyra olika kategorier, *bedömning och prioritering, bemötande och information, behandlingsmetoder* och *situationen kring patienten*. De olika situationerna som omnämns återkommer under flera kategorier och kan följas genom kodning som gjorts.

Situation 1 tog plats på en intensivvårdsavdelning (avd 1) där många patienter var vid sänkt medvetande och trakeotomerade.

Situation 2 utspelade sig på en mottagning för traditionell kinesisk medicin (avd 2). Patienten i denna situation behandlades för akut smärta med akupunktur.

I *situation 3* fick patienten en intramuskulär injektion och smärtan i samband med injektionen lindrades genom att stimulera beröringsreceptorerna. Observationen gjordes på en hematologiavdelning (avd 3).

Situation 4 och *situation 5* tog plats på en hematologiavdelning (avd 3) och i båda situationerna genomgick patienterna PICC-line-inläggning.

Situation 6 och *situation 7* innebar omläggningar av operationssår på en kirurgisk avdelning med inriktning övre buk (avd 4).

I *situation 8* fördes ett samtal mellan observatörerna och anestesiläkare på en kirurgisk avdelning med inriktning övre buk (avd 4).

Situation 9 handlade om en grupp anhöriga som stod i korridoren på en kirurgisk avdelning med inriktning övre buk (avd 4) och samtalade kring patientens situation.

I inledningen av varje kategori finns en kort sammanställning över vad som observerades på sjukhuset. Specifika situationsbeskrivningar har kursiverats och annan mer allmän information har beskrivits i löpande text.

Bedömning och prioritering

På sjukhuset förekom olika sätt att bedöma smärta, utifrån patientens vitalparametrar, genom samtal och smärtanamnes. Riktlinjer för användning av smärtskattningsinstrument fanns. Prioritering av smärtbedömning och smärtbehandling varierade. Både observationer då akut bedömning skedde och situationer då ingen bedömning gjordes, förekom.

Bedömning genomfördes utifrån patientens vitalparametrar då patienten ej kunde förmedla sig själv. Övervägande andel patienter i situation 1 var enligt ansvarig sjuksköterska vid sänkt medvetande.

(Situation 1, avd 1, observation) Patienterna låg i sina sängar, rörde sig inte alls eller mycket lite och låg med ögonen stängda. Patienterna fick hjälp att vända sig och många var trakeotomerade.

Sjuksköterska på avdelningen meddelade att smärtan hos patienter som var vid sänkt medvetande bedömdes utifrån dennes vitalparametrar. Vid förhöjt blodtryck, andningsfrekvens eller puls som inte kunde ges annan förklaring än smärta, gavs behandling med analgetika.

I en annan situation gjordes bedömning via samtal och smärtanamnes, där smärtan sedan enligt läkaren prioriterades högt och behandlades akut. Behandlande läkare meddelade i situation 2, avd 2, att han under samtal med patienten hade tagit en smärtanamnes och fått information om att patienten upplevde svår akut smärta, i nedre delen av ryggen, som uppkommit under träning. Smärtan hade enligt läkaren hög prioritering och behandlades akut med akupunktur.

Observation av eventuella smärtuttryck, som mimik och kroppsrörelser, försvårades i en situation då patientens ansikte och kropp doldes helt.

(Situation 5, avd 3, observation) Vid en inläggning av PICC-line som utfördes av sjuksköterska, täcktes patientens ansikte och kropp av sterila dukar. Patienten var tyst under hela ingreppet.

På sjukhuset fanns riktlinjer för hur smärtan skulle följas upp och bedömas postoperativt, där man rekommenderade användning av smärtskattningsinstrument som VAS eller NRS. Det framkom genom samtal med ansvarig sjuksköterska att dessa riktlinjer inte alltid följdes. Under observation förekom inte smärtskattning med smärtskattningsinstrument.

(Situation 8, avd 4, info från anestesiläkare) Efter operation skulle smärta bedömas, följas upp med hjälp av smärtskattningsinstrument såsom NRS eller VAS och dokumenteras. Uppföljning skulle ske i anslutning till uppvaknande, efter operation och därefter med 15 minuters intervall som sedan glesades ut till 1 timmes intervall. Beroende på patientens behov fortsatte sedan uppföljning med längre tidsintervall.

(Situation 8, avd 4, info från sjuksköterska) Smärtskattningsinstrument användes inte på avdelning 4. Sjuksköterska förde inte heller dokumentation avseende smärtintensitet ute på denna avdelning.

Bemötande och information

I de flesta observerade situationerna hälsade vårdpersonal på patienten då de kom in i rummet, innan ingrepp påbörjades. Då patienten var medvetslös hälsade vårdpersonal inte på patienten då de kom in i rummet för att utföra omvårdnadsåtgärder. Under flera tillfällen skedde samtal i rummet utan att patienten involverades.

Omvårdnadsåtgärder på till synes medvetandesänkta patienter skedde utan att vårdpersonal tilltalade patienten. Exempelvis vid sugning, rengöring och byte av förband kring och i trakeostomi genomfördes omvårdnadsåtgärder utan att sjuksköterskan talade till patienten. I situation 1 informerade sjuksköterska om att patienter som ej var vid medvetande benämndes som ”icke hörande”.

(Situation 1, avd 1, observation) I samband med omvårdnadsåtgärder för "icke hörande" patient riktades inget samtal mot patienten. Sugning, rengöring och byte av förband kring och i trakeostomin gjordes under tystnad, utan observerbar information till patienten. Monitorer visade att saturationen sjönk och respiratorn gav ifrån sig varningssignaler som indikerade att andningen inte kunde upprätthållas och patienten som före ingreppet legat stilla, spände armar och rörde krampaktigt överkroppen framåt, hostade och grimaserade. Då annan personal närvarade riktades uppmärksamhet mot närvarande personal, personal vände sig mot varandra när de talade, ingen vände sig mot patienten.

Andra situationer visade att vårdpersonal hälsade på patienter som var vid medvetande före genomförande av omvårdnadsåtgärder. Exempelvis i situation 6, avd 4, då en patient med infekterat operationssår på buken skulle få detta omlagt av sjuksköterska kom sjuksköterskan in i rummet med en vagn med omläggingsmaterial och började med att hälsa på patienten innan hon knäppte upp patientens skjorta för att komma åt såret. Därefter avlägsnades det gamla förbandet och såret tvättades. Sårets utseende dokumenterades med fotografering och sedan lades såret om på nytt.

Observationer visade också olika bemötande vid samma typ av ingrepp. I två situationer skulle båda patienterna genomgå PICC-line-inläggning. Skillnader i beröring, information och patientens delaktighet uppmärksammades.

(Situation 4, avd 3, observation) Patienten genomgick en PICC-line-inläggning som utfördes av ett team sjuksköterskor. En sjuksköterska stod vid patientens huvud och höll en hand på patientens axel. Behandlande sjuksköterska vände sig mot patienten och talade, varpå patienten nickade.

Sjuksköterska som observerade ingreppet, informerades om att patienten i situation 4 fick information om hur ingreppet skulle gå till av behandlande sjuksköterska.

(Situation 5, avd 3, observation) Sjuksköterskorna i rummet samtalade med varandra, man vände sig till varandra och inte till patienten. Patienten låg tyst på behandlingsbritten i rummet och tittade in i väggen. Ingen fysisk beröring av patienten uppmärksammades.

Observation då dialog fördes mellan läkare och patient inför smärtbehandling gjordes. Läkare inväntade svar från patienten som tilläts tala till punkt.

(Situation 2, avd 2, observation) Patienten kom in på avdelningen gående. Patienten gick framåtlutad och grimaserade. Behandlande läkare hälsade på patienten och de satte sig ner mitt emot varandra. Läkaren och patienten talade växelvis, patienten hade mer samtalstid än läkaren. När patienten talade lyssnade läkaren utan att avbryta och hade ögonkontakt med patienten. Anhörig satt tyst i en stol bredvid. Direkt efter samtalet förflyttade sig läkare och patient till en behandlingsbrits och patienten fick behandling med akupunktur.

Behandlingsmetoder

Behandlingsmetoder som förekom i observationerna var akupunktur, beröringsstimulering och lokalbedövning. Det förekom också tillfällen då inga behandlingsmetoder observerades. Anestesiläkare informerade kring olika farmakologiska behandlingsmetoder som användes på sjukhuset.

Akupunktur användes som behandlingsmetod för att lindra den akuta smärtan. I situation 2, avd 2, där behandling gavs med akupunktur, stod patientens upplevelse i centrum för behandlingen enligt behandlande läkare och redan under behandlingen kunde patienten meddela läkaren att smärtlindring erhöles.

(Situation 2, avd 2, observation) I ett behandlingsrum med flera britsar låg patienten på en brits och fick behandling. De olika britsarna skiljdes åt av flyttbara skärmar. Patienten behandlades med akupunktur, flera nålar fördes in genom huden på olika punkter på kroppen.

(Situation 2, avd 2, info från läkare) Under behandlingen låg fokus på patientens upplevelser. Patienten tillfrågades flera gånger under behandlingen om hur det kändes och behandlingen modifierades efter patientens förmedlade upplevelse. Patienten meddelade att smärtlindring erhöles redan under pågående behandling, men var ej helt smärtfri.

Vid intramuskulär injektion stimulerades beröringsreceptorer för att minska smärtupplevelsen i samband med injektion.

(Situation 3, avd 3, observation) Sjuksköterskan som gav en intramuskulär injektion till patienten förde ett finger lätt fram och tillbaka på närliggande hudområde samtidigt som injektionen gavs.

Sjuksköterskan som givit injektionen hade fört ett finger lätt fram och tillbaka på närliggande hudområde samtidigt som injektionen gavs informerade oss om att detta gjordes för att lindra smärtförmimelsen under injektionen genom att trigga grindeffekten.

På avdelning 3 observerades två inläggningar av PICC-line där behandlingen skilde sig åt.

(Situation 4, avd 3, observation) Patienten gavs lokalbedövning inför inläggningen. Samtidigt talade behandlande sjuksköterska till patienten varpå patienten nickade.

(Situation 5, avd 3, observation) Patienten erhöll ingen bedövning inför PICC-line-inläggning. Ingen riktade samtal mot patienten. Patienten tittade in i väggen och gav inga tecken på försök att bli mer integrerad i situationen.

Situationer där ingen observerbar smärtlindring erhöles, även då det kunde vara indikerat enligt sjuksköterska, observerades.

I en situation (situation 6, avd 4) där patienten skulle få ett operationssår omlagt meddelade behandlande sjuksköterska att smärtstillande inför omläggningen kanske borde ha givits, men gav ingen vidare förklaring till varför det inte gavs.

(Situation 6, avd 4, observation) Under omläggningen vred sig patienten i sängen, grimaserade och hade hårt sammanbitna läppar.

Vid ett annat tillfälle observerades en liknande situation. Då patienten skulle få ett infekterat operationssår beläget till buken omlagt.

(Situation 7, avd 4, observation) Under omläggning spände patienten kroppen och kramade anhörigs hand till synes krampaktigt. Anhörig höll en hand för patientens ögon. Varken smärtbedömning eller smärtbehandling kunde observeras.

Information kring olika farmakologiska behandlingsmetoder och administreringsätt som rekommenderades i riktlinjer som fanns på sjukhuset gavs. Anestesiläkare informerade i situation 8, avd 4, om att intramuskulära injektioner användes som ett vanligt administreringsätt av analgetika på sjukhuset. Intravenös administrering var visserligen rekommenderat men inte lika vanligt förekommande som intramuskulär administrering. Vidare gav anestesiläkaren information om att riktlinjer som fanns på sjukhuset utgick från internationella riktlinjer.

Situationen kring patienten

Sjukhuset var ofta hårt belastat med många patienter och överbeläggningar som resulterade i mycket folk på avdelningarna och runt patienterna. Omläggningar skedde inne på patientsal där flera andra patienter och deras anhöriga befann sig. Två situationer då samma typ av ingrepp utfördes, skedde på olika sätt. Det framkom även att anhöriga i vissa fall tog beslut angående patientens situation.

Situationer där samma typ av ingrepp utfördes, skiljde sig åt i fråga om patientinformation, beröring och möjlighet till ögonkontakt med patienten. I situation 4, avd 3, skulle patienten enligt sjuksköterska genomgå sin första PICC-line-inläggning.

(Situation 4, avd 3, observation) Ett flertal vårdpersonal, 7 personer, befann sig kring patienten som skulle genomgå en PICC-line-inläggning. Patienten låg på en brits som stod längs ena väggen och från bristen till den andra väggen var det omkring en meter. Vårdpersonal som observerade och inte deltog i behandlingen stod tysta längs väggarna utan att påverka utrymmet för behandlande sjuksköterska. Dörren var stängd och ingen kom in under ingreppet. Blickar riktades mellan behandlande sjuksköterska, assisterande sjuksköterska och patient samtidigt som behandlande sjuksköterska och assisterande sjuksköterska samtalande och patienten nickade och sa några få ord.

I en annan situation, situation 5, avd 3, där samma typ av ingrepp skulle utföras genomgick patienten enligt sjuksköterska sin andra PICC-line-inläggning.

(Situation 5, avd 3, observation) Runt om patienten befann sig 7 personer.

Behandlingsrummet var samma som i situation 4. Under ingreppet fördes samtal mellan observerande vårdpersonal samt mellan behandlande- och assisterande sjuksköterska.

Ingen riktade samtal eller blickar mot patienten vars ansikte även täcktes av en steril duk.

Innan patientens ansikte täcktes över, gav patienten inget observerbart uttryck. Anhörig stod utanför rummet och kikade in genom en springa i dörren, men tilläts inte komma in i rummet.

Annan personal kom in i rummet under ingrepp, för att hämta material i ett förvaringsskåp som fanns i behandlingsrummet.

Omläggningar som skedde inne på patientsalen gjordes öppet inför andra patienter och deras anhöriga. Sjuksköterskan riktade blicken mot såret under omläggningen och ej på patienten.

(Situation 6, avd 4, observation) Behandlande sjuksköterska fokuserade på omläggning av operationssåret. Blickar mot patientens ansikte observerades inte under omläggningen.

Anhörig till patienten stod vid huvudändan och pratade till patienten. Omläggningen tog plats inne på patientsal med andra patienter och deras anhöriga närvarade. Draperier att dra för fanns ej.

I en annan liknande situation hjälptes sjuksköterska och läkare åt med omläggningen.

Sjuksköterska informerade att diskussionen mellan sjuksköterska och läkare som pågick under omläggningen handlade om hur såret skulle skötas om och vilka omläggningsmaterial som var lämpligast att använda.

(Situation 7, avd 4, observation) Patienten med infekterat operationssår beläget till buken skulle få infektionen behandlad. Suturerna på större delen av såret togs bort av läkare och mycket pus pressades ut ur såret. En distinkt doft kom från infektionshärden. Läkare och sjuksköterska hjälptes åt med omläggning och diskuterade med varandra under ingreppet. Anhörig stod vid sängens huvudända, kramade om patienten och höll en hand för patientens ögon. I patientsalen där ingreppet skedde fanns flera andra patienter med anhöriga. Draperier att dra för fanns ej.

Anhöriga kunde inverka på vilken information patienten skulle ha och hur patienten skulle skötas om. I vissa fall fick patienten inte veta sin diagnos.

I situation 9, avd 4, stod en grupp anhöriga och samtalade och diskuterade i korridoren på avdelningen. Sjuksköterska på avdelningen informerade om att de stod och diskuterade huruvida patienten skulle få reda på sin diagnos eller ej och hur vidare behandling skulle läggas upp. Det framgick i samtalet med sjuksköterskan att vissa patienter inte fick veta sin diagnos om familjen ansåg detta vara bästa alternativet för sin anhöriga. Patienter kunde även i vissa fall genomgå operation utan att ha fått veta varför operationen gjordes, då anhöriga ansåg att patienten skulle må bättre i ovisshet.

Diskussion

Diskussion av vald metod

I studien har sjuksköterska informerat patienten på kinesiska. Informationen har huvudsakligen varit att två sjuksköterskestudenter från Sverige är på besök på avdelningen. Studiesubjekten har fått möjlighet att välja huruvida dessa sjuksköterskestudenter har tillåtelse att närvara och observera eller ej. Vidare information om vad observationen skulle innefatta har inte givits. Enligt Polit och Beck (2010) ska man i alla empiriska studier, ge studiesubjektet möjlighet att välja huruvida han/hon vill delta i studien eller ej. I observationsstudien vill man i den mån det är möjligt studera en situation eller ett sammanhang så som det faktiskt går till. Då man berättar vad man ämnar studera kan detta påverka studiesubjektet att uppföra sig på ett sätt som denna annars inte skulle gjort, vilket leder till att resultatet inte speglar den verklighet man vill studera. Därför är det väldigt viktigt att man formulerar sig på ett lämpligt sätt vid informationen så att man utan att störa studiens syfte ändå kan respektera observationssubjektets rättigheter (a.a.).

Materialet som inhämtades har försökt hållas så objektivt som möjligt genom att presentera observationerna så verklighetstroget som möjligt, utan tolkning. Emellertid är det svårt att helt frångå sina egna tolkningar och sättet att se på situationen. Enligt Malterud (2003) kan forskaren missförstå en situation som denne observerar. Studiesubjekten kan ha menat något

annat i situationen än vad som uppfattades av observatören. Vidare beskrivs att en händelse kan få många olika versioner beroende på vem som upplever eller observerar (a.a.). Observationen som görs och beskrivningen av denna är subjektiv vilket enligt Carlsson (1996) aldrig kan undvikas.

I Kina finns många socioekonomiska klyftor som beskrivs närmre i bakgrunden vilket gör att alla inte har möjlighet till sjukvård som i Kina bekostas av patienten själv. Skillnader i sjukvården till följd av skillnad i ekonomisk status har inte kunnat observeras då patienter som lever i fattigdom och utan sjukförsäkring inte behandlades på sjukhuset där studien tog plats.

Observatörerna i denna studie kommer från en annan kulturell bakgrund än studiesubjekten och kan således ha svårigheter att förstå vissa situationer som uppstår. Emellertid förhindrar det även i viss mån fältblindhet som enligt Malterud (2003) kan uppkomma då man har stor fältkännedom och upptäckten av ny kunskap kan förhindras då man lätt ser det man förväntar sig att se och missar det som faktiskt skedde. Denna problematik uppmärksammades i situation 5 då observatörerna inte kunde utläsa något uttryck i patientens ansikte. Detta skulle kunna bero på att observatörerna inte var vana vid att läsa ansiktsuttryck hos individer från en kinesisk kultur. Det skulle kunna skilja sig åt mellan olika kulturer.

Vid observationstillfällena har observatörerna stått bredvid och studerat situationen vilket kan ha påverkat studiesubjekten till att ha agerat på ett avvikande sätt utifrån det normala. Situationen kan även ha påverkats för att observatörerna kom från ett västerländskt land. Det tillhör ovanligheterna att studenter och vårdpersonal med västerländskt utseende vistas på sjukhuset där studien tog plats. Visserligen var observatörerna där som sjuksköterskestudenter som har en normal plats på sjukhuset som besöktes. Påverkan på observationen minskar då observatörerna har en naturlig plats i miljön som studeras och genom detta höjs studiens ekologiska validitet enligt Carlsson (1996). Som besökande på sjukhuset finns det även risk att situationerna som observerades var selektivt utvalda av sjukhuset. Det är möjligt att observatörerna inte fick möjlighet att se en fullständig bild av hur sjuksköterskan bedömer och hanterar akut smärta i Kina.

Samtal som fördes under observationerna var på kinesiska och har inte kunnat följas personligen av observatörerna utan har översatts av närvarande vårdpersonal. Översättningen

som skedde på engelska, var i de flesta fall en sammanfattning av vad samtalet handlade om och inte en direktöversättning av vad som sades. Detta kan ha försvårat förståelsen av situationen som observerades och därför har observatörerna försökt att lägga mer fokus på hur samtalet riktades, istället för att använda sig av tolkningen av vad som förmodligen sades.

Även dokumentation har skett på kinesiska och har således inte kunnat granskas.

Genom att personligen närvara får man enligt Malterud (2003, sid 148): ”direkt och omedelbar tillgång till det som händer på fältet” vilket ger ovärderlig information om det man ämnar studera. Genom att befinna sig i den situation som observeras ges möjlighet till djupare förståelse för det som sker och därför anses denna metod vara ett lämpligt val för denna studie.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet av vår studie visar att det fanns stora skillnader i bemötande, behandling och prioritering av akut smärta i Kina.

Bemötande och information

I situationerna 4 och 5 fann observatörerna betydande skillnader i behandling av akut smärta trots att samma ingrepp genomfördes på båda patienterna. Skillnader påvisades i bemötande, behandling och information. I situation 4 genomgick patienten ingreppet för första gången. Patienten i denna situation fick smärtlindring i förebyggande syfte och informerades före och under ingreppets gång. Medan patienten, i situation 5, som hade tidigare erfarenhet av PICC-line-inläggning, varken erhöll smärtlindring inför ingreppet eller mottog information före eller under ingreppet. Patienten med tidigare erfarenhet fick även sitt ansikte och större delen av kroppen täckt av sterila dukar varpå bedömning av smärtan försvårades.

Möjligen påverkade patienternas skilda tidigare erfarenheter bemötandet och informationen. Man kan ha ansett det vara mindre relevant att informera patienten som tidigare hade genomgått ingreppet. Patienten med tidigare erfarenhet kan ha ansetts känna till procedur och utförande kring inläggning av PICC-line. Emellertid bör den risk som finns att patienten inte

minns tidigare ingrepp eller har nya frågor angående ingreppet, göra att behovet av information och stöd återstår. Det är dock svårt att säga om behovet av information utreddes innan ingreppet både på grund av språksvårigheter och att observatörerna inte närvarade under alla förberedelserna. Ingreppet utfördes även av två olika sjukskötersketeam så variationer kan bero på att behandlande sjuksköterska inte var samma. Tydliga riktlinjer och PM hade kunnat hjälpa sjuksköterskorna att utföra mer likvärdiga behandlingar.

Information och förbättrad kunskap hos patienter har stor betydelse för effekten av smärtbehandling. En majoritet av patienterna i en stor studie gjord i Bejing indikerade att smärtutbildningen som de fick var effektiv och till stor nytta (Wang, Zhan, Fransen och Lin, 2012). Den positiva effekten av utbildning påvisades även av Wong, Chan & Chair (2010) som testade Cognitive behavioural approach educational intervention (CBEI) på patienter som skulle genomgå en ländryggsoperation. Behandlande sjuksköterska började den 30 minuter långa behandlingen med att skapa en relation till patienten genom samtal. Vidare gavs information till patienten om smärta och smärthantering följt av avslappningsövningar där patienten skulle återfå kontrollen över sin kropp. Vikten av positivt tänkande kring smärta underströks. Man bedömde att de positiva förändringar man fann i smärthantering och upplevelse av smärta till följd av CBEI, hos experimentgruppen i relation till kontrollgruppen kunde ha berott på de kognitiva förändringarna av behandlingen; information gav förbättrad kunskap kring ämnet och förändrade fördomar om analgetika, såväl som de beteendemässiga faktorerna, där tillämpning av avslappnings- och andningsövningar, och acceptans kring smärtmedicineringen spelade en betydande roll.

Resultat i vår studie visade att smärtbehandlingen i situation 2, där patienten erfor ett gott bemötande, enligt läkaren hade effekt. I flera studier har man talat om bemötande som en placeboeffekt. Som bland annat har kunnat påvisas med hjälp av PET-bilder på hjärnan (Dalén, 2002). Även Ottosson (2001) omtalar att placeboeffekten är bevisad. Man har bland annat dokumenterat att ett gott bemötande, vare sig detta ges med eller utan behandling, ger en snabbare förbättring och tillfrisknande än ett sämre bemötande under samma premisser. Bemötandet kan således vara avgörande för huruvida utfallet blir positivt eller negativt (a.a.). Relationen till sin vårdgivare är således betydande då tillit, trygghet, individualisering och samförstånd är viktiga aspekter för resultatet inom smärtbehandling (Ottosson, 2002).

I situation 3 användes en sensorisk stimuleringsmetod som är ett sätt att uppnå smärtlindring genom att trigga grindeffekten. Chung, Ng och Wong (2002) påvisade i sin studie att smärtupplevelsen i samband med intramuskulär injektion kunde minskas signifikant då man applicerade ett tryck på omkring 200 mm Hg över insticksstället under tio sekunder innan injektion. Via denna studie verifierades att då man triggar grindeffekter minskar man smärtan i samband med intramuskulär injektion.

Resultatet indikerar att patienter som var vid sänkt medvetande och trakeotomerade inte fick någon information inför skötsel av sin trakeostomi. Enligt Tingström-Engström, Linder och Nordblom (2012) är det väldigt viktigt att informera patienten inför åtgärder. Patienten kan även få nedsatt talförmåga vid trakeostomi och det är av vikt att uppmärksamma patientens upplevelser eftersom den begränsade kommunikationsförmågan kan leda till ångest, oro och obehag för patienten (a.a.). När patienter som är vid sänkt medvetande bemöts utan att personal hälsar eller att information ges kan det även få följder för den eventuella smärtan som patienten känner. Sjuksköterskan var i situation 1 inte uppmärksam på patientens upplevelser och patienten som var trakeotomerad och vid sänkt medvetande hade svårt att förmedla om han eller hon upplevde smärta. I samma situation framgick det att man observerade vitalparametrarna för att uppmärksamma huruvida patienten hade smärta eller ej. Då smärta definieras som en subjektiv upplevelse är det väldigt svårt att säga att smärtan kan behandlas adekvat enbart genom att titta på vitalparametrar som blodtryck, puls och andningsfrekvens.

Prioritering

Vi uppmärksammade att i situation 2 hade behandling hög prioritet medan prioriteringen i ett flertal andra situationer var låg. I svenska riktlinjer beskrivs att smärta bör betraktas som en femte vitalparameter och bör behandlas skyndsamt då obehandlad smärta minskar patientens välbefinnande och ökar risken för komplikationer (Rudin et al., 2010).

Skillnaderna kan förklaras av att smärtan inte alltid var den primära orsaken till att patienterna sökte vård. Exempelvis i situation 2 sökte patienten för just sin smärta och i övriga situationer var inte smärtan den primära orsaken till att patienten sökt vård. I situation 6 och 7 var patienterna inlagda på sjukhus till följd av bukoperationer och smärtan var endast sekundär

till operation och operationssår, vilket kan göra att varken patient eller sjuksköterska prioriterade smärtan högst.

En anledning till att patienterna i situation 6 och 7 inte prioriterade smärtan skulle kunna vara att smärtan inte var det första man oroade sig för då patienterna i båda situationerna hade genomgått operation. Vid en operation finns det många saker som kan vara oroande för patienten. Wang, Zhan, Fransen och Lin (2012) fann att det största orosområdet för patienter som skulle genomgå operation var huruvida full återhämtning efter operationen skulle nås, det andra var huruvida operationen skulle förbättra tillståndet eller ej. Först på tredje plats kom oro angående postoperativ smärta. Vilket bekräftar vår tes om att smärtan inte var det största orosområdet och således ej hade högsta prioritering.

Att sjuksköterskan inte prioriterade smärtan kan ha berott på okunskap kring akut smärta. Okunskap kring smärta är enligt Lui, So och Fong (2007) ett problem bland sjuksköterskor i Kina. Om sjuksköterskan inte besitter kunskap om att smärtan bör prioriteras och behandlas finns det risk för att den övergår till långvarig smärta (Perkins & Kehlet, 2000).

Smärtprioritering varierar i Kina vilket bekräftas av Wang, Zhan, Fransen och Lin (2012) som kom fram till att 34,3 % av 40 utvalda sjukhus i Beijing betraktade smärta som en femte vitalparameter och på dessa sjukhus bedömdes smärtan noggrant, medan 30,4 % inte ansåg smärta vara prioriterat, övriga tillfrågade i studien svarade ”vet ej” på frågan angående smärtprioritering. I riktlinjer som finns i Sverige framgår det att smärta bör behandlas med hög prioritet. Smärta är både ett lidande för patienten och det finns risk för att obehandlad akut smärta övergår till långvarig smärta (Perkins & Kehlet, 2000) som i sin tur är den vanligaste anledningen till att patienter söker vård (Andersson, 1999).

Roller och ansvarsområden

På sjukhuset som besöktes vistades många människor, anhöriga, patienter och personal. Sjukhuset var ofta hårt belastat och hade överbeläggningar på de flesta avdelningarna. Sjuksköterskan som har en stor roll i patientkontakten och en viktig roll i smärtbedömning och behandling, tycktes i många fall sakna tid till patienterna vilket antydde av sjuksköterskor på sjukhuset.

En orsak skulle kunna vara tidsbrist och resursbrist som bland annat leder till att sjuksköterskan får svårt att hinna med att se och vårda alla patienter. You et al. (2012) fann även att ju fler patienter som sjuksköterskan ansvarade för desto mer ökade risken för utbrändhet.

Sjuksköterskan i Kina skulle kunna anse att smärtan inte är hennes ansvarsområde. I Kina där antalet läkare är större än antalet sjuksköterskor har läkare även ett större ansvar än sjuksköterskorna. Men enligt globala bevis är det effektivare att ha fler sjuksköterskor än läkare (World Health Organization, 2006). Sjuksköterskan i Kina har ett stort ansvar om den basala omvårdnaden och kan anse att smärta är ett medicinskt vårdbehov. Dessutom vill läkare kanske behålla ansvaret liksom Chan, Chui, Lee, Lai, Li och Gin (2008) påvisade i sin studie där det framgår att kirurger i Kina ville ha en aktiv roll i den postoperativa smärthanteringen. En otydlighet i ansvarsområdena kan göra att ingen riktigt tar ansvaret för patientens smärta och således kan patientens smärta bli underbehandlad eller inte behandlad alls.

En annan anledning till detta är okunskap och bristande intresse för smärta och smärtutbildning. Zhang, Hsu, Zou, Li, Wang och Huang (2008) visade att sjuksköterskors kunskaper angående smärta kan förbättras. Man kom fram till att efter ytterligare utbildning i ämnet smärta kände sjuksköterskorna att de ägnade mer uppmärksamhet till patientens smärta och hade större möjligheter att kunna bedöma smärtan. Innan utbildning gavs kontrollerades kunskaper och attityder angående smärta och det gav väldigt låga resultat, vilket forskarna tror kan bero på den tidigare bristande fokuseringen på smärtutbildning i Kina (a.a.).

Man har kunnat bevisa att ju fler sjuksköterskor med kandidatexamen som arbetar på sjukhuset är starkt relaterat till bättre resultat för patienten och vården. En utbildad sjuksköterska leder till positiva uppfattningar hos patienten på såväl sjukhuset som vården och det leder också till minskad dödlighet och minskad risk för vårdskada hos patienten (You et al., 2012).

Resultatet av vår studie visar att anhöriga hade den stödjande och stöttande rollen i bland annat situation 6 och 7. Eventuellt kan sjuksköterskan ha gett det ansvaret till anhöriga för att hon själv inte hinner med att stötta och trösta patienten i sitt lidande. Travelbee som omnämns tidigare i texten menar att det viktigaste för en sjuksköterska är att uppmärksamma och vårda patienten utifrån dennes upplevelser av sin sjukdom och sitt lidande (Kirkevold, 1992). Men

när sjuksköterskan lämnar över detta ansvar till anhörig tappar hon möjligheten att möta patienten i sitt lidande. Dock är det mycket viktigt för patienten att dennes upplevelser bekräftas även om det inte görs av sjuksköterskan.

Resultatet visar också i situation 9, att patientens rätt till självbestämmande inte alltid respekteras. I Sverige står det både i sjuksköterskans kompetensbeskrivning, i ICN:s etiska kod och i hälso- och sjukvårdslagen att vård ska ges med respekt för människors värdighet. Vi menar att hänsyn till patientens autonomi ingår i att respektera en människa och dennes värdighet. I situation 9 brister det då patientens anhöriga får möjlighet att bestämma huruvida patienten ska få reda på sin diagnos eller ej och inte patienten själv. Emellertid måste det tas i beaktande att man generellt sett lever i en annan typ av kultur i Kina, än den generellt svenska kulturen, nämligen en kollektivistisk kultur som enligt Hanssen (2007) innebär att individens autonomi i hög grad är sekundär och inskränkt av förväntningar och förpliktelser som finns hos den individ som har socialiserats in i en kollektivistisk kultur.

Riktlinjer

Resultatet visar att riktlinjer för postoperativ smärtbehandling fanns, men att dessa inte följdes. Bland annat framkom det i situation 8 att det stod i riktlinjerna att smärtskattningsinstrument som NRS eller VAS skulle användas vid både smärtbedömning och uppföljning, men dessa användes inte alls ute på avdelningarna. Eventuellt kunde det bero på att riktlinjerna nyligen införlivats i vården, eller att man på grund av resursbrist inte hann. Man kan även här finna en förklaring i okunskap. Sjuksköterskan kanske helt enkelt inte är medveten om hur värdefullt användandet av smärtskattningsinstrument kan vara, både i en första bedömning och i uppföljning av patientens akuta smärta. Zhang, Hsu, Zou, Li, Wang och Huang (2008) visade att genom smärtutbildning ökade sjuksköterskornas kunskaper i smärtbedömning och fler använde smärtskattningsinstrument och började även dokumentera smärtan.

Brist på riktlinjer gör att vården, som helst ska ske samstämmigt, skiljer sig åt mer än nödvändigt då det är mer upp till sjuksköterskan själv.

Slutsats och kliniska implikationer

Smärta är ett högst komplext fenomen och en subjektiv upplevelse (IASP, 2011). För att patientens omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga ska tillgodoses, liksom det beskrivs i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005), krävs det klara riktlinjer för att inom omvårdnad kunna ta hand om patienter på bästa sätt. I Sverige är ca 15% av befolkningen födda utomlands (Utrikespolitiska institutet, 2011b). Vilket gör att de vårdsökande kommer med varierande kulturell bakgrund. Därför måste sjuksköterskan ha en medvetenhet om de skillnader i smärtupplevelser, som påverkas av bland annat olika kulturella bakgrunder (Callister, 2003). Sjuksköterskan behöver också se till att relationen till patienten är god och att patienten har tillit till sjuksköterskan för att god smärtlindring ska kunna ges (Werner & Leden, 2010).

Med tanke på att Sverige är ett mångkulturellt samhälle är kunskapen som denna studie bidrar med av vikt i det kliniska arbetet både för att ifrågasätta sin kritiska syn i alla typer av kulturella möten i vården, men även i den direkta vården av patienter som härstammar från den kinesiska kulturen.

Vikten av gott bemötande som framkommer i studien är något som kan vara av relevans även inom svensk sjukvård.

För att smärtlindring ska kunna uppnås krävs också en tydlighet i vem som är ansvarig för vad. Om detta är otydligt finns en risk för att patientens smärta underbehandlas eller inte behandlas alls.

Återkommande i studien var att underbemanning, tidsbrist och okunskap tycktes vara en starkt bidragande faktor till underbehandlad akut smärta. I Kina tycks akut smärta ur sjuksköterskans synvinkel ha låg prioritering och både mer forskning och mer utbildning behöver ges.

Författarnas arbetsfördelning

I skrivandet av bakgrunden har författarna sökt efter information tillsammans. Därefter har inläsning av material delats upp och återberättats så att båda har kunnat ta del av informationen, antingen direkt eller indirekt. Kompletterande materialinhämtning har skett enskilt då en utav författarna har sökt information medan den andra har fortsatt med skrivandeprocessen. Vem som har sökt information och vem som har fortsatt skriva har varierat.

Under observationer har separata observationer gjorts av samma situationer. Detta för att uppnå större validitet för materialet. Därefter har materialet jämförts och analyserats tillsammans. Författarna har varit lika integrerade i sammanställning av resultat. Diskussion kring hur text ska läggas upp har förts kontinuerligt. Granskning av den skrivna texten har gjorts enskilt och därefter har detta diskuterats och ändringar i texten har gjorts gemensamt.

Referenser

- Andersson, H. I., Ejlertsson, G., Leden, I. & Scherstén, B. (1999). Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53(8), 503-509.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber AB.
- Callister, L. C. (2003). Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. *Home Health Care Management & Practice* 15(3), 207-211.
- Calvillo, E. R. & Flaskerud, J. H. (1993). Evaluation of the pain response by Mexican American and Anglo American women and their nurses. *Journal of Advanced Nursing* 18(3), 451-459.
- Carlsson, B. (1996). *Kvalitativa forskningsmetoder*. Stockholm: Liber/Almqvist & Wiksell medicin.
- Carlsson, C. (2010). *Grundläggande akupunktur*. Lund: Studentlitteratur.
- Chan, S. K. C., Chui, P. T., Lee, A., Lai, P. B. S., Li, T. Y. & Gin, T. (2008). Surgeons' attitudes and perception of an acute pain service. *Hong Kong Medical Journal* 14(5), 342-349.
- Chung, J. W. Y., Ng, W. M. Y. & Wong, T. K. S. (2002). An Experimental Study on the Use of Manual Pressure to Reduce Pain in Intramuscular Injections. *Journal of Clinical Nursing* 11(4), 457-461.
- Czfph.com (2011). *Hospital overview*. Hämtad 10 september, 2012, från <http://www.czfph.com/en/index.html>
- Dagens Sjuksköterska. (2011). *Kina satsar på sjuksköterskor*. Hämtad 8 september, 2012, från <http://www.dagenssjukskoterska.se/nyheter/karriar/kina-satsar-pa-sjukskoterskor/>
- Dalén, P. (2002). Är placebotänkandet evidenbaserat? *Läkartidningen* 99(35), 3392-3393.
- Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad: SAUK-modellen för vård och omsorg* (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.



- Hawthorn, J. & Redmond, K. (1998). *Smärta: Bedömning och Behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Hesketh, T., Xue, Ye J., Li, L., & Hong Wang, M. (2008). Health Status and Access to Health Care of Migrant Workers in China. *Public Health Reports* 123(2), 189–197.
- IASP. (2011). *IASP Taxonomy*. Hämtad 31 januari, 2012, från http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions
- IASP. (u.å.). *IASP Chapter: China*. Hämtad 25 oktober, 2012, från <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Chapters&Template=%2FCM%2FHTMLDisplay.cfm&ContentID=1253>
- Kirkevold, M. (1992). *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Liu, K., You, L.-M., Chen, S.-X., Hao, Y.-T., Zhu, X.-W., Zhang, L.-F. & Aiken, L. H. (2012). The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *J Clin Nurs* 21(9-10), 1476-1485.
- Lovering, S. (2006). Cultural Attitudes and Beliefs About Pain. *Journal of Transcultural Nursing* 17(4), 389-395.
- Lui, L., So, W. & Fong, D. (2007). Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. *Journal of Clinical Nursing* 17(15), 2014-2021.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- McDonald, D. D., McNulty, J., Erickson, K. & Weiskopf, C. (2000). Communicating Pain and Pain Management Needs After Surgery. *Applied Nursing Research* 13(2), 70-75.
- OECD. (2011). *Health at a glance*. Hämtad 25 oktober, 2012, från <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49084488.pdf>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007) *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Ottosson, J.-O. (2001). Placeboeffekten behöver inte betvivlas. *Läkartidningen* 98(20), 2434-2435.
- Ottosson, J.-O. (2002). Placeboeffekten förutsätter en god patient-läkarrelation. *Läkartidningen* 99(40), 3977.

- Perkins, F. M. & Kehlet, H. (2000). Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology* 93(4), 1123-1133.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (7 uppl.) Philadelphia: Lippincott.
- Rudin, Å., Brantberg, A-L., Eldh, E. & Sjölund, K-F. (2010). *Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling*. Hämtad 31 januari, 2012, från <http://sfai.se/files/21-9%20Riktlinjer%20för%20postoperativ%20smärtbehandling%20B.pdf>
- Sida. (2010). *Utvecklingen i Kina*. Hämtad 31 januari, 2012, från <http://www.sida.se/Svenska/Lander--regioner/Asien/Kina/Utvecklingen-i-Kina/>
- Sjöström, B. (1995). *Assessing Acute Postoperative Pain- Assessment strategies and quality in relation to clinical experience and professional role*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- SFS 1982:763. Hälsa- och sjukvårdslag. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 27 januari, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Tingström-Engström, A.-L., Linder, A. & Nordblom, E. (2012). *Följder av trakeostomi*. Hämtad 23 oktober, 2012, från <http://www.varhandboken.se/Texter/Trakeostomi/Foljder-av-trakeostomi/>
- Utrikespolitiska institutet. (2011a). *Landguiden: Kina*. Hämtad 25 januari, 2012, från <http://www.landguiden.se/Lander/Asien/Kina>
- Utrikespolitiska institutet. (2011b). *Landguiden: Sverige*. Hämtad 25 januari, 2012, från <http://www.landguiden.se/Lander/Europa/Sverige>
- Wang, Z.-Q., Zhan, S.-Y., Fransen, M. & Lin, J.-H. (2012). Clinical attitudes towards pain treatment post-orthopedic surgery: a multicenter study in Beijing. *Chinese Medical Journal* 125(14), 2499-2504.
- Werner, M. & Leden, I. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber AB.
- World Health Organization. (2006). *Working together for health*. Hämtad 19 oktober, 2012, från <http://www.who.int/whr/2006/en/>
- Wong, E. M.-L., Chan, S. W.-C. & Chair, S.-Y. (2010). The effect of educational intervention on pain beliefs and postoperative pain relief among Chinese patients with fractured limbs. *Journal of Clinical Nursing* 19(17-18), 2652-2655.
- Yoon, K.-I. (2010). The Cultural Effects of Individualism and Collectivism on Social Capital. *International Area Studies Review* 13(2), 187-212.

- You, L.-M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, H., He, G.-P., Hu, Y., ... Sermeus, W. (in press). Hospital nursing care quality, and patient satisfaction: cross-sectional survey of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*.
- Zhang, C.-H., Hsu, L., Zou, B.-R., Li, J.-F., Wang, H.-Y. & Huang, J. (2008). Effects of a Pain Education Program on Nurses' Pain Knowledge, Attitudes and Pain Assessment Practice in China. *Journal of Pain and Symptom Management* 36(6), 616-627.

常州市第一人民医院伦理委员会科研医学审查批件

(2012)科第2号

科研项目	中国和瑞典疼痛护理策略的比较				
临床研究部门	护理部	项目负责人	徐静娟	职 称	主管护师
审 查 文 件 名 称				版 本	日 期
√	伦理审查申请书				2012.05.14
	研究方案摘要				
	申请项目的参考文献及试验前的相关资料				
	知情同意书样本				
	研究者手册				
√	科研设计书				
	产品性能自测报告				
	医疗器械企业营业执照				
	医疗器械注册证				
	检测报告				
	研究者履历表				
	病例报告表				
<p>审议意见:</p> <p>同意在我院开展该课题。</p>					
主任委员 (签名):					
			 医学伦理委员会 (盖章) 2012年05月25日		

伦理委员会联系电话: 0519-68870201
 申请负责人电话: 手机: 15961178970

小灵通:

传真: 0519-86612235
 座机: 0519-68870812

Changzhou First People's Hospital
Ethics Review Application

Code: (2012) No.2

Research Project	Nurse handling of acute pain in Swedish and Chinese institutional care.				
Application Department	Nursing Department	Project Leader	Vera Andersson Paulsson Johanna Dahlberg	Position	Students of Lund University
Application Files				Edition	Date
√	Ethics review application				2012.05.14
	Abstract of Research Project				
	Reference and Related Material				
	Information Consent Form				
	Researcher's Brochure				
√	Research Project				
	Case Report Form				
	Medical Device Manufacturing Enterprise License				
	Product Performance Test				
	Medical Instrument License				
	Medical Device Standards				
	Test Report				
<p>Deliberations:</p> <p style="text-align: center; margin-top: 50px;">Agree to carry our this research project in our hospital.</p> <p style="margin-top: 50px;">Wang Yuetao, Director of Ethics committee</p> <p>Changzhou First People's Hospital</p> <p>25th May, 2012</p>					

Tel Number: 0519-68870201

Fax: 0519-86621235

Observationsguide

Observationsguiden utgår från svenska SFAI:s riktlinjer för akut smärtbehandling.

- Hur bemöter sjuksköterskan patienten? Fysisk beröring?
- Vilken prioritet har smärtbehandlingen?
- Hur bedöms smärtan? Vilka smärtinstrument används?
- Hur fort sätts åtgärder in?
- Vilka metoder används?
- Används komplementära metoder?
- Dokumentation?
- När och hur följs smärtan och smärtbehandlingen upp?
- Övriga reflektioner?