



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors kunskaper och attityder vid bedömning av postoperativ smärta på vårdavdelningar

En litteraturstudie

Författare: Sanna Ekelund & Stella Hedlund

Handledare: Anneli Sundberg

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell
hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskors kunskaper och attityder vid bedömning av postoperativ smärta på vårdavdelningar

En litteraturstudie

Författare: Sanna Ekelund & Stella Hedlund

Handledare: Anneli Sundberg

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Abstrakt

För att undvika onödigt lidande för patienten och minska risken för postoperativa komplikationer, är det av stor vikt att postoperativ smärta behandlas på ett adekvat sätt. Syftet med studien var att, med fokus på smärtbedömning, belysa sjuksköterskors kunskap och attityder vid postoperativ smärthantering samt dess betydelse för behandling av postoperativ smärta. Studien genomfördes i form av en litteraturstudie med integrerad analys, där både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderats. Analysen visade att många sjuksköterskor har bristande kunskaper i smärta och smärtbehandlingsmetoder, att sjuksköterskors och patienters smärtskattningar skiljer sig åt, samt att det är sjuksköterskors smärtskattning som har störst betydelse för vilken behandling de ger. Då utbildning visade sig vara av högre vikt för sjuksköterskors kompetens på området än erfarenhetsår, visar studien även på behovet av ökad utbildning kring smärta, smärtskattning, dokumentation och uppföljning av smärta.

Nyckelord

Postoperativ smärta, attityder, kunskap, utbildning, smärtskattning, smärthantering

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
<i>Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt</i>	5
Personcentrerad vård	6
<i>Smärta</i>	6
Postoperativ smärta	7
Smärtskattning	7
Verbalt beskrivande skalor	9
Problematik vid smärtskattningar	9
<i>Kunskap och attityd</i>	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	11
Datainsamling	11
Dataanalys	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	14
Synen på postoperativ smärta	14
<i>Normalisering av smärta</i>	14
<i>Sjuksköterskans kunskapsöverläge</i>	15
Vanor och attityder vid smärtbedömning	15
<i>Sjuksköterskors prioriteringar vid smärthantering</i>	16
Hur utbildning påverkar attityder och vård vid postoperativ smärta	17
<i>Utbildning för förbättrad förståelse och behandling</i>	17
<i>Tidigare utbildning</i>	18
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	23
Slutsats och kliniska implikationer	26
Författarnas arbetsfördelning	27
Referenser	28
Bilaga 1 (2)	33
Bilaga 2 (2)	34

Introduktion

Problemområde

Patienters smärtupplevelse efter en operation påverkar både deras rehabilitering och hur de upplever den vård de får. En stor del postoperativa patienter drabbas av akut smärta i det postoperativa skedet (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell, & Polomano 2008; Polomano, Dunwoody, Krenzischek, Rathmell 2008). Smärta är även den vanligaste orsaken till återinläggning under den första postoperativa veckan (Dunwoody et al., 2008). Smärta innebär inte bara ett stort obehag för patienten, utan påverkar även stresssystem, nervsystem och patienters mobilitet efter operation, vilket försämrar rehabiliteringen och ökar risken för postoperativa komplikationer (Subramanian, Ramasamy, Chinna & Rosli 2016; Werner 2010). Trots många tillgängliga sätt att behandla smärta på, uppger Polomano et al. (2008) samt Subramanian et al. (2016) att en stor del av patienters smärta är under- eller obehandlad postoperativt.

Studier har visat att det finns en stor kunskapsbrist hos sjuksköterskor vad gäller smärta, vikten av postoperativ smärtbehandling och farmakologiska behandlingsformer (Dunwoody et al, 2008). Sjuksköterskor är rädda för att överbehandla och skapa ett beroende hos patienten, trots att denna risk rapporterats vara mycket liten (Dunwoody et al., 2008; Strayer, Motov & Nelson, 2017). Studier visar även att sjuksköterskor tenderar att undervärdera patienters smärtnivå, jämfört med patienters egna bedömningar (Sloman, Rosen, Rom & Shir, 2005). Det beskrivs också som problematiskt att patienterna själva har bristande kunskaper om smärta, samt att de känner rädsla inför vissa smärtstillande läkemedel, deras effekter och risken för beroende. Vidare tror både patienter och sjuksköterskor att smärta i viss utsträckning är både naturligt och nödvändigt i det postoperativa förloppet (Polomano et al., 2008). Många patienter undviker dessutom att rapportera sin smärta eftersom de inte vill vara till besvär för personal och medpatienter (ibid.). Samtidigt beskrivs rädslan för smärta som stor hos många patienter, med både ångest och psykisk påfrestning relaterat till upplevelsen (Dunwoody et al., 2008).

Tidigare forskning visar att patienter inte får den postoperativa vård som de har rätt till. Patienter blir i stor utsträckning vare sig korrekt smärtskattade eller -behandlade (Dunwoody et al, 2008; Subramanian et al., 2016; Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner & Gallop,

2001), vilket i sin tur får följderna i det postoperativa förloppet med högre risk för komplikationer och onödigt lidande. Genom att ytterligare belysa sjuksköterskors kunskaper och attityder både vid bedömning och behandling av smärta kan förståelsen för problemets ursprung öka och i framtiden leda till förbättringar i den postoperativa vården. Målet med denna litteraturstudie är därför att belysa sjuksköterskans attityder och kunskap vid bedömning av postoperativ smärta, samt huruvida utbildning i smärta och smärtbehandling har en inverkan på sjuksköterskors hantering av postoperativa patienter.

Bakgrund

För att patienter ska få en så bra smärtbehandling som möjligt är det viktigt att sjuksköterskor dels kan bedöma hur mycket smärta en patient känner, samt att de sedan behandlar denna smärta på ett adekvat sätt för att sedan följa upp resultatet. Tidigare studier har visat att sjuksköterskor ofta underskattar patienters smärtnivåer, vilket i stor utsträckning leder till underbehandlad smärta (Sloman et al., 2005). Vidare gör kunskapsklyftan mellan patienter och sjuksköterskor att patienter inte vågar ställa krav på sjukvården när smärthanteringen brister (Polomano et al., 2008).

Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2a§, ställer krav på hälso- och sjukvården för att säkerställa vård av god och säker kvalitet, samt att denna bygger på respekt för patientens integritet och autonomi. Hälso- och sjukvårdslagens riktlinjer är även i enlighet med ett personcentrerat perspektiv för hur vård skall bedrivas, där individens upplevelse bör vara utgångspunkten i allt vårdande (B. Kristensson, 2014).

Föreliggande studie ämnar därför undersöka om ett personcentrerat perspektiv kan öka förståelsen för problematiken i sjuksköterskors rapporterade hantering av postoperativ smärta, samt om ett personcentrerat arbetssätt kan inverka på sjuksköterskors hantering av postoperativ smärta.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att se till människan som en helhet, samt att tillgodose individens behov utöver de kliniskt medicinska. Personcentrerad vård inkluderar psykiska, sociala, existentiella och andliga behov. Det innebär också att patientens upplevelse och syn på sin hälsosituation respekteras i lika hög grad som sjuksköterskans bedömningar (B. Kristensson, 2014). Edvardsson (2011) beskriver att personcentrerad vård även innebär att underlätta för patienten att bli fullvärdig och kapabel i att ta egna beslut gällande sin vård. Vidare skriver han att detta kan förbättra kvaliteten på vården som individen då erbjuds samt leda till vidareutveckling av patientens förmåga till egenvård (ibid.). B. Kristensson (2014) beskriver även hur patienten befinner sig i ett trefaldigt underläge. Dels i ett existentiellt underläge där den som är drabbad av ohälsa är sårbar på grund av sitt hälsotillstånd, dels ett kognitivt underläge där patienten har en begränsad kunskap om sin hälsosituation och orsakerna bakom, och slutligen ett institutionellt underläge där vårdens hierarkiska uppdelning gör att patienten hamnar i ett underläge gentemot vårdpersonalen (ibid.). Ekman (2014) beskriver tre viktiga rutiner inom den personcentrerade vården; Att inleda partnerskapet och ta emot patientens berättelse, att arbeta i partnerskapet för ett delat beslutstagande, samt att bibehålla partnerskapet genom att dokumentera patientberättelsen. Varje steg grundar sig liksom B. Kristensson redogör för, i en respekt för patientens lika värde i förhållande till vårdpersonalen. Att varje persons unika upplevelse är förutsättningen för att kunna erbjuda god vård (ibid.).

Smärta

Smärta definieras som “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.” (International Association for the Study of Pain [IASP], 2012). Det innebär att smärtan innehar tre olika komponenter; En sensorisk där smärtan uppfattas med hjälp av känselreceptorer, en affektiv, känslomässig del med en upplevelse av starkt obehag, samt en kognitiv, tankestyrd, del där individen gör en koppling mellan smärtupplevelsen och den fysiologiska skadan. Både känslan eller obehaget som uppstår och den tankemässiga kopplingen mellan händelse och smärta är subjektiva för varje individ och bör därför tolkas såsom den bedöms av individen

(Rivano, 2010). Flisberg (2016) beskriver smärtupplevelsen som multifaktoriell och både psykologiska- och omgivningsfaktorer har en betydelse för smärtupplevelsen.

Postoperativ smärta

Postoperativ smärta orsakas av en akut vävnadsskada (Flisberg, 2016). Vid postoperativ smärta startas neuroendokrina och inflammatoriska processer som vid långvariga smärttillstånd kan leda till belastning på vitala organ och dess funktioner (Werner, 2010). Processerna orsakar även systemiska reaktioner så som feber, trötthet samt led- och muskelsmärter. En effektiv smärtlindring av postoperativ smärta syftar till att begränsa smärtans fysiologiska effekt på kroppen och därmed minska behovet av postoperativ vård (Werner, 2010; Flisberg, 2016). Att hämma det neuroendokrina stresspåslaget genom god smärtstillning har på så sätt visat sig ha en effekt på minskandet av postoperativa komplikationer, såsom svårt försämrad lungfunktion och pneumonier, kardiovaskulära komplikationer och hjärtinfarkt, samt trombosor och lungembolier (ibid.). Även den gastrointestinala funktionen förbättras betydligt högre takt med adekvat smärtlindring (Flisberg, 2016).

Polomano et al. (2008) menar att sjukvårdspersonal kan räkna med att under- eller obehandlad postoperativ smärta på olika sätt ofta påverkar återhämtning och rehabiliteringsprocessen negativt för patienten (ibid). En effektiv postoperativ smärtbehandling beskrivs även som essentiellt för god kvalitet på vården och kräver en ökad medvetenhet hos sjuksköterskan (Watt-Watson et al., 2001; Gan, 2017). Flisberg (2016) definierar smärta efter operation som postoperativ smärta om smärtan inte är relaterad till tidigare malignitet, kronisk infektion, eller om smärtproblematik inte förekommit redan preoperativt. Författarna beskriver även att risken för utvecklande av långvarig smärta finns i upp till 10–15 procent av alla opererade patienter. Smärtan skall då ha kvarstått i mellan 3–6 månader för att räknas till gruppen långvarig smärta (ibid.).

Smärtskattning

Att bedöma smärta hör i stor omfattning till sjuksköterskans ansvarsområde och innebär bland annat att identifiera möjliga faktorer till uppkommen smärta, skattning av smärttillstånd,

dokumentation och behandling av smärta, samt utvärdering av given behandling (Allvin & Brantberg, 2010). I detta ställs kraven på sjuksköterskan att vara observant och lyhörd, samt i bedömningen utgå från patientens smärtupplevelse. Smärtskattning skall även göras före och efter smärtbehandling samt dokumenteras (Allvin & Brantberg, 2010; Flisberg, 2016).

Patientinformation och delaktighet är av största vikt vid adekvat smärtskattning och bör ges på olika sätt samt vid upprepade tillfällen (ibid.). Svensk förening för anestesi och intensivvård, samt Medicinska kvalitetsrådet har definierat att målet med den postoperativa smärtbehandlingen är att patienten i vila inte uppger mer än 4 på en skala från 0–10 på VAS eller NRS (ibid.). Allvin & Brantberg (2010) konstaterar istället att patienten har rätt att vara helt smärtfri som resultat för smärtbehandlingen. Tre instrument som används i stor utsträckning, och som enligt Allvin och Brantberg (2010) samt Flisberg (2016) har hög validitet och reliabilitet är Visuell analog skala (VAS), Numeric Rating Scale (NRS) och Verbalt beskrivande skalor:

Visuell analog skala (VAS)

Att skatta smärta med VAS innebär att patienten med en markör får placera sin smärta på en vertikal eller horisontal linje, som är 10 cm lång, och går från “ingen smärta” till “värsta tänkbara smärta” (se bilaga 3.). Detta översätts för sjuksköterskan som en gradering mellan 0 och 10, där 0 visar på ingen smärta och 10 på värsta tänkbara smärta för individen (Allvin & Brantberg, 2010; Flisberg, 2016).

Numeric Rating Scale (NRS)

Att skatta med NRS innebär att patienten graderar sin smärta på en numerisk skala från 0–10, där 0 är ingen smärta alls och 10 är för patienten den värsta tänkbara smärta (se bilaga 3.) (Allvin & Brantberg, 2010; Flisberg, 2016).

Verbalt beskrivande skalor

Verbalt beskrivande skalor innebär att patienten får definiera sin smärtupplevelse utifrån exempelvis ingen smärta, måttlig smärta, svår smärta och outhärdlig smärta. Både VAS och NRS kan även användas som verbala skalor (Allvin & Brantberg, 2010; Flisberg, 2016).

Problematik vid smärtskattningar

Trots att patienter har rätt till adekvat smärtbehandling kan de mål med smärtbehandling som tidigare definierats ses som problematiska. Att ha mål kring en subjektiv smärtupplevelse är problematiskt då det är svårt att mäta en subjektiv upplevelse med objektiva mått. Ett sådant problem är exempelvis att olika patienter också hanterar smärta olika, vilket gör att smärtskalornas gradering inte alltid innebär det samma för alla individer (van Dijk Vervoort, van Wijcka, Kalkman, Schuurmansd, 2016). Även det faktum att olika sjuksköterskor och patienter tolkar och använder instrumenten något olika gör att resultatet av en smärtbedömning, av samma patient, kan se mycket olika ut beroende på vem som genomfört den (Bozimowski, 2012). Det har även belysts hur sjuksköterskor som rutin tenderar att fråga patienter om deras smärta på en skala från 1–10. Detta brukar sedan dokumenteras som en VAS-bedömning, när detta i själva verket bör benämnas som en NRS. Sjuksköterskors kunskap om skattningsinstrumenten i sig tycks därför vara bristande, vilket bidrar till ytterligare problematik kring skattningens reliabilitet. Likaså kan målet att vara totalt smärtfri leda till en orealistisk målsättning, där patienter riskerar att börja förlita sig på smärtstillanden i alltför hög grad. Tillfredsställelsen med sjukvården kan då försämrans när förväntningarna på smärtbehandlingen inte kan bli uppfyllda (ibid.). Trots att risken för opioidberoende är relativt låg vid väl övervägd behandling (Strayer et al., 2017), kunde det vara intressant att undersöka om denna typ av målsättning i kombination med andra faktorer kan medföra en ökad risk till opioidberoende för patienter med exempelvis mycket låg smärttröskel.

Kunskap och attityd

Tidigare forskning visar på stora brister i sjuksköterskors kunskaper om postoperativ smärta och smärtbehandling (Polomano et al., 2008; Subramanian et al., 2016). Begreppet *kunskap*

har i förenklad form definierats som en förståelse och färdighet inom ett eller flera ämnen, som grundar sig i studier och erfarenhet hos individen (Nationalencyklopedin, uå). Sjuksköterskors bristande kunskaper om metoder för smärtbedömning har visat sig ha en negativ inverkan på patientens möjligheter till adekvat vård vid postoperativ smärta och rehabilitering (Dunwoody et al, 2008). En okunskap kring både smärta och smärtstillande läkemedel leder även för många sjuksköterskor till en oro och rädsla vid användningen av vissa smärtstillande läkemedel (Dunwoody et al, 2008). Begreppet *attityd* beskriver Aroseus (2014) som en generell inställning och uppfattning om någonting, vilket i stor utsträckning styrs av individens sociala liv och hur dennes attityder tar sig uttryck i en rad andra sammanhang. En människas attityd till något är ofta kopplat till en känslomässig dimension, där personens handlingar i regel influeras av de attityder han eller hon har (ibid.). Vilka attityder och kunskaper sjuksköterskor har vid smärthantering får därför en stor betydelse för den vård som sjuksköterskan ger (Watt-Watson et al., 2001; Gan, 2017).

Syfte

Syftet är att belysa sjuksköterskors kunskap och attityder vid postoperativ smärtbedömning på vårdavdelningar, samt vilken betydelse utbildning har för god smärthantering.

Metod

Föreliggande studie har genomförts i form av en litteraturstudie. Enligt Polit och Beck (2014) är en litteraturstudie en metodisk och kritiskt granskad summering av forskning inom ett specifikt område. Med denna metod kan översikter av befintlig litteratur skapas utifrån ett specifikt syfte, exempelvis sjuksköterskors attityder och kunskaper inom smärthantering. Genom belysning av likheter och skillnader kan en nyanserad bild återgäldas och nya slutsatser dras (ibid.).

Urval

Inklusionskriterier innefattade artiklar publicerade tidigast år 2007, samt endast artiklar publicerade på engelska. Endast studier gjorda på patienter över 18 år inkluderades. I studien inkluderades främst artiklar från länder med en västeuropeisk kultur, med utrymme för enstaka undantag vid hög relevans. Studier om cancerrelaterad smärta samt kronisk smärta exkluderades. Också studier gjorda på postoperativa avdelningar, även kallat uppvaksavdelningar, exkluderades. Exklusioner styrdes ej av kön eller typ av operation då detta inte bedömdes vara av relevans för studiens syfte. Endast studier av hög eller medelhög kvalitet inkluderades (se datainsamling).

Datainsamling

Sökningar är främst gjorda i PubMed med kompletterande sökningar i CINAHL då denna databas är inriktad på omvårdnadsvetenskapliga publikationer. I PubMed användes sökkombinationen i fritext "*postoperative pain*", "*nurs**", "*pain management*", "*surger**", "*clinical**", "*experience* OR attitude* OR assessment**", "*treatment*". Dessa termer kombinerades sedan med den booleska operatör AND (Östlundh, 2012). I CINAHL valdes en annan sökkombination för att få ut flest möjliga relevanta artiklar med så få dubletter från PubMed som möjligt. I CINAHL användes därför kombinationen "*postoperative pain*", "*assessment* OR measurement* OR management**", "*nurs**", "*attitude**".

Tabell 1. Sökschema PubMed

Databas Cinahl	Sökord	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Granskade	Valda artiklar
#1	Postoperative pain	24 396				
#2	Nurs*	766 090				
#3	Pain management	102 487				
#4	Surger*	2 888 793				
#5	Clinical*	4 203 240				
#6	Experience* OR attitude* OR assessment*	2 278 588				
#7	Treatment	9 765 960				
#8	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6 AND #7	109	20	10	6	6

Tabell 2. Sökschema CINAHL

Databas Cinahl	Sökord	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Granskade	Valda artiklar
#1	Postoperative pain	24 396				
#2	Assessment* OR measurement* OR management*	938 537				
#3	Nurs*	766 090				
#4	Attitude*	245 107				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	117	28	14	4	4

Genom att läsa samtliga titlar i båda träfflistorna, kunde de artiklar som inte var i linje med föreliggande studies syfte, samt innehöll någon av förbestämda inklusionskriterier sällas bort (Östlundh, 2012), så som studier gjorda på barn. I enlighet med Östlundhs samt Roséns (2012) rekommendationer så lästes övriga artiklars abstract för att få ett första urval. De artiklar vars abstract var förenligt med studiens syfte lästes sedan i heltext, vilket gav ett andra urval av artiklar. De artiklar som fortfarande ansåg vara av relevans för studien genomgick sedan en kvalitetsgranskning. Granskning av artiklar utgick från Forsberg och Wengströms (2016) granskningsprotokoll för kvalitativa och kvantitativa studier. Utöver detta så har ett egenkonstruerat poängsystem använts. Varje kvantitativ artikel kunde totalt få 10p, där 5-7p var gränsen för medelhög kvalitet och 8-10p för hög kvalitet. De kvalitativa artiklarna har kunnat få totalt 20p, där 10-14p var gränsen för medelhög kvalitet och 16-20p för hög kvalitet. Artiklar av medel eller hög kvalitet inkluderades i föreliggande studie (se bilaga 1.).

Dataanalys

För litteraturstudien har en integrerad analysmetod använts. Enligt Friberg (2012) innebär det ett tillvägagångssätt där helheten från de sökta artiklarnas resultat delas upp efter bärande aspekter, för att sedan sammanställas till en ny helhet som är i enlighet med det valda syftet. Friberg argumenterar även för den integrerade analysen som metod vid resultat bestående av både kvalitativ och kvantitativ forskning (ibid.).

I litteraturen beskrivs ett antal anledningar till varför fler än en forskningsmetod ibland används. Exempel på detta är när en studie ämnar undersöka mer än en aspekt av ett fenomen, samt när man önskar utveckla och utvärdera specifika interventioner (Polit och Beck, 2014). I denna studie kommer dels sjuksköterskors kunskap vid postoperativ smärtbedömning undersökas, men även de bakomliggande föreställningar och attityder som inverkar på deras sätt att hantera smärtbedömningen. Av samma anledning som Friberg (2012) nämner har i litteraturstudien 3 kvalitativa respektive 7 kvantitativa studier inkluderats.

I enlighet med Fribergs (2012) rekommendationer så har studiens båda författare läst samtliga artiklar, för att möjliggöra en högre förståelse för helheten samt möjlighet att kunna lyfta olika perspektiv vid tolkningen av resultat. Både de kvantitativa och de kvalitativa resultaten färgkodades i texten för att sedan överföras till en tabell för att underlätta tematiseringen av

resultaten (se bilaga 2.). Ur dessa bildades sedan huvudteman och subteman som studien kunde byggas på.

Forskningsetiska avvägningar

En av grundpelarna till att forskning kan bedrivas med beaktande av deltagarnas rättigheter, är enligt International Council of Nursing [ICN] det informerade medgivandet (Holzemer, 2003). För att ett medgivande skall vara informerat krävs det att individen har fått ta del av riktig och fullständig information på ett sätt och språk som individen kan ta till sig och förstå. Det skall även tydligt framgå att deltagandet är helt frivilligt samt att det när som helst kan avbrytas utan att detta får negativa konsekvenser för individen (ibid.). För att säkerställa att forskning som använts till föreliggande studie följt ovanstående riktlinjer har endast studier valts ut som blivit granskade och godkända av en etisk kommitté. Huvudsyftet med dessa kommittéer beskriver Holzemer som att skydda och säkerställa att alla individers rättigheter beaktas vid bedrivandet av forskning (ibid.). Holzemer påpekar även vikten av att värna om och extra noga skydda de individer som av någon anledning tillhör en utsatt grupp, så som barn eller andra grupper i beroendeställning (ibid.). I den forskning som föreliggande studie använt har inga barn eller andra särskilt utsatta grupper inkluderats.

Resultat

I syftet att belysa sjuksköterskors kunskaper och attityder av smärta och smärtbehandling framkom vid analys av tillgängliga studier tre huvudteman; *Synen på postoperativ smärta, Vanor och attityder vid smärtbedömning, Hur utbildning påverkar attityder och vård vid smärta.*

Synen på postoperativ smärta

Normalisering av smärta

Sjuksköterskor uppgav att de ofta har en förväntan på att postoperativa patienter upplever smärta. Detta ledde till att de såg smärta som något oundvikligt och normalt (Abdalahim et

al., 2011; Mackintosh-Franklin, 2014). Sjuksköterskor drog även paralleller mellan utfört ingrepp och förväntad nivå av smärta hos patienten, vilket ledde till att patienter med hög smärta efter vad som ansågs vara ett litet ingrepp i stor utsträckning misstroddes av sjuksköterskorna (Rejeh et al., 2009; Mackintosh-Franklin, 2014). Sjuksköterskor hade också ofta en syn på smärta som praktisk snarare än subjektiv, bland annat genom att smärta ansågs vara ett problem i den utsträckning det ledde till en längre eller mer kostsam vårdprocess. Patientens subjektiva upplevelse, i form av emotionella och psykiska påfrestningar nämndes däremot sällan som ett problem (ibid.).

Sjuksköterskans kunskapsöverläge

Sjuksköterskors normalisering av postoperativ smärta ledde till att patienter tyckte det var obekvämt och pinsamt att be om mer smärtstillande än vad de tidigare fått, även om behovet fanns, exempelvis relaterat till att tidigare dos varit för låg (Abdallah et al., 2011; Rognstad et al., 2012). Enligt Rognstad et al. (2012) var risken för att patienter inte vågade säga ifrån vid ökat behov av smärtlindring förstärkt av att relationen mellan patient och sjuksköterska generellt är ojämn. I studien resulterade detta i att patienter ofta förlitade sig på sjuksköterskan i dennes bedömning av smärta och administrering av smärtstillande, vilket också medförde att sjuksköterskor kunde undvika problemet i större utsträckning (ibid.). De patienter som regelbundet efterfrågade smärtstillande menade Rognstad et al. (2012) antingen hade fått bra preoperativ information om smärtlindring postoperativt eller att skattningen och behandlingen av den upplevda smärtan var inadekvat och därmed tvingade patienten till att fråga om mer smärtstillande än vad hen redan fått.

Vanor och attityder vid smärtbedömning

Sjuksköterskors smärtskattning jämfört med patientens upplevelse

Vickers, Wright och Staines (2014) redogör för att patienter som med ansiktsuttryck uttrycker smärta, av sjuksköterskor bedömdes ha högre smärtpoäng jämfört med de patienter som inte gjorde detta. Enligt Dijk et al. (2017) tycktes sjuksköterskor övervärdera smärta av låg intensitet och undervärdera smärta av hög intensitet, vilket tyder på en problematik i båda riktningarna (ibid.). I de fall sjuksköterskor gjorde egna smärtskattningar så visade två studier

att dessa generellt resulterade i lägre smärtskattningspoäng än patienten själv uppgett (Dijk et al., 2017; Wickström Ene et al., 2008; Abdalrahim et al., 2011; Vickers et al., 2014). Ett relaterat problem var att sjuksköterskor och patienter inte alltid hade samma tolkningar av innebörden för de olika smärtgraderingsskalorna NRS och VAS (se metod). Dijk et al. (2012) och Dijk et al. (2017) menade att om patienterna och vårdpersonalen tolkar skalorna på olika sätt är det svårt att mäta vad smärtan i praktiken innebär för den enskilde patienten, om inte kompletterande frågor ställs.

Hur sjuksköterskor uppfattar den egna smärthanteringen

När sjuksköterskor bedömde och uppskattade sin egen kunskap och hantering vid postoperativ smärta tycktes en stor andel vara nöjda med både den egna och kollegornas prestationer (Mackintosh-Franklin, 2014; Rognstad et al., 2012; Vickers, Wright och Staines, 2014). Trots detta finns det beskrivet en stor kunskapsbrist hos sjuksköterskor vad gäller metoder för både behandling och smärtskattning (Francis & Fitzpatrick, 2013; Vickers et al., 2014). Vickers et al. (2014) menade att endast en mycket liten andel sjuksköterskor faktiskt uppnådde en acceptabel kunskapsnivå inom smärta och smärtbehandling. Två studier visade hur en stor andel sjuksköterskor med hjälp av exempelvis vitalparametrar, sömn och fysiska uttryck, ansåg sig kunna bedöma patienters smärta väl och använde sig därför inte av tillgängliga smärtskattningsinstrument (Abdalrahim et al., 2011; Wickström Ene et al., 2008). I en studie ansåg dock majoriteten av de tillfrågade sjuksköterskorna att patienten bäst bedömer sin egen smärta (Vickers, Wright & Staines 2014). Dijk et al. (2017) och Rognstad et al. (2012) belyste vikten av information om smärta och smärthantering både innan och under det postoperativa förloppet för att patienter själva skall kunna ställa krav på den smärthantering som genomförs. Sjuksköterskor själva uppgav generellt att de har en hög medvetenhet om vikten av information till patienterna om smärta och smärthantering (Wickström Ene, 2012).

Sjuksköterskors prioriteringar vid smärthantering

Rejeh et al. (2009) menade att störningar i arbetet för sjuksköterskor var en bidragande faktor till en sämre hantering av smärtpåverkade patienter. De beskriver hur sjuksköterskor många

gångar tvingades göra flera saker samtidigt istället för att fokusera på en uppgift i taget. En upplevd brist på tid, där läkemedelsadministrering tog upp en stor del av sjuksköterskors arbete, kunde leda till att smärtskattningar inte genomfördes korrekt. Studien visade även att om sjuksköterskor skapade en god relation till sina patienter och följde upp smärtbehandlingen, bidrog det till bättre metoder för att hantera postoperativ smärta (ibid.). Tre studier beskrev hur sjuksköterskor på olika sätt ofta bortprioriterade hanteringen av smärta jämfört med andra arbetsuppgifter (Dijk et al., 2017; Rejeh et al., 2009; Wickström Ene, 2012). Anledningar till bortprioriteringarna var den upplevda tidsbristen, vilket ledde till en bristande systematik i dokumenteringen och uppfattningen om att det inte var en rutin värd att försöka upprätthålla (Wickström Ene, 2012). Samma studie beskrev även hur många sjuksköterskor sällan skattade patienter både vid vila och aktivitet och att de sällan använde opioider i profylaktiskt syfte till patienter med smärtproblematik (ibid.).

Kontinuerlig utvärdering och uppföljning av smärtbehandlingar ansågs av de flesta sjuksköterskor vara viktigt för effektiv smärtbehandling, och de uppgav själva att de också oftast genomförde detta (Abdalahim et al., 2011; Wickström Ene et al., 2012; Rognstad et al., 2012). Enligt Wickström Ene (2012) var det trots detta endast en liten andel av alla smärtbehandlingar som följdes upp och dokumenterades. Detta sågs som särskilt problematiskt då sannolikheten för att patienter fick smärtstillande opioider ökade avsevärt om en sjuksköterska dokumenterat patientens smärtskattningspoäng (ibid.).

Hur utbildning påverkar attityder och vård vid postoperativ smärta

Utbildning för förbättrad förståelse och behandling

I två studier som undersökte sjuksköterskors kunskaper och attityder kring smärta ingick implementering och utvärdering av ett utbildningsprogram för sjuksköterskor (Wickström Ene et al., 2008; Abdalahim et al., 2011). Resultaten visade på en generell förbättring i sjuksköterskans hantering av smärta i relation till patientens faktiska smärtupplevelser. Bland annat genom att sjuksköterskors generella kunskap kring smärta, smärtbehandling och opioidpreparat visade sig öka, samt att vissa handlingsmönster förändrades till det positiva (ibid.). Till exempel gjorde utbildningen att flera sjuksköterskor använde sig av

smärtskattningsinstrument, samt skattade smärta när patienter var aktiva och inte bara i vila. Utbildningsprogram ledde även till att frekvensen av dokumentation gick upp liksom det profylaktiska användandet av läkemedel (Wickström Ene et al., 2008). En god kunskapsgrund inom området smärta minskade barriärerna och missuppfattningarna som hindrade sjuksköterskor från att ge en adekvat och välplanerad smärtlindring (Dijk et al., 2017). Trots att antalet år inom yrket gav en något ökad kunskap i arbetsområdet var antalet erfarenhetsår generellt inte kopplat till varken sjuksköterskors upplevda eller uppmätta nivå av kunskap kring smärthantering (Kiekkas et al., 2015; Rognstad et al., 2012).

Tidigare utbildning

Trots att många sjuksköterskor gjorde stora framsteg tydde resultaten på att en del sjuksköterskor håller fast vid många gamla vanor och attityder kring smärta och smärtbehandling (Wickström Ene et al., 2008; Abdalrahim et al., 2011). Förändring av sjuksköterskors attityder inom smärtområdet tycktes starta i ett mycket tidigt skede. Bland annat genom att den utbildning de fått och den inställning som deras tidigare lärare haft till smärta återspeglades i nya sjuksköterskors förhållningssätt inom området. Bristfällig utbildning i smärthantering kunde medföra sämre kliniskt beslutsfattande då sjuksköterskorna menade att de exempelvis endast fått lära sig hur de ska ge injektioner men inte i samma utsträckning hur de ska använda smärtskattningsinstrument. Bättre utbildning i smärta och smärtbehandling under grundutbildningen menade Rejeh et al. (2009) skulle kunna förbättra nyutexaminerade sjuksköterskors förmåga att behandla patienters smärta på ett adekvat sätt under de kommande yrkesåren.

Diskussion

Diskussion av vald metod

I diskussionen ämnar författarna till föreliggande studie gå djupare in på eventuella styrkor och svagheter i tillämpad sökstrategi, riskerna för svarsbias i de valda studiernas metoder samt hur författarnas tolkningar av dessa resultat kan influerats av den egna förförståelsen.

Vidare diskuteras metoden för kvalitetsgranskning, resultatens generaliserbarhet samt hur de kulturella avgränsningarna motiverats.

Sökkombinationer i form av fritextsökningar genomfördes i båda databaserna. Även om J. Kristensson (2014) förespråkar en kombination av fritextsökningar och indextermer, så framkom det genom varierande sökningar att MeSh-termer samt CINAHL-headings begränsade sökträffarna allt för mycket, samt bedömdes utesluta en stor andel relevanta artiklar. Anledningen till detta var att många artiklar inte belagts med indextermer, alternativt med för varierande termer inom samma område för att vår sökning skulle ha möjlighet att fånga upp dessa.

Det var en viss överlappning mellan träffarna i CINAHL och PubMed. Artiklar som påträffades i båda sökningarna kan ses vara av hög relevans för föreliggande studie då de trots varierande sökord uppkommit som träffar. Detta kan dock vara ett tecken på att tillräckligt varierande sökord inte använts för att fånga upp ett bredare spektrum av relevanta artiklar. För att i viss mån motverka detta så varierades även sökorden något mellan de två databaserna, exempelvis användes begreppen *surger**, *clinical**, *experience** i sökningen gjord i PubMed utöver de som var gemensamma för båda databaserna. I studien användes sökorden *postoperative pain*, *nurs**, *pain management*, *surger**, *clinical**, *experience**, *attitude**, *assessment**, *measurement**. Ett antal synonymer samt trunkerade sökord är för det mesta nödvändigt då valda termer och begrepp ofta förekommer i olika versioner och med olika ändelser (Östlundh, 2012). Exempel på detta är begreppet *nurse*, som i artiklarna bland annat uppkommer i formerna *nursing*, *nurses* och *nurses'*. För att få med samtliga artiklar trots detta så användes den trunkerade söktermen *nurs**. Metoden kan ha lett till att balansen mellan relevanta artiklar och s.k. brus inte var ideal. Likaså kan valet att endast basera sökningen på fritextord bidragit till en minskad specificitet och större andel irrelevanta träffar (J. Kristensson, 2014).

För att minska risken för att relevanta artiklar skulle sällas bort applicerades endast två filter på sökningen, nämligen artiklar skrivna efter 2007 och artiklar skrivna på engelska. Valet att begränsa sökningen till tio år bakåt i tiden gjordes dels för att begränsa antalet träffar och dels för att komma åt forskning med högst aktualitet. Bland annat så kan sjuksköterskors kunskaper och attityder inom området smärta tänkas ha förändrats så pass mycket över åren

att äldre litteratur inte speglar dagens läge. Svagheten i detta kan ligga i att något äldre litteratur inte inkluderats trots en eventuellt hög relevans och aktualitet. Vid närmare granskning av litteraturen beskrivs nämligen bristande smärthantering vara ett så stort problem även idag (Apfelbaum, Chen, Mehta, Gan, 2003.), att det kan tänkas att någon betydande skillnad i sjuksköterskors attityder över en något längre tid inte nödvändigtvis har inträffat.

I enlighet med Östlundhs (2012) rekommendationer så har det första steget i inklusionsprocessen varit att genom läsning av titlar exkludera studier som inte var förenliga med studiens syfte. Eftersom titlarna inte alltid speglar innehållet på ett rättvist sätt kan detta steg ha resulterat i att studier med viss relevans exkluderats, detta är dock en risk som är oundviklig vid nämnd urvalsmetod. Artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av Forsberg och Wengströms (2016) granskningsprotokoll i kombination med ett konstruerat poängsystem (se metod). Detta gjordes enskilt av författarna och sedan tillsammans för att kunna diskutera likheter, skillnader och potentiell inkludering i resultatdelen. Enligt J. Kristensson (2014) stärker denna metod trovärdigheten i kvalitetsgranskningen då enskilda författares tolkningar och förförståelser inte riskerar influera det egna resultatet i samma utsträckning. Valda granskningsprotokoll var även tvungna att till viss del modifieras för att det konstruerade poängsystemet (se metod) skulle kunna appliceras, vilket är i enlighet med J. Kristenssons rekommendationer.

Föreliggande studie har dels belyst hur sjuksköterskor själva uppfattar och skattar sina kunskaper, men också hur det tycks förhålla sig i verkligheten. För att få en så bred förståelse som möjligt för problemet har både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderats. Medan den kvantitativa metoden ämnar mäta och kartlägga förekomsten av ett fenomen, kan den kvalitativa metoden hjälpa oss att förstå och förklara det kvantitativa resultatet (Polit & Beck, 2010). I studien har 7 kvantitativa och 3 kvalitativa studier inkluderats. Det låga antalet kvalitativa studier har noterats, vilka för en ideal balans hade kunnat vara fler. Det har kunnat konstateras att utbudet av kvalitativ forskning med fokus på sjuksköterskans upplevelser har varit begränsat vid gjorda sökningar och det är tänkbart att alternativa sökord och sökkombinationer bättre hade fångat upp en större andel kvalitativa studier. Det mycket breda utbudet av artiklar på området har dock gjort det till en utmaning att hitta en balans mellan ett hanterbart sökresultat och relevanta artiklar, vilket ledde fram till att valda sökord i slutändan bedömdes vara tillfredsställande.

För att mäta sjuksköterskors kunskaper och attityder har 7 av 10 inkluderade studier insamlat data genom kvantitativa enkätundersökningar, och 3 studier har använt sig av kvalitativa intervjumetoder. Två studier använde sig av The Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP), som är ett internationellt erkänt och standardiserat formulär med en kombination av sant/falskt och multiple-choice frågor ämnade att mäta sjuksköterskors kunskaper och attityder på området (Ferrell & McCaffery, 2012). Fyra andra studier använde sig istället av konstruerade formulär baserade på nationella och internationella rekommendationer kring smärta och smärthantering. Trots att formulären i sig bedömts ha en hög validitet och reliabilitet så åligger alltid en risk att individers svar influeras av en så kallad social desirability response bias (sv. social önskvärdhet bias) (Crowne & Marlowe, 1960). Detta innebär en generell tendens att besvara formulär på ett sätt som man tror kommer tolkas positivt av andra. Bland annat genom att under- eller överrapportera beteenden, beroende på om de anses vara bra och önskvärda eller inte.

Ett område som är särskilt känslig för denna typ av bias är rapporteringar kring egna kunskaper och förmågor (ibid.), så som sjuksköterskors kunskaper och vanor inom smärthantering. På de frågor där sjuksköterskor fått skatta och värdera sig själva riskerar man därför att frågorna besvarats utifrån hur sjuksköterskan tänker att det borde vara, eller önskar handla, snarare än hur de i verkligheten tänker och handlar (ibid.). Trots att data insamlat via frågeformulär kan ge en lättolkad bild av hur det generellt förhåller sig på berörda avdelningar så hade validiteten i studiernas fynd förstärkts om exempelvis resultat från observationsstudier kunnat bekräfta dessa (Polit & Beck, 2014). Genom observationsstudier är det nämligen möjligt att i högre utsträckning studera hur individer faktiskt handlar snarare än hur de tror eller upplever att de handlar (ibid.). Resultaten har dock bedömts vara förstärkta av att formulären i många fall kompletterats med granskning av patienters journaler, för att utreda huruvida sjuksköterskor exempelvis dokumenterar i den utsträckning de uppgett att de gör.

I enlighet med Fribergs (2012) rekommendationer har föreliggande studie strävat efter att främst inkludera studier gjorda i länder med kultur och sjukvårdssystem som liknar det svenska. Detta för att undvika att större kulturella skillnader i synen på smärta och behandlingsmetoder påverkar resultatet. Även allt för varierande skillnader i sjuksköterskans yrkesroll, så som stora hierarkiska skillnader, eller olika grundutbildnings-system ämnades på

så sätt undvikas. Många studier med ett annat geografiskt ursprung inkluderades inte på grund av att det bland annat var ett fokus på problematiken kring stora hierarkiska klyftor och ett litet utrymme för sjuksköterskor att ta egna beslut i smärthanteringen. Denna problematik ansågs vara så pass främmande för den svenska sjukvården att resultaten inte var jämförbara. Detta bedöms inte gälla studierna gjorda av Rejeh et al. (2009) och Abdalrahim et al. (2011), varför de också ansågs kunna inkluderas. Antalet studiedeltagare och deras demografi varierade i samtliga studier, liksom avdelningarna där studierna genomfördes. Flera av artikelförfattarna nämner hur resultatet från gjorda studier kan vara svårt att generalisera till andra avdelningar och sjuksköterskegruppen av denna anledning. Trots att författarna till de enskilda studierna menat att det funnits svårigheter i att generalisera sina resultat, så har en sammantagen bild av studierna visat på ett flertal gemensamma slutsatser. Detta har av föreliggande studies författare därför tolkats som en möjlighet till generalisering av de huvudfynd som uppkommit vid analysen.

Vidare beskriver Priebe och Landström (2012) begreppet förförståelse som viktigt vid all forskning. Det vill säga hur alla forskare kan och vet en hel del redan innan forskningen påbörjats. Detta inkluderar dels sådant författarna stött på och lärt sig i egenskap av studenter, men även de tankar, värderingar och erfarenheter som insamlats sedan tidigare. Detta innebär att en litteraturstudie inte bara influeras av de metoder och utgångspunkter som valts, utan även av de förkunskaper och erfarenheter som författarna besitter (ibid.). Riskerna med förförståelser ligger dels vid urvalsprocessen, där det finns en risk för att författarna väljer ut de studier som på olika sätt stödjer den egna hypotesen eller åsikten. Risken ligger även vid tolkningen av valda resultat, där författarnas sätt att tolka och värdera informationen kan inverka på vilket material som ingår i det slutgiltiga resultatet (Rosén, 2012). Detta har föreliggande studies författare strävat efter att motverka genom att följa Forsberg och Wengströms (2016) etiska förhållningssätt, att inte medvetet manipulera några resultat eller endast välja ut den information som stödjer en viss åsikt. Detta har bland annat gjorts genom att författarna var för sig har fått läsa och tolka samtliga resultat för att med fler än ett perspektiv kunna granska de tolkningar av texterna som gjorts (Friberg, 2012). Trots att föreliggande studies författare har valt ut huvudfynd, så har fynd som motsagt varandra redovisats genomgående för att motverka risken för att endast resultat som stödjer de egna åsikterna valts ut.

Diskussion av framtaget resultat

Målet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskors kunskap och attityder i relation till postoperativ smärta och postoperativ smärtbedömning samt att utvärdera om utbildning kan bidra till förbättrad smärtbedömning. I resultatet framkom tre huvudteman för vidare diskussion; *Sjuksköterskans uppföljningsansvar*, *Vårdrelationens betydelse och Patientdeltagandet*.

Resultaten från den föreliggande studien visar att många sjuksköterskor ser sig som lika kapabla, eller mer kapabla än patienten, när det gäller att bedöma dennes postoperativa smärta. Dessa skattningar sker vanligen genom värdering av mått så som puls, blodtryck, andning, kroppsspråk och sömnvanor. Sjuksköterskorna använder generellt sett inte smärtskattningsskalor, vilka är tänkta att i högre grad kunna fånga upp smärttillstånd som inte fångas upp med objektiva bedömningar. Sjuksköterskors bristande användning av skalor kan tänkas resultera i att patienters egen smärtupplevelse får liten betydelse i den fortsatta behandlingen. I relation till detta har sjuksköterskor en tendens att undervärdera patienters smärta, men även i en del fall övervärdera den. Detta går till stor del emot det som B. Kristensson (2014) definierar som en grundpelare i den personcentrerade vården, där patientens upplevelser och syn på det egna hälsotillståndet ses som lika värdefull i processen som sjuksköterskans bedömning. Ekman et al. (2011) beskriver hur ett gott vårdande börjar med patientberättelsen. När utrymme ges för patientens narrativ sänder vårdpersonalen ett budskap om jämlikhet och respekt för patientens upplevelser. Fokus läggs då på patientens behov och inte endast de rent medicinska behov som sjukvården identifierat. I många fall ses nämligen patientens smärtupplevelse generellt inte som ett stort problem, så länge det inte påverkar patientens beteende eller uppenbara behov av ökade resurser (Rejeh et al., 2009). Detta tycks bekräfta en syn på patienter som passiva mottagare av den vård som personalen ger, snarare än en viktig deltagare i vårdprocessen.

När patienter får vara delaktiga i behandlingsprocessen genom att tillföra den viktiga kunskap de besitter, nämligen den subjektiva upplevelsen, ökar inte bara chanserna för att rätt vård ges utan det kan även tänkas att patienter känner sig mer tillfreds med vården generellt om de upplever att de blir tagna på allvar i större utsträckning. Relaterat till detta är problematiken vid användandet av NRS och VAS, och huruvida skalorna kan ge en rättvis bild av hur

smärtan påverkar individen. Frågan kan då ställas om det verkligen räcker med att använda skattningsinstrument som det ofta framställs, eller krävs det att sjuksköterskan också för ett samtal med patienten för att få önskad effekt. Likt både B. Kristensson (2014) och Ekman et al. (2011) pekar både Dijk et al., (2017) och Bozimowski (2012) på vikten av att ha ett samtal med patienten i form av ord och inte bara siffror. Genom att fråga rakt ut hur en viss smärtnivå påverkar just den patienten så kan både felskattningar och felbehandlingar undvikas i högre grad (ibid.).

Mackintosh-Franklin (2014) beskriver hur sjuksköterskor ofta drog paralleller mellan typen av kirurgiskt ingrepp och den nivå smärta som patienten förväntades ha. Patienter som upplevde en högre nivå av smärta än vad personalen förväntade sig efter ett visst ingrepp blev i viss utsträckning misstrodda eller ignorerade av sjuksköterskorna (Rejeh et al., 2009). B. Kristensson (2014) beskriver teorin om det trefaldiga underläget där patienten befinner sig i ett kognitivt, existentiellt och institutionellt underläge (se bakgrund). Patienter har jämfört med sjuksköterskor begränsad kunskap om olika kirurgiska ingrepp och dess implikationer vilket gör att patienten blir utlämnad till sjuksköterskans bedömningar om behandlingsåtgärder. Sjuksköterskornas erfarenhet och attityder på området ledde enligt Abdalrahim et al. (2011) och Rognstad et al. (2012) även till en normalisering av smärta från de flesta sjuksköterskors sida, särskilt efter vad som ansågs vara små ingrepp. Det kan här vara intressant att föra ett resonemang kring hur sjuksköterskors attityder befäster sig i handlingsmönster, som på många sätt kan antas blir tydliga för patienterna. Exempel på detta beskrivs av Idvall (2008) och Rognstad et al. (2012), där sjuksköterskors öppet visade attityder vid smärthanteringen ledde till att patienter inte vågade be om smärtstillande utöver det som gavs på rutin, trots ett eventuellt behov av detta (ibid.).

Sjuksköterskors attityder får betydelse för vilka krav patienter vågar ställa på vården. Trots att det vid granskning framkommit att många sjuksköterskor inte besitter tillräckliga kunskaper inom smärtvård, kommer deras kunskaper nästan alltid vara mer omfattande än de patienten besitter. Sjuksköterskornas kunskapsöverläge gör nämligen att patienter ofta förlitar sig på att sjuksköterskan vet bäst och har kontroll på behandlingen, även om den egna upplevelsen är att de inte är nog smärtstillade (Rognstad et al., 2012). Detta är också i linje med vad B. Kristensson (2014) beskriver som ett existentiellt eller kunskapsbaserat underläge. Där den sårbara situationen och patientens utsatthet ökar ojämlikheten mellan sjuksköterska och patient, vilket i sin tur ökar risken för att bristande vård ges utan att patienten har förmågan

eller möjligheten att göra sin röst hörd. Det kan därför ses som relevant att inte bara som sjuksköterska ha en god kunskap inom smärta, även som patient blir det en förutsättning för deltagande i den egna vården (Allvin & Brantberg, 2010; Flisberg, 2016).

För att patienter skall kunna ha mera inflytande i beslutsprocesser som involverar den egna vården krävs det även att de får en god grund att stå på av sjuksköterskan i form av information om postoperativ smärta och vikten av adekvat behandlad smärta. Detta menar även Olsson, Karlsson, Berg, Kärrholm & Hansson (2014) som i sin studie genomförde en implementering av personcentrerad vård för att förbättra förutsättningarna för patienters inkludering i den egna vårdprocessen. Även World Health Organization [WHO] (2015) framhåller vikten av att vårdpersonal ska utbilda patienter och ge dem den support de behöver för att kunna vara delaktiga och fatta självständiga beslut i högre grad.

Om sjuksköterskor har kunskap inom personcentrerad vård och en förmåga samt möjlighet att implementera det som arbetssätt i den dagliga vården, har förhållningssättet och synen på patienter i största allmänhet möjlighet att förändras till det bättre. Om sjuksköterskor förstår vikten av patienters upplevelser och deltagande kan detta tänkas ha en positiv inverkan på sättet som den postoperativa vården bedrivs. Framför allt vid bedömning och behandling av den subjektiva upplevelsen som postoperativ smärta är.

I litteraturen beskrivs vikten av uppföljning och dokumentation för möjligheten att effektivisera och förbättra smärtbehandlingar (Allvin & Brantberg, 2010; Flisberg, 2016). Trots att de flesta sjuksköterskor är medvetna om och säger sig värdesätta detta (Abdalahim et al., 2011; Wickström Ene et al., 2012; Rognstad et al., 2012), är det många sjuksköterskor som bortprioriterar uppföljning och dokumentation. Detta har lett till att stora delar av smärthanteringen förblir odokumenterad (Wickström Ene, 2012). En tänkbar anledning till detta är bristande systematik i dokumentationen, som i sin tur uppges komma ur en brist på tid som främst grundar sig i prioriteringar och störande arbetsmiljö (Dijk et al., 2017; Wickström Ene, 2012). Åttiofva procent av sjuksköterskor i studien av Wickström Ene et al. (2009) dokumenterade ofta eller alltid patienters smärta. Att detta inte var ett ännu högre antal sågs av föreliggande studies författare som problematiskt, då siffran döljer de 18 procent som sällan eller aldrig dokumenterar patienternas smärtskattningspoäng. Dessa 18 procent blir ett fortsatt problem då patienters chanser att få adekvat smärtbehandling grundas i om smärtpoängen dokumenterats (Wickström Ene, 2012.).

Även Rejeh et al. (2009) beskriver hur en god relation till patienten med uppföljning av smärtbehandlingar leder till en förbättrad och effektivare hantering av postoperativ smärta. Detta går även i linje med den tredje rutinen inom personcentrerad vård som Ekman et al. (2011) beskriver, där patientens preferenser, värderingar och önskningar måste dokumenteras av sjuksköterskan för att liksom övriga ingrepp och behandlingar få legitimitet och giltighet. Det blir därför essentiellt för att fortsatt vård skall kunna bedrivas med respekt för patientens upplevelser, samt viktigt för att partnerskapet mellan vårdare och patient skall bibehålla sitt värde. All sådan data menar författarna är av lika stor vikt som kliniska resultat och måste därför hanteras och dokumenteras därefter (ibid).

Slutsats och kliniska implikationer

För att smärtstillade patienter på ett adekvat sätt behöver sjuksköterskor som arbetar med postoperativa patienter bättre kunskaper inom smärta och smärtbehandlingsmetoder. Sjuksköterskor måste även få en ökad förståelse för fördelarna med smärtskattningsinstrument, samt hur dessa bör användas för att smärta skall behandlas utifrån patientens subjektiva upplevelse och inte enbart sjuksköterskans objektiva bedömning. Vidare behövs förbättrade rutiner kring uppföljning och dokumentation vid all smärtbehandling för ökad kontinuitet i vården av postoperativa patienter.

Patienter behöver få information om postoperativ smärta för att lättare kunna förstå och uttrycka de egna behoven, vilket blir extra viktigt när sjuksköterskor brister i sin smärthantering. Genom att sjuksköterskor får en ökad förståelse för smärta och vikten av patientens involvering i smärtskattningar ökar chanserna för att patienter får bra information inför och under det postoperativa förloppet.

Sjuksköterskor behöver få en ökad förståelse för betydelsen av personcentrerad vård och hur patienten genom kunskap om de egna behoven och förmågorna kan bidra till möjligheterna att förbättra och underlätta den postoperativa vården både för patienter och sjuksköterskor. Sjuksköterskor behöver därför få en stabilare grund att stå på när det kommer till smärta, systematisk smärtskattning, behandling samt uppföljning och dokumentation. Framtida

forskning skulle kunna undersöka vilka typer av utbildningar som är effektiva, samt hur sjuksköterskors kunskapsluckor bäst åtgärdas.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetsfördelningen har till stor del varit lika, där artikelsökning genomförts gemensamt för att sedan läsas separat av båda författarna. På så sätt har författarnas olika tolkningar och perspektiv vägts samman för bästa förståelse av materialet. Resultatet har diskuterats och sammanställts tillsammans. Delar av arbetet har även delats upp efter författarnas styrkor och förmågor.

Referenser

Abdalahim, M, S., Majali, S, A., Stomberg, M, W. & Bergbom, I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*, 11(4), sid. 250-255. Doi: 10.1016/j.nepr.2010.11.016

Allvin, R & Brantberg, L. (2010). Postoperativ smärta och omvårdnad. I M. Werner & I. Leden. (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (s. 247–255). Stockholm: Liber.

Apfelbaum, JL., Chen, C., Mehta, SS. & Gan, TJ. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and analgesia*, 97(2), 243–40. Från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12873949>

Aroseus, F. (2013). *Attityder*. Hämtad 14 jan, 2018 från Lätt att lära <https://lattattlara.com/psykologiska-perspektiv/sociokulturellt-perspektiv/attityder/>

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349–354. doi: 10.1037/h0047358

Bozimowski, G. (2012). Patient perceptions of pain management therapy: a comparison of real-time assessment of patient education and satisfaction and registered nurse perceptions. *Pain Management Nursing*, 13(4), 186-193. doi: 10.1016/j.pmn.2010.04.004

Dunwoody, C, J., Krenzischek, D, A., Pasero, C., Rathmell, J, P., & Polomano, R, C. (2008). Assessment, physiological monitoring, and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*, 9(1), s11-21. Doi: 10.1016/j.pmn.2007.11.006

Dijk van, JF., Schuurmans, M., Alblas, E., Kalkman, C. & Wijck, van. A. (2017). Postoperative pain: knowlegde and beliefs of patiens and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3500-3510. doi: 10.1111/jocn.13714

Dijk van, JF., Vervoort. SC., Wijk van, AJ., Kalkman, CJ. & Shuurmans, MJ. (2015). Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 260-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.08.007

Dijk van, JF, Wijck AJ, van., Kappen TH, Peelen LM, Kalkman CJ & Schuurmans MJ. (2012). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing*, 49(1), 65-71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.07.009.

Edvardsson, D. (red.) (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I. (red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Sunnerhagen, K.S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10(2011) 248–251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.

Ferrell, B. & McCaffery, M. (uå). The Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP). Hämtad 15 jan, 2018, från: <http://www.midss.org/content/knowledge-and-attitudes-survey-regarding-pain-kasrp>

Francis, L. & Fitzpatrick, J. J. (2013). Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences. *Pain Management Nursing*, 14(4), 351–357. Doi: 10.1016/j.pmn.2012.05.002

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

Flisberg, P. (2016). Postoperativ smärtlindring. I B. Jeppsson, O. Ljungqvist, P. Naredi, & M. Sund. (Red.), *Kirurgi* (s.101–114). Lund: Studentlitteratur AB

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Gan, T.J. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of pain research*, 25(10), 2287-2298. doi: 10.2147/JPR.S144066

Holzemer, W.L. (2003). *Ethical guidelines for nursing research*. Geneva: ICN.

Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhjem, J. & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nursing Health Science*, 10(2),131–136. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00380.x.

International Association for the Study of Pain [IASP]. (2012). IASP Taxonomy. Hämtad 24 mars, 2017, från IASP: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

International Council of Nursing [ICN]. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Hämtad 18 dec, 2017, från International Council of Nurses, http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Kiekkas, P., Gardeli, P., Bakalis, N., Stefanopoulos, N., Adamopoulou, K., Avdulla, C., Tzourala, G. & Konstantinou, E. (2015). Predictors of nurses' knowledge and attitudes toward

postoperative pain in Greece. *Pain Management Nursing*, 16(1). doi: 10.1016/j.pmn.2014.02.002.

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

Kristensson Ugglå, B. (2014). *Gränspassager: bildning i tolkningens tid*. (2: a upplagan). Stockholm: Santérus Förlag

Mackintosh-Franklin, C. (2014). Registered nurses' personal responses to postoperative pain: a descriptive qualitative study. *Pain Management Nursing*, 15(3), 580-587. doi: 10.1016/j.pmn.2013.03.001.

Morgan, S., & Yoder, L.H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15. doi: 10.1177/0898010111412189

Nationalencyklopedin. (uå). Kunskap. I Nationalencyklopedin. Hämtad 14 jan, 2018, från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kunskap>(hämtad 2018-01-14)

Northern Nurses' Federation (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. [Broschyr]. Oslo: Allservice AS. Från: http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf

Olsson, Karlsson, Berg, Kärrholm & Hansson. (2014). Person-centred care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty—a quasi-experimental study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 9(95). doi: 10.1186/s13018-014-0095-2

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2014]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polomano, R. C., Dunwoody, C. J., Krenzischek, D. A. & Rathmell, J. P. (2008). Perspective on Pain Management in the 21st Century. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(1), 4–14. Doi: 10.1016/j.jopan.2007.11.004

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429–443). Studentlitteratur: Lund.

Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A. & Anoosheh, M. (2009). Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 274-281. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00619.x

Rivano, M. (2010). Psykologiska, sociala, och existensiella aspekter av smärta: Psykologiska aspekter. I M. Werner & I. Leden. (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (s. 63–67). Stockholm: Liber.

Rognstad, M-K., Fredheim, O., Johannessen, T., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2012(26), 545-552. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429–443). Studentlitteratur: Lund.

Sloman, R., Rosen, G., Rom, M. & Shir, Y. (2005). Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 125-32. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03573.x

Strayer, R.J., Motov, S.M., & Nelson, L.S. (2017). Something for pain: Responsible opioid use in emergency medicine. *The American Journal of Emergency Medicine*, 35(2), 337–341. doi: 10.1016/j.ajem.2016.10.043.

Subramanian, P., Ramasamy., Chinna, K. & Rosli, R. (2016). Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *International Journal of Nursing Practise*, 22(3), sid 232–238. Doi:10.1111/ijn.12363

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 20 dec, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

Vickers, N., Wright, S. & Staines, A. (2014). Surgical nurses in teaching hospitals in Ireland: understanding pain. *British Journal of Nursing*, 23(17), 924–929. doi: 10.12968/bjon.2014.23.17.924

Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D. & Gallop, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 535–45. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.02006.x

Werner, M. (2010). Inledning - analgesi vid akut smärta. I M. Werner & I. Leden (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (s. 63–67). Stockholm: Liber.

Wickström Ene, K., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson Gaston, F., Sjöström, B. (2007). Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2042–2050. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02278.x

World Health Organization [WHO]. (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence*. Hämtad: 19 dec, 2017, från:
<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Lund: Studentlitteratur.

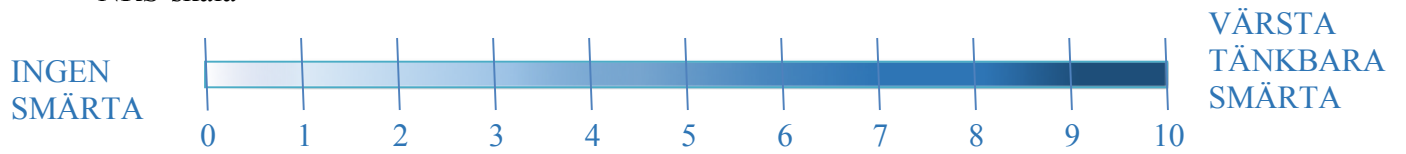
Bilaga 1 (2)

Exempel på artikelanalys

Meningsinnehåll	Subkategorier	Huvudkategorier	Citat
Smärta är av sjuksköterskor en förväntad konsekvens av kirurgiska ingrepp och innebär att många av dem väljer att se smärta som något oundvikligt.	Normalisering av smärta	Synen på postoperativ smärta	”an essential factor - reflection of hospital management policy which makes the nurses, in spite of their desire to relieve the patients’ pain, choose to have the attitude that the patient should be prepared to accept a little pain and also appeared to accept pain as a common ingredient of the pain after surgery.”
Sjuksköterskors och patienters VAS stämmer i stor utsträckning inte överens och får olika stor betydelse vid smärtskattningar. Sjuksköterskors dokumenterade smärtskattning har en större betydelse för smärtbehandlingen som ges än den smärta patienten uppges.	Skillnader mellan sjuksköterskors och patienters skattningar av smärta	Vanor och attityder vid smärtbedömning	”It should be noted that patients’ VAS and nurses’ VAS do not have equivalent roles as often is the case when two observers with the same profession are considered. The patient experiences and suffers pain and the nurse determines the treatment. Obviously, the lack of agreement between patients’ and nurses’ pain scores most likely will be reflected in a lack of agreement also on actual pain treatment. In fact, documented pain scores were more influential than patients’ pain reports and largely determined whether or not the patients would receive opioids.”
Utbildning för sjuksköterskor ökar förståelse och attityder gentemot smärta, liksom förståelsen för patienter som inte upplever sig vara smärtstillade.	Utbildning för förbättrad förståelse och behandling	Hur utbildning påverkar attityder och vård kring smärta	” it would appear that the education about pain can be effective in improving nursing knowledge and attitudes toward pain. These nurses had better understanding about the nature of pain complaints, and their beliefs appeared to have changed.

Bilaga 2 (2)

NRS-skala



VAS-skala

