

**Sjuksköterskors bedömning av postoperativ smärta**  
En litteraturbaserad studie

**Nurses' assessment of post-operative pain**  
A literature-based study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå  
15 Högskolepoäng  
Vårtermin 2011

Författare: Andrea Jansson Lorentzon  
Karin Lövgren

## SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskors bedömning av postoperativ smärta
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Jansson Lorentzon, Andrea; Lövgren, Karin
Handledare:	Karlsson, Christina
Examinator:	Bergh, Ingrid
Sidor:	24
Månad och år:	Mars, 2011
Nyckelord:	Postoperativ smärta, smärtbedömning, sjuksköterska, patient

---

**Bakgrund:** Smärta är en individuell upplevelse som kan vara svår att förmedla till andra men är ett oundvikligt fenomen efter kirurgiska ingrepp. Sjuksköterskor ska utifrån ett helhetsperspektiv bedöma patientens postoperativa smärta. Studier visade att det finns en skillnad mellan sjuksköterskors bedömning och patienters upplevelse av smärta. Smärtbedömningen kan försvåras av flera faktorer.

**Syfte:** Syftet med denna litteraturbaserade studie var att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskors bedömning av postoperativ smärta hos patienter.

**Metod:** En litteraturöversikt som baserades på 15 kvalitetsgranskade och systematiskt valda vetenskapliga artiklar.

**Resultat:** Patienterna upplevde att deras smärta ofta underskattades av sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna ansåg att den verbala förmågan att uttrycka smärta är den viktigaste faktorn för att göra en adekvat smärtbedömning. Sjuksköterskor erkände svårigheterna med att bortse från sina egna värderingar och acceptera vad patienten uttryckte om sin smärta.

**Slutsats:** Sjuksköterskor tenderade att underskatta patienters smärta. Flera faktorer påverkar sjuksköterskan i bedömningen av den postoperativa smärtan där den verbala kommunikationen identifieras som den tillförlitligaste faktorn. Sjuksköterskor måste förbättra smärtutvärderingen och göra den på ett mer metodiskt och kontinuerligt sätt.

## ABSTRACT

Title: Nurses' assessment of post-operative pain

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Jansson Lorentzon, Andrea; Lövgren, Karin

Supervisor: Karlsson, Christina

Examinator: Bergh, Ingrid

Pages: 24

Month and year: March, 2011

Keywords: postoperative pain, pain assessment, nurse, patient

---

**Background:** Pain is an individual experience which can be difficult to convey to others but it is an inevitable phenomenon after surgery. Nurses must assess the patient's postoperative pain from a holistically perspective. Studies indicated that there is a difference between nurses' assessments of pain intensity and patients' experience of pain. Several factors complicate pain assessment.

**Aim:** The aim of this literature-based study was to describe factor that affects nurses in the assessment of postoperative pain in patients.

**Method:** A literature review based on 15 peer-reviewed and systematically selected scientific articles.

**Findings:** Patients felt that their pain was often underestimated by nurses. Nurses considered that the verbal ability to express pain is the most important factor in order to make an adequate assessment of pain. Nurses admitted the difficulty of ignoring their own values and accept what the patient expressed about their pain.

**Conclusion:** Nurses tended to underestimate patients' pain. Several factors affect the nurse in the assessment of postoperative pain which verbal communication is identified as the most reliable factor. Nurses must improve the evaluation of pain assessment and provide it in a more systematic way.

## Innehållsförteckning

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
Definition av smärta .....	1
Olika typer av smärta.....	1
Postoperativ smärta.....	2
Konsekvenser av postoperativ smärta .....	3
Sjuksköterskans smärtbedömning .....	4
Smärtbedömningsinstrument .....	5
Kommunikation .....	6
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv .....	6
PROBLEMFÖRMULERING .....	7
SYFTE.....	7
METOD.....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	8
Analys .....	8
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	9
RESULTAT .....	10
Ta utgångspunkt i patienten.....	10
Lyssna och tolka .....	10
Söka tecken .....	11
Kontinuerlig uppföljning .....	11
Mätinstrumentens betydelse.....	11
Lita till egen bedömning .....	11
Otillräcklig smärtutvärdering .....	12
Bristande rutiner.....	12
Fördomars påverkan.....	13
Fortlöpande kunskapsutveckling .....	13
Yrkeserfarenhet.....	13
Vikten av utbildning .....	14
Resultatsammanfattning .....	14
DISKUSSION .....	15
Metod.....	15
Resultat .....	16
SLUTSATS .....	18

Kliniska implikationer .....	19
REFERENSER.....	20
Bilaga 1. Översikt över artiklar som är valda till denna litteraturstudie	
Bilaga 2. Artikelsökningar i databaser utifrån valda sökord	

# INLEDNING

Förmågan att känna smärta är viktigt och en av de starkaste drivkrafterna för vår överlevnad (Norrbrink & Lundeberg, 2010). Smärta är en vanligt förekommande upplevelse, men trots detta är den svår att förstå och att förklara (Linton, 2005). Enligt undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) är smärta ett folkhälsoproblem som besvärar 71 procent av kvinnorna och 58 procent av männen i Sverige i åldrarna 16-84 år (Statistiska Centralbyrån, 2007). För att kunna möta patienter i sin smärta och ge adekvat och individanpassad vård är det nödvändigt att kunna utföra en så korrekt smärtbedömning som möjligt (a a). Enligt Hawthorn och Redmond (1999) saknar ofta sjuksköterskan insikt om att smärta är ett multidimensionellt fenomen. Detta kan leda till att sjuksköterskan endast fokuserar på den fysiska dimensionen av smärtan, och inte förstår hur emotionella, andliga och sociala faktorer inverkar på patientens smärtupplevelse. Denna bristande insikt kan påverka sjuksköterskans bedömning av patientens upplevda smärta (a a). Målet med sjuksköterskans smärtbedömning är att identifiera typen av smärta, var den är lokaliserad samt hur den påverkar det dagliga livet (Brattberg, 1995). Att bedöma smärta är komplicerat eftersom patientens smärtupplevelse beror på många olika faktorer (Ljungman, 2005). Det finns brister i sjuksköterskans bedömning av postoperativ smärta och många patienter är idag underbehandlade och blir lidande på grund av detta (Mackintosh, 2007). Avsikten med studien är att undersöka vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans bedömning av patienters postoperativa smärta.

# BAKGRUND

## Definition av smärta

Smärta är en fundamental form av mänskligt lidande och en upplevelse som är unik för varje individ (Hawthorn & Redmond, 1999). Smärta definieras av International Association for the Study of Pain (IASP, 1979) som ”en obehaglig sensorisk och/eller känslomässig upplevelse som är förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada”. Smärta är en universell upplevelse som kan omfatta ett brett spektrum av intensitet; från lindriga besvär till outhärdliga plågor (Hawthorn & Redmond, 1999). Enligt McCaffery (1979) innebär smärta: ”pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does” (p. 14). Dessa definitioner betonar att smärta är en subjektiv upplevelse. Smärta är alltid individuell och det går inte att jämföra olika patienters smärta. Smärtans bakomliggande orsaker kan vara både fysiska, psykiska, existentiella och sociala (Lindskog, 2004) och är en av de vanligaste orsakerna till att människor söker vård i Sverige (Linton, 2005).

## Olika typer av smärta

Smärta kan uppvisa sig på olika sätt, från akut till kronisk, från måttlig till olidlig. Smärta beror på många olika orsaker och indelas i fyra undergrupper; nociceptiv-, neurogen-, psykogen-, idiopatisk smärta (Grefberg & Johansson, 2007).

- Nociceptiv smärta

Den vanligaste typen av smärta kallas nociceptiv smärta. Smärtan uppstår genom aktivering av de högröskliga nociceptorerna. Nociceptorer, även kallade smärthereptorer, finns i de flesta av kroppens vävnader (Norrbrink & Lundberg, 2010) och smärtan uppkommer när någon vävnad i kroppen är sargad till följd av skada, inflammation eller sjukdom. Till nociceptiv smärta hör exempelvis benbrott, brännskador, sårskador, reumatisk värk och muskelvärk av olika typer (Grefberg & Johansson, 2007). Den postoperativa smärtan är främst nociceptiv, vilket innebär att vävnadsskadan är själva orsaken till smärtan (Werner & Strang, 2003).

- Neurogen smärta

Neurogen smärta uppstår som en direkt konsekvens av en lesion eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet (Norrbrink & Lundberg, 2010). Den neurogena smärtan kan uppstå på grund av skada eller sjukdom i det centrala nervsystemet och kan uppkomma spontant eller vara stimulusutlöst till exempel via tryck, beröring, vibration, stimulering med annan smärta, värme eller kyla (a a). Den neurogena smärtan är fruktad beroende på dess intensitet och svårighet att behandla. Den neurogena smärtan beskrivs ofta som skärande, stickande, molande, brännande, svidande eller tryckande (Norrbrink & Lundberg, 2010).

- Psykogen smärta

Psykogen smärta beror inte på en somatisk diagnos utan har uppkommit till följd av psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa. De som drabbas av denna typ av smärta har en verklig upplevelse av smärta i kroppen, utan att ha en vävnadsskada. Psykogensmärta är direkt relaterad till en psykisk sjukdom som till exempel ångest, schizofreni, psykos, depression samt hysteriska och hypokondriska syndrom (Norrbrink & Lundberg, 2010). Svår depression kan leda till fysisk smärta. Svår ångest beskrivs ofta som förenad med en olidlig smärta (Grefberg & Johansson, 2007).

- Idiopatisk smärta

Idiopatisk smärta kallas även kroniskt smärtsyndrom (Haegerstam, 2008) eller dysfunktionell smärta (Norrbrink & Lundberg, 2010). Det utmärkande för idiopatisk smärta är att det inte går att finna någon skada eller påverkan som direkt kan kopplas till smärtan (Haegerstam, 2008) samt att den ofta är av långvarig karaktär (Grefberg & Johansson, 2007). Diagnosen för idiopatisk smärta ställs efter att andra typer av smärta har exkluderats och då ingen klar patologi till tillståndet finns, trots grundliga undersökningar.

## **Postoperativ smärta**

Postoperativ smärta är ett komplext fenomen som kan omfatta fysiska, psykologiska, sociala, kulturella och miljömässiga faktorer som kan kopplas samman och påverka hur smärtan upplevs, hanteras och utvärderas (IASP, 2003). Det är varken möjligt eller önskevärt att eliminera all postoperativ smärta, men tekniker finns för att reducera smärtan till godtagbara nivåer. Enligt en studie av Botti, Bucknall och Manias (2004) underskattar sjuksköterskan patientens postoperativa smärta och de tenderar även att rapportera en lägre smärtnivå jämfört med patientens egen skattning. Sjuksköterskor tenderar att behandla utifrån sina egna uppfattningar om patientens smärta och de har även en benägenhet att jämföra olika patienters smärta (a a). Patienten skall informeras preoperativt om smärtlindring som en viktig del av vården. Den patient som är förberedd och väl informerad kan hantera den postoperativa situationen bättre med minskat behov av smärtlindring som följd. Den preoperativa informationen är viktig för att dämpa den postoperativa smärtupplevelsen (Walberg, Dyhre, &

Nilsson, 2008). Dessutom bör patienten informeras om att det är lättare att förebygga smärta än att behandla en redan manifesterad sådan (Gordh & Arnér, 2005). Att förebygga smärtan redan preoperativt och därefter fortsätta med adekvat behandling under och efter operationen, påverkar smärtintensiteten under hela det postoperativa skedet och därmed behovet av analgetika. I en studie av Sjöling, Nordahl, Olofsson och Asplund (2003) framkommer att patienter som får specifik preoperativ information snarare än rutinmässig information, får en lägre upplevelse av smärta efter operationen och därmed färre sammanhängande psykologiska faktorer. Den postoperativa smärtan minskar i snabbare takt, graden av preoperativ ångest är lägre och patienterna är mer nöjda med den postoperativa smärtbehandlingen än de patienter som endast får rutinmässig information. Postoperativ smärta är i de flesta fall fullt behandlingsbar med erkända metoder (Walberg, Dyhre, & Nilsson, 2008).

Grefberg och Johansson (2007) menar att smärta är ett viktigt symptom men är svårt att objektivt mäta och beskriver att det finns skillnader i hur patienten beskriver sin smärta. Beskrivningen kan påverkas av flera faktorer som ålder, social och etnisk tillhörighet, intellekt, tidigare medicinska upplevelser och hur den aktuella livssituationen ser ut (a a). Behandlingskrävande postoperativ smärta förekommer i normalfallet upp till fyra dygn efter kirurgi. En nyopererad patient behandlas, enligt en mycket långvarig tradition, vanligen med standarddoser av opioider intramuskulärt vid behov. Upprepade granskningar visar att metoden ger otillräcklig postoperativ smärtlindring hos cirka hälften av patienterna. Det är därför nödvändigt att förbättra behandlingsrutinerna (Gordh & Arnér, 2005). Den postoperativa smärtan uppstår i direkt anslutning till ett kirurgiskt ingrepp. Smärtan orsakas av vävnadsskadan och den efterföljande inflammationsprocessen, vilka båda är konsekvenser av det genomförda ingreppet. Smärtans intensitet och duration står i direkt förhållande till operationens omfattning, men beror även på skadans lokalisering (Norrbrink & Lundberg, 2010). Vid bedömning av postoperativ smärta är det viktigt att skilja på smärta orsakad av sjukdomstillståndet och smärta orsakad av ingreppet men den bakomliggande orsaken till smärtan säger inget om hur starkt den kommer att upplevas av den enskilde individen. Sjuksköterskan bör därför utgå från att patienter är mer olika än lika. Om en patient säger sig uppleva smärta bör sjuksköterskan ta det på allvar (Hawthorn & Redmond, 1999). Den givna smärtbehandlingen bör kvalitetssäkras genom att patienten regelbundet, helst var tredje timme första postoperativa dygnet får göra en smärtskattning på en Visuellt Analog Skala (VAS) i likhet med den regelbundna registreringen av temperatur, puls och andningsfrekvens. Om smärtskattningen överstiger ett visst värde bör någon lindrande åtgärd vidtas (Arnér & Gordh, 2005).

## **Konsekvenser av postoperativ smärta**

Postoperativ smärthantering är långt ifrån optimal på många kirurgiska avdelningar trots att det finns effektiv analgetika, nya tekniker att administrera dessa och kliniska riktlinjer att följa för smärtlindring (Warrén-Stomberg, Wickström, Joelsson, Sjöström & Haljamäe, 2003). Den ökande förekomsten av smärta och de eventuella konsekvenserna av bristfälligt behandlad postoperativ smärta är förödande för individen och ger även ökade samhällskostnader (Anderson, Green, & Payne, 2009). Missnöjet från patienten kan bli en nackdel för sjukvården i en konkurrensutsatt hälso- och sjukvård. Underbehandling av postoperativ smärta kan leda till att patienten riskerar en längre sjukhusvistelse (Hutchison, 2007). Till postoperativa komplikationer brukar man räkna de som inträffar under de första 30 dagarna efter ett kirurgiskt ingrepp (Bengmark, Bergentz, Rydholm & Zederfeldt, 2000). Postoperativ smärta kan hindra patienten från att mobilisera i den utsträckning som han/hon skulle behöva. Detta är inte bra då mobilisering utgör en viktig faktor i återhämtningen (a a). Obehandlad



postoperativ smärta kan skapa onödigt lidande, ångest, rädsla och depression hos patienten. Det är därför viktigt att säkerställa att patienten får optimal postoperativ vård, sett ur ett folkhälsoperspektiv och ett politiskt perspektiv (Ferrell, 2005).

Obehandlad svår postoperativ smärta har flera skadliga effekter som till exempel takykardi och ökad risk för att utveckla långvariga smärttillstånd (Gordh & Arnér, 2005). Smärta påverkar många organsystem. Det ger förändringar i lungfunktionen, det autonoma nervsystemet, det endokrina systemet, cirkulationen, mag-tarm kanalen och njurfunktionen (Rawal, 2005). Svår smärta i det postoperativa skedet försvårar djupandning och upphostningar av sekret. Urinstämna ses ofta och dessutom ger obehandlad svår smärta kraftiga psykologiska effekter (a a). Det är oetiskt att låta patienten lida av smärta utan att göra adekvata ansträngningar att tillhandahålla en god och kvalitativ smärtlindring (Gunningberg & Idvall, 2007). Smärtbedömning, smärtbehandling och förebyggande av smärta före, under och efter kirurgi ger både korta och långvariga vinster för patienten såsom minskat lidande och tidigare utskrivning (Gordh & Arnér, 2005).

## **Sjuksköterskans smärtbedömning**

Smärtbedömningen beskrivs ofta som ett problemlösande närmande till patienten (Faulkner, 1998). Sjuksköterskan har en avgörande och central roll i smärtbedömningen då han/hon tillhör den yrkesgrupp som träffar patienten mest i dennes smärttillstånd (Hawthorn & Redmond, 1999). Sjuksköterskan har med sin utbildning och erfarenhet den mest omfattande kompetensen inom omvårdnad och har också ansvaret för att leda omvårdnadsarbetet (Kihlgren, Engström & Johansson, 2009). Sjuksköterskan ska identifiera de många faktorer som kan inverka och ha betydelse för patientens smärtupplevelse och smärtuttryck (Hawthorn & Redmond, 1999). En noggrann utförd smärtbedömning och anamnes är en förutsättning för att kunna ställa diagnos samt för att kunna klassificera smärttillståndet och på så sätt kunna välja optimal behandlingsstrategi (Norrbrink & Lundberg, 2010). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall vård och behandling så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Sjuksköterskan kan använda sig av flera metoder för att få information om patienten såsom tal och intervju, kroppsundersökning samt datainsamling genom att ta del av journaler (Ehrenberg, Wallin, & Florin, 2009). Ett sätt för sjuksköterskan att få värdefull information om hur patienten mår är att ställa öppna frågor till patienten. Sjuksköterskan bör rikta all fokus på patienten och ta sig tid att lyssna och bekräfta patienten och att ha förmåga att analysera det som har blivit sagt samt rapportera och dokumentera för att inga missförstånd skall kunna uppstå (Redke, 1999). Det är viktigt att sjuksköterskor ser patientens smärta ur ett helhetsperspektiv och inte bara inriktar sig på insatserna kring smärtan. Smärtbedömning är en komplicerad process som kan försvåras av flera faktorer som brist i kommunikationsförmåga hos vårdpersonalen, värderingar, attityder hos såväl personal som patienter och anhöriga, samt ovilja eller oförmåga hos patienterna att uttrycka smärta (Hawthorn & Redmond, 1999). Om en patient med smärta inte får adekvat smärtbedömning kan det leda till att han/hon inte heller får effektiv behandling. För att ge patienten optimal smärtbehandling skall vården vara individanpassad, eftersom varje patient reagerar olika (Resnik, Rehm & Minard, 2001).

Det finns olika faktorer som inverkar på den enskilde individens upplevelse av och tolerans för smärta (Hawthorn & Redmond, 1999). Faktorerna kan vara smärtans mening, personens kulturella ursprung, religion, upplevelse av kontroll av smärta, kön samt emotionella faktorer (a a). Detta kan enligt Travelbee (1971) leda till att det blir svårt för sjuksköterskan att göra en

korrekt bedömning av smärtan. Sjuksköterskan kan aldrig vara säker på att smärtan som bedömts faktiskt är detsamma som den patienten upplever (a a). En väsentlig anledning till varför sjuksköterskan och patienten ofta kommer fram till skilda bedömningsresultat vid smärtuppskattning är att samma typ av skada kan ge upphov till olika sensoriska upplevelser hos olika patienter, men även olika sensoriska upplevelser hos samma patient i olika situationer (Harrison, 1991).

## Smärtbedömningsinstrument

Det finns idag ett behov av mätinstrument inom vården som kan hjälpa både patienter och vårdgivare att nå en lyckad smärtbedömning (Williamson & Hoggart, 2005). Smärtbedömningsinstrument har en fundamental plats inom vården men används inte enbart för att patienten skall kunna kommunicera sin smärta, utan även för att visa hur patienten svarar på behandlingen. Nyckeln till effektiv tolkning av patientens smärta ligger i patienternas förmåga att använda dessa instrument, men även hur väl vårdgivarna kan tolka svaren. Smärtintensiteten är förmodligen den enklaste dimensionen av smärta som kan mätas men svaren är inte alltid enkla att tolka. När patienter använder sig av smärtbedömningsskalor utbyts mer information om deras smärta än bara intensiteten (a a). Vilka mätinstrument man skall välja beror på flera faktorer såsom smärtans komplexitet, patientens verbala förmåga, allmäntillstånd, smärtintensiteten vid bedömningstillfället, patientens koncentrationsnivå samt kognitiva förmåga (Hawthorn & Redmond, 1999).

- Visuell Analog Skala (VAS)

Eftersom smärtupplevelsen varierar mellan olika personer kan sjuksköterskan med hjälp av en VAS-skala få en bild av patientens upplevda smärta (Williamson & Hoggart, 2005). VAS-skalan är en linjal där patienten med hjälp av en markör kan självuppskatta hur ont han/hon har. På vänster sida av skalan finns siffran 0 vilket betyder ingen smärta. Till höger finns siffran 10 vilket innebär värsta tänkbara smärta. Alternativt kan skalan ställas upp i vertikalt läge för att illustrera hög eller låg smärta. På baksidan är skalan graderad i centimeter och där finns även en verbal skala. Williamson och Hoggart (2005) framhåller olikheterna i mätningresultatet när VAS-skalan används både horisontellt och senare även vertikalt för att få fram samma patients smärtupplevelse. Därför föreslås att en och samma grafiska orientering skall användas då smärtbedömning görs på en och samma patient (a a). Att avläsa kroppsspråket är betydelsefullt som komplement till VAS-skalan för att få en helhetsbild av den enskilde patientens smärta (Redke, 1999). Bristfällig smärtlindring kan bero på sjuksköterskans otillräckliga smärtbedömning, vilket kan förbättras genom rutinmässigt användande av VAS-skalan (Stalnikowicz, Mahamid, Kaspi & Brezis, 2005).

- Numerical Rating Scale (NRS)

NRS består oftast av siffror från 0 till 10, eller 0 till 100. NRS-skalan har ofta även ord i respektive ände som är avsedda att representera ytterligheterna av smärtupplevelsen, såsom ingen smärta till värsta tänkbara smärta. Patienterna instrueras att välja den siffra som bäst motsvarar intensiteten av den upplevda smärtan (Katz & Melzack, 1999). En fördel med NRS är att patienten inte behöver se skalan när bedömningen görs (Gift, 2009).

- Verbal Rating Scale (VRS)

VRS består av en serie ord som beskriver smärtan ordnad från lägsta till högsta intensitet. När patienten använder VRS kan han eller hon gradera sin smärtintensitet med hjälp av de ord som bäst beskriver intensiteten av den upplevda smärtan (Katz & Melzack, 1999). De termer

som används i VRS kan variera mellan exempelvis ingen smärta, mild smärta, lätt smärta, måttlig smärta, medelsvår smärta, svår smärta eller outhärdlig smärta (Rawal, 1999).

## **Kommunikation**

I sin enklaste form kan kommunikation definieras som utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter (Eide & Eide, 2007). Ordet kommunikation kommer från latinets ”communicare” vars betydelse är att göra något gemensamt, göra någon delaktig i något (Eide & Eide, 2006). Kommunikation är en blandning av språk, tal, gester, kroppsrörelser och ögonkontakt. I kommunikationsprocessen lär sjuksköterskan känna patienten och kan göra en bedömning av de omvårdnadsbehov som finns (Hawthorn & Redmond, 1999). Enligt Socialstyrelsen (2005) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska är sjuksköterskan ansvarig för att få till stånd en god kommunikation med patienten. Att kunna kommunicera är viktigt för sjuksköterskan i mötet med patienten, dels för att få den information han eller hon behöver men också för att skapa en relation. Om sjuksköterskor upplever det problematiskt eller saknar förmåga att kommunicera med patienter finns det risk för att smärtbedömningarna blir ytliga och att åtgärderna och behandlingen av smärtan baseras på ofullständig information (Hawthorn & Redmond 1999).

## **Omvårdnadsteoretiskt perspektiv**

Joyce Travelbee är en interaktionsteoretiker och hennes omvårdnadsteori är främst inriktad på den mellanmännsliga dimensionen, relationen mellan sjuksköterska och patient. Enligt Travelbee (1971) är lidande och smärta något individuellt och har en central roll i omvårdnaden. Smärta är ett begrepp som används för att beteckna en viss typ av mänsklig erfarenhet. Smärta är svårt att skatta men Travelbees definition av omvårdnad grundar sig på den existencialistiska människosynen där lidande och smärta inte går att undvika utan är en ofrånkomlig del av livet. Kommunikationen har en central plats i Travelbees teori och den är en förutsättning för att uppnå målet inom omvårdnaden, vilket är att hjälpa patienten att bemästra sin sjukdom och finna en mening med upplevelsen. Det är genom kommunikation sjuksköterskan interagerar med patienten för att på så sätt skapa den mellanmännsliga relationen. Med kommunikation menas verbala och icke-verbala uttryck. Kommunikationens syfte är att sjuksköterskan skall komma närmre och lära känna patienten, för att patientens individuella behov skall tillgodoses. Varje människa är en unik varelse och det är betydelsefullt att sjuksköterskan inte låter sina egna värderingar om hur en patient bör vara färga hans/hennes syn på patienten eftersom detta påverkar relationen till patienten. Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan över tid skaffar sig en egen mental måttstock över smärtan som patienten ger uttryck för. Om en patient med nageltrång uppsöker vård har han/hon generellt mindre ont än en patient som kommer in med en pågående hjärtinfarkt, enligt sjuksköterskans egna mentala måttstock. Det sjuksköterskan inte uppmärksammar när hon/han använder denna måttstock är att varje människa är unik och kommer att svara på smärta på sitt eget unika sätt. Det kan vara svårt för sjuksköterskan att känna andras smärta, men det är värre att som patient inte bli trodd i sin smärtupplevelse. Sjuksköterskan behöver ha insikt om hur interaktionen med patienten kan upplevas och hur detta kan påverka patienten och dennes smärttillstånd. Det är viktigt att sjuksköterskan har i åtanke att det är han/hon som har ansvaret för skapandet av den relation som krävs för att vården ska uppfattas som god av patienten (a a).

# PROBLEMFÖRMULERING

Sjuksköterskans postoperativa smärtbedömning är en komplicerad process som kan påverkas av flera faktorer. Forskning visar att det finns brister i sjuksköterskans postoperativa smärtbedömning. Patienter som har ont uttrycker smärta på olika sätt. Smärta är en oundviklig form av mänskligt lidande och en upplevelse som är unik för varje individ. Trots detta visar forskning att sjuksköterskan ibland tenderar att jämföra patienters smärta. Forskning visar även att sjuksköterskan kan underskatta patientens smärta samt att skattningen skiljer sig från patientens egen uppfattning om sin upplevda smärta. Att sjuksköterskan gör en korrekt bedömning av patientens postoperativa smärta är avgörande för att kunna ge en adekvat behandling. Obehandlad postoperativ smärta kan ge konsekvenser för patienten såsom förändringar i lungfunktionen och i det autonoma nervsystemet samt ett onödigt lidande. Då sjuksköterskan har en central roll i bedömningen av patientens postoperativa smärta är det betydelsefullt att få ökad kunskap om vilka faktorer som kan påverka smärtbedömningen.

## SYFTE

Syftet med denna litteraturbaserade studien är att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskors bedömning av postoperativ smärta hos patienter.

## METOD

Den metod som valts är en litteraturoversikt och enligt Friberg (2006) har en litteraturoversikt till uppgift att skapa en översikt över rådande kunskapsläge. Studien som följer är baserad på tidigare forskning, såväl kvalitativ som kvantitativ. Det kan vara en fördel att kombinera dessa båda metoder, då de kan komplettera varandra eftersom de täcker in olika infallsvinklar, något som ofta ger en mer fullständig bild av det som undersöks (Eliasson, 2006). Ett ökat kunskapsvärde kan skapas genom att sammanställa flera studiers resultat till en ny helhet som kan användas i praktiskt vårdarbete. Studien grundas på kvalitetsgranskade, systematiskt utvalda och analyserade vetenskapliga artiklar.

### Urval

Urvalet består av 15 vetenskapliga artiklar där studier med både kvalitativa och kvantitativa metoder inkluderats för att de svarar upp mot föreliggande studiers syfte. Övriga inklusionskriterier var artiklar som publicerats mellan åren 2000-2010, artiklarna belystes ur sjuksköterskors perspektiv, var vetenskapligt granskade, samt publicerade på engelska. Artiklarna fanns tillgängliga i fulltext i databaserna alternativt i tidskrift. Studier om postoperativ smärta hos barn exkluderades. Artiklarnas titel lästes under sökningens gång för att se om de passade in mot studiens syfte. Om en titel ansågs passande för syftet lästes även artikelns sammanfattning, vilket gjordes hos sammanlagt 74 artiklar. Av dessa valdes 15 artiklar som svarade an mot syftet ut och de och granskades av båda författarna.

## **Datansamling**

Datansamlingen började med att sökord definierades. Sökorden var pain, assessment, post-operative, nurse, patient, surgical. Efter en första sökning utökades sökorden till pain, assessment, nurse, nursing unit, postoperative, surgical, competence, managing. Artiklar söktes i databasen CINAHL och Elin@Skövde, som senare kom att heta Lib Hub, då det är omfattande databaser över omvårdnadsvetenskapliga artiklar. Olika trunkeringar och kombinationer av sökorden användes för att få med alla böjningar av sökorden. Sökorden kombinerades med AND-sats eller och-sats i varje databas där det var möjligt. Kvalitetsgranskning av texterna gjordes enligt Fribergs (2006) modell som innehåller kvalitetsnivåerna hög, medel och låg. Artiklarna granskades med hänsyn till följande områden; problemformulering, kunskapsteoretiska utgångspunkter, metod, syfte, urval, analys och etiskt resonemang. Varje område skulle vara väl beskrivet i de artiklar som valdes ut för studien. Texterna valdes ut systematiskt så att de svarade upp mot föreliggande studies syfte. Först lästes artikelns titel igenom och var denna intressant lästes även sammanfattningen. Ansågs sammanfattningen lämpligt för studien lästes hela artikeln igenom. De 15 artiklarna som valdes ut presenteras i en artikelöversikt i bilaga 1. I bilaga 2 presenteras en översikt över sökningarna, antalet funna artiklar och antalet artiklar som bedömts ha ett sakinnehåll som överensstämmer med studiens syfte.

## **Analys**

Datamaterialet analyserades utifrån en modell av Friberg (2006). Inledningsvis så lästes artiklarna igenom enskilt upprepade gånger för att få en uppfattning om vad de handlade om samt för att få en kunskapsöverblick över det valda området. Anteckningar gjordes under tiden för att få en mer samlad bild av studierna. Artiklarnas resultat granskades med fokus på studiens syfte och därmed urskiljdes nyckelfynd i varje studies resultat. Artiklarna sammanfattades och diskuterades gemensamt för att se om de överensstämde. Därefter skrevs artiklarnas syfte, metodens hållbarhet och resultat ned och jämfördes. Utifrån en modell av Friberg (2006) gjordes en kvalitetsbedömning av artiklarna samtidigt i denna analysfas. När kvalitetsbedömning gjorts lästes artiklarna än en gång för att identifiera de centrala delarna i artiklarnas resultat. En sammanställning av varje studies resultat gjordes och på så sätt skapades en tydlig översikt över det material som analyserades. Resultaten fördes över i ett dokument för att få en överskådlig bild där likheter och skillnader identifierades. Vidare diskuterades likheterna och skillnaderna mellan de valda artiklarna där meningsbärande enheter togs fram. De meningsbärande enheterna kondenserades vilket innebar att meningarna blev kortare samtidigt som de behöll sin essens. Därefter identifierades det centrala innehållet i de kondenserade meningarna och benämndes med en kod. Koderna sorterades in i kategorier med underkategorier och med hjälp av färgpennor fick varje kategori sin egen färg för att ge en tydligare överblick. Följande fyra kategorier kom fram ur analysen: (i) Ta utgångspunkt i patienten, (ii) Kontinuerlig uppföljning, (iii) Otillräcklig smärtutvärdering samt (iv) Fortlöpande kunskapsutveckling. Följande två underkategorier framkom ur kategori (i): lyssna och tolka samt söka tecken. Ur kategori (ii) framkom mätinstrumentens betydelse och lita till egen bedömning. Ur kategori (iii): bristande rutiner samt fördomars påverkan och ur kategori (iv) framkom underkategorierna: yrkeserfarenhet samt vikten av utbildning. Kategorierna och underkategorierna utgör tillsammans studiens resultat och sammanfogades till en ny helhet. Avslutningsvis presenteras en översikt av kategorierna och underkategorierna från analysen av datamaterialet i tabell 1 i resultatdelen.

## **ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Enligt Forsberg och Wengström (2003) bör etiska överväganden och forskningsetiska riktlinjer följas vilket har gjorts i denna studie. Vetenskapsrådet (2010) anger att forskare alltid måste vara hederliga med sina resultat. Litteraturstudiens material har presenterats utan att några förfalskningar eller medvetna feltolkningar gjorts av de ursprungliga texterna. En forskare får aldrig förvränga, förfalska, vilseleda eller plagiera data. Artiklar som ingår i studien är vetenskapliga, vilket säkerställer att de är godkända av en forskningsetisk nämnd (Stryhn, 2007). Studien har inte förvrängts med ändamålet att överensstämja med syftet eller på ett vilseledande sätt gjort avsteg från de vetenskapliga kraven (Medicinska forskningsrådet, 2003). Tolkning från engelska till svenska har gjorts så korrekt som möjligt.

## RESULTAT

Analysen av datamaterialet resulterade i fyra kategorier samt åtta underkategorier vilka presenteras i tabell 1. I följande presenteras dessa tillsammans med betydande sammanfattningar och citat.

**Tabell 1.** Översikt av kategorier och underkategorier som har framkommit från analysen av datamaterialet.

Kategori	Underkategori
Ta utgångspunkt i patienten	Lyssna och tolka Söka tecken
Kontinuerlig uppföljning	Mätinstrumentens betydelse Lita till egen bedömning
Otillräcklig smärtutvärdering	Bristande rutiner Fördomars påverkan
Fortlöpande kunskapsutveckling	Yrkeserfarenhet Vikten av utbildning

### Ta utgångspunkt i patienten

#### Lyssna och tolka

Sjuksköterskan måste lyssna och tolka vad patienten säger för att på så vis göra en adekvat smärtbedömning (Klopper, Andersson, Minkkinen, Ohlsson & Sjöström, 2006; Kim, Schwartz-Barcott, Tracy, Fortin & Sjöström, 2005). Vidare menar Sjöström, Dahlgren och Haljamäe (2000b) att smärta är ett komplext fenomen där den enda som faktiskt kan avgöra smärtnivån är patienten själv. Flera studier (Klopper, et. al., 2006; Manias, Bucknall & Botti, 2005; Dihle, Bjølseth & Helseth, 2006) har visat att genom att om sjuksköterskan använde sig av direkta frågor om patientens smärtupplevelse fick de ett mer konkret svar. Om sjuksköterskan sedan valde att upprepa frågorna var patienten mer öppen med att berätta om sin upplevelse av smärtan. Enligt Manias, et. al. (2005) kan en ineffektiv kommunikation vara ett hinder för smärtbedömningen.

Den verbala kommunikationens betydelse ses som den tillförlitligaste faktorn i bedömningen av patientens smärta (Manias, Bucknall & Botti, 2004 och Dihle, et. al., 2006). Det verktyg som sjuksköterskan använde sig av flitligast i den postoperativa smärtbedömningen var språket (Manias, et. al., 2004 & Dihle, et. al., 2006.)

## **Söka tecken**

I en studie av Kim, et. al. (2005) framkom att det är betydelsefullt att sjuksköterskan såg helheten när han/hon bedömde patientens postoperativa smärta. När sjuksköterskan skapade sig ett helhetsintryck av patienten inkluderades ansiktsuttryck, kroppsspråk, vitala tecken som blodtryck och puls, hudens utseende samt vilken position patienten låg i (Kim, et. al., 2005; Klopper, et. al., 2006; Sjöström, Jakobsson & Haljamäe, 2000a). Vidare tolkades grimaser som ett tydligt tecken på smärta (Manias, Botti & Bucknall, 2002; Manias, et. al., 2004). En sjuksköterska uttryckte vad hon lärt sig att observera som:

*"You learn to look at pressure, pulse, breathing, colour and so on".* (Sjöström, et. al., 2000a, s 275).

Heikkinen, Salanterä, Kettu och Taittonen (2005) menade att ett stigande blodtryck och förhöjd puls var en osäker smärtindikator. Pulsen och blodtrycket påverkades av flera andra faktorer och författarna menar att sjuksköterskan tenderade att överskatta patientens smärta om denne har ett ökat blodtryck eller förhöjd puls. Klopper, et. al. (2006) och Manias, et. al. (2004) menar att patientens reaktion på beröring och palpation av det nyopererade området var ett bra sätt att bedöma patientens postoperativa smärta. Enligt Manias, et. al. (2005) kan otydliga signaler såsom jämrande och stönande leda till en sämre smärtbedömning, vilket då kan få konsekvenser för ett stort antal patienter som inte kan kommunicera verbalt.

## **Kontinuerlig uppföljning**

### **Mätinstrumentens betydelse**

I en studie gjord av Layman-Young, Horton och Davidhizar (2006) undersöktes sjuksköterskans attityder och tillit till smärtbedömningsinstrument och hur deras åsikter stod i relation till utbildning och erfarenhet. Det framkom att det generellt hölls en något positiv attityd till smärtbedömningsinstrument och att utbildning har en positiv inverkan på attityden av användningen. Sjuksköterskorna ansåg att instrumenten hjälpte dem att fastställa patientens totala välbefinnande och komfort samt att effektivt bedöma patientens smärta. En annan positiv faktor med smärtbedömningsinstrumenten ansågs vara att de tillhandahåller objektiva och mätbara uppgifter.

Heikkinen, et. al. (2005) beskrev tre smärtskattningsskalor; visuell analog skala (VAS), numerisk skala (NRS – numerical rating scale) och verbal skala (VRS-verbal rating scale). Av studien framkom att det som var viktigast inte var vilket smärtbedömningsinstrument som användes, utan att patientens smärta metodiskt och kontinuerligt bedömdes. Wickström-Ene, Nordberg, Bergh, Gaston-Johansson och Sjöström (2008) jämförde vilket VAS värde sjuksköterskan hade dokumenterat med det VAS värde som patienten själv angav. Det visade sig att sjuksköterskan ofta undervärderade svår smärta och övervärderade mild smärta hos patienterna.

### **Lita till egen bedömning**

Enligt Dihle, et. al. (2006) och Kim, et. al. (2005) framkom att sjuksköterskan kände till smärtbedömningsinstrumenten men sällan använde dem därför att de litade på vad patienten sa om sin smärta. Att sjuksköterskan inte använde smärtbedömningsinstrumentet kunde även



bero på att de tyckte att smärta från kirurgi var lätt att identifiera. En sjuksköterska förklarade varför hon litade på vad patienten sa så här:

*“You listen to the patient; what the patient tells you is usually true, because the patient is the one experiencing the pain.”* (Kim, et. al., 2005. s.7).

Sloman, Rosen, Rom och Shir (2005) gjorde en jämförelse mellan sjuksköterskans bedömning av smärta med hjälp av smärtbedömningsinstrument och patientens egna smärtupplevelser. Med hjälp av VAS-skalan och ett frågeformulär graderade 95 patienter och 95 sjuksköterskor smärtnivån. Först graderade patienten och sedan kort därefter gjorde sjuksköterskan en oberoende bedömning. Denna studie visade tydligt att sjuksköterskan undervärderade patientens smärtupplevelse.

Warrén-Stomberg och Öman (2006) menade att äldre patienter kan ha svårare att förstå informationen som gavs om VAS-skalan än vad yngre patienter hade. Enligt Manias, et. al. (2005) kunde sjuksköterskan ibland bagatellisera patientens VAS -skattning och bedöma den som mindre viktig. Det var viktigare för sjuksköterskan att se att patienten kunde hosta utan besvär än att ge smärtlindring trots att patienten skattade en sju på VAS-skalan. Det framkom även att sjuksköterskan använde smärtskattningsinstrumenten bara när de tillfrågades att kartlägga smärtans framsteg.

Även Klopper, et. al. (2005) belyste att sjuksköterskan tenderade att underskatta patienters smärta. I deras studie framkom att sjuksköterskor i 23 fall av 36 underskattade patientens smärta vid VAS-skattning. Att sjuksköterskor underskattade patientens smärta var en brist i hans/hennes yrkesmässiga ansvar (Sloman, et. al., 2005).

## **Otillräcklig smärtutvärdering**

### **Bristande rutiner**

Sjuksköterskor hade olika förmåga att läsa av patientens tecken på smärta; både verbala och icke verbala (Dihle, et. al., 2006; Kim, et. al., 2005; Manias, et. al., 2004). Manias, et. al. (2004) menade även att sjuksköterskan var dålig på att fråga patienten om deras smärtstatus mellan de ordinarie medicinutdelningarna. I studien gjord av Dihle, et. al. (2006) och Manias, et. al. (2002) visade observationerna på en otillräcklig smärtutvärdering av sjuksköterskan. Observationerna visade att utvärderingen endast skedde efter intravenös smärtlindring, men det fanns inga självklara rutiner för denna utvärdering. Dihle, et. al. (2006) observerade att utvärderingen skedde på ett osystematiskt och inadekvat sätt. Manias, et. al. (2002) påvisade tidsbristen som en faktor som negativt påverkade utvärderingen av patientens smärta. Enligt Klopper, et. al. (2006) var det viktigt att utvärdera om medicineringen hjälpt patienten, annars fanns risken att man övermedicinerade patienten. I Manias, et. al. (2004) och Manias, et. al. (2005) studier framkom att sjuksköterskan ibland prioriterade andra aktiviteter före den postoperativa smärtbedömningen. Såsom att gå rond och att avsluta medicindelning. Patientens smärta prioriterades lägre och framstod som mindre viktig i sammanhanget.

I studien av Dihle, et. al. (2006) framkom att sjuksköterskor ofta sa en sak men sedan gjorde en annan. Sjuksköterskor hade den teoretiska kunskapen om centrala frågor i smärtbedömningen men använde dem inte alltid till fullo i den kliniska bedömningen. Om

sjuksköterskor istället skulle göra de saker de säger att de ska göra och använder sin kunskap rätt skulle detta kunna leda till en mer adekvat smärtbedömning (a a).

Manias, et. al. (2004) och Klopper, et. al. (2006) kom fram till att sjuksköterskan inte gjorde en komplett smärtbedömning av patienter som hade svårt att kommunicera verbalt eller patienter med en demenssjukdom, vilket i sin tur ledde till att patienten blev underbehandlad. I flera studier framkom det att sjuksköterskan tenderade att ignorera patientens smärta trots att patienten gav tydligt uttryck för den (Dihle, et. al., 2006; Manias, et. al., 2005; Manias, et. al., 2002). Att inte en komplett smärtbedömning gjorts förklarades av sjuksköterskor så här:

*” And too often... if the patient doesn't communicate we just assume he isn't in pain”* (Klopper, et. al., 2006. s.17).

### **Fördomars påverkan**

Patientens kön, ålder och etnicitet har visat sig påverka sjuksköterskans postoperativa smärtbedömning (Klopper, et. al., 2006; Hirsch, Jensen & Robinson, 2010; Svensson, Sjöström & Haljamäe, 2001). Sjuksköterskorna var inte alltid medvetna om att deras fördomar påverkade deras beslut i smärtbedömningen (Hirsh, et. al., 2010). I Klopper, et. al. (2006) hade sjuksköterskan observerat att patienter med olika etnisk bakgrund upplevde smärta på olika sätt. Studien visade att när det gällde kulturella skillnader så ansågs svarta människor generellt ha en högre smärttolerans än vita och asiater.

Kim, et. al. (2005), Klopper, et. al. (2006) och Manias, et. al. (2004) beskrev att sjuksköterskan standardiserade patienten och att de ansåg att patienten borde förväntas uppleva en viss grad av smärta beroende på vilken sjukdom, operation eller vilken anestesi som används. I flera fall uttryckte sjuksköterskan att patienten måste acceptera viss smärta (Manias, et. al., 2005).

Klopper, et. al. (2006) påpekade att det fanns sjuksköterskor som inte till fullo litade på sina patienter. Detta på grund av att det fanns patienter som ljög om sin smärta på grund av sitt drogberoende. I dessa fall var det viktigt för sjuksköterskan att vara vaksam i sin smärtbedömning. Vidare menade Klopper, et. al. (2006) att sjuksköterskor ibland inte litade på patientens smärtberättelse genom att bedöma efter erfarenheter från tidigare patienters liknande operationer. Enligt Sjöström, et. al. (2000a) var det av yttersta vikt att sjuksköterskan ändrade sitt perspektiv och istället fokuserade på vad som är unikt för varje patient istället för att generalisera.

## **Fortlöpande kunskapsutveckling**

### **Yrkeserfarenhet**

Erfarenhet var viktigt för att kunna se helheten i den postoperativa smärtbedömningens komplexa natur och det bör understrykas att erfarenhet kan bilda en känslighet inför smärtbedömningen (Sjöström, et. al., 2000b). Genom sin erfarenhet skaffade sig sjuksköterskan en klinisk blick, vilket i sin tur gav en ökad tilltro till egna bedömningar (Sjöström, et. al., 2000a). Sjuksköterskans erfarenhet var till hjälp för dem att lita på att patienten var den enda som kunde avgöra om han eller hon har ont. I denna studie framkom

även erfarenhetens betydelse för att få en mer bredare bild av patientens smärtupplevelse (Kim, et. al., 2005).

### **Vikten av utbildning**

Enligt Layman-Young, et. al. (2006); Sloman, et. al. (2005); Wickström-Ene, et al. (2008) var utbildning på smärtområdet relaterat till en något mer positiv attityd till smärtbedömning bland sjuksköterskorna. Den kliniska kunskapen som sjuksköterskan har hjälper till att förstå och förbättra bedömningen av patienter med postoperativ smärta (Sjöström, et. al., 2000a).

### **Resultatsammanfattning**

Resultatet från denna litteraturöversikt visar att sjuksköterskan tenderar att underskatta patienters postoperativa smärta. Den verbala kommunikationen ses av sjuksköterskor som den mest tillförlitliga faktorn för att göra en adekvat smärtbedömning. Sjuksköterskor anser att valet av smärtbedömningsinstrument inte är det viktigaste i den postoperativa smärtbedömningen utan att patientens smärta metodiskt och kontinuerligt bedöms.

# DISKUSSION

## Metod

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva faktorer som är av betydelse för sjuksköterskan vid bedömning av postoperativ smärta hos patienter. Både kvalitativa och kvantitativa studier ingår i denna litteraturöversikt därför att de svarade an mot studiens syfte. Friberg (2006) menar att avsikten med en litteraturöversikt är att skapa en överblick över kunskapsläget inom ett visst vårdvetenskapligt område eller ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde. Anledningen till att genomföra studien efter Fribergs (2006) beskrivning av metod för en litteraturöversikt är att både kvalitativa och kvantitativa artiklar kunde inkluderas, vilket gav föreliggande studie en bredare översikt. Vid artikelsökningen användes databaserna CINAHL, Elin@Skövde samt LibHub. Genom att använda olika kombinationer av sökord som ansågs relevanta till syftet, gav sökningen ett större antal träffar. Användandet av databaserna kändes väsentligt, då de är omfattande databaser över omvårdnadsvetenskapliga och medicinvetenskapliga artiklar. I några av sökningarna blev det många träffar vilket ledde till att mycket tid gick åt för att läsa igenom sammanfattningarna. Totalt lästes 74 sammanfattningar. Litteraturöversiktens resultat baseras på 15 vetenskapliga artiklar.

Fem artiklar är utförda i Sverige (Sjöström, et. al., 2000a; Warrén Stromberg, et. al., 2006; Sjöström, et. al., 2000b; Svensson, et. al., 2001; Wickström Ene, et. al., 2008), tre artiklar är utförda i Australien (Manias, et. al., 2002; Manias, et. al., 20004; Manias, et. al., 2005), tre artiklar är utförda i USA (Kim, et. al., 2005; Hirsh, et. al., 2010; Layman, et. al., 2006), en artikel är utförd i Israel (Sloman, et. al., 2005), en artikel är utförd i Finland (Heikkinen, et. al., 2005), en artikel är utförd i Norge (Dihle, et. al., 2006) samt en artikel är utförd i Syd Afrika (Klopper, et. al., 2006).

Alla artiklars resultatdel lästes igenom tillsammans av båda författarna och diskuterades, för att se att tolkningen skett på likartat sätt. Samtliga artiklar var på engelska och för att minska risken för feltolkning av artiklarnas innehåll användes engelsk-svenska ordböcker samt översättningsprogram på internet. Då engelska språket har fler ord och synonymer än svenska språket var det svårt att komma fram till en tillförlitlig översättning. Risken fanns ändå att resultatet kunde feltolkas eller att vissa ord fick en annan betydelse. Det var en utmaning att bedöma om fakta i de granskade artiklarna verkligen svarade mot syftet eller om det var författarnas egen tolkning. Trots grundligt arbete kan relevant fakta ha förbisetts.

En kvalitetsgranskningsmodell av Friberg (2006) användes även för att se att innehållet i artiklarna höll en hög kvalitet. Efter kvalitetsgranskningen som innehöll kvalitetsnivåerna hög, medel och låg bedömdes elva av artiklarna vara av hög kvalitet och fyra artiklar bedömdes vara av medel kvalitet. Bilaga 1 presenterar de 15 artiklar som inkluderades i litteraturstudien samt deras kvalitetsgrad vilket gör det enkelt att få en överskådlig bild av artiklarna. Alla artiklar som valdes ut var godkända av etiska kommittéer.

Studien kunde även ha utförts som en empirisk studie med intervju och/eller observationer och då hade en mer aktuell data kunnat användas. Detta tillvägagångssätt valdes dock bort på grund av tidsaspekten och författarnas kunskapsnivå. Att föreliggande studie har två författare som gemensamt läst igenom samtliga textmassor och diskuterat fram kategorier ses som en styrka. En nackdel med föreliggande studie kan vara att vissa resultatartiklar har samma författare, vilket kan göra att man får ett ensidigt perspektiv. För att öka studiens trovärdighet har så nya artiklar som möjligt valts ut. Resultatet stärks med citat vilket kan öka studiens

trovärdighet. I flera artiklar har samma resultat framkommit, vilket ytterligare stärker trovärdigheten. Av föreliggande studies resultatartiklar är åtta stycken gjorda i europeiska länder och sju stycken är gjorda i andra världsdelar, vilket styrker denna studies överförbarhet.

## Resultat

Syftet med föreliggande studie var att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskors bedömning av postoperativ smärta hos patienter. Syftet har uppnåtts då resultaten visar på flera faktorer som påverkar den postoperativa smärtbedömningen. Resultaten diskuteras här utifrån den förståelse författarna fått från studiens resultat i relation till Joyce Travelbees omvårdnadsteori samt forskning och litteratur som relaterar till ämnet.

Det är angeläget att sjuksköterskor tror på patienter och deras upplevelse av sin smärta. Det är väsentligt att sjuksköterskan ser patienten som unik och hjälper denne att bemästra upplevelsen av sin smärta (Travelbee, 1971). Mac Lellan (2004) framhåller i sin studie att trots all forskning inom smärtproblematiken förekommer oacceptabelt höga smärtnivåer hos patienter i postoperativ vård. Resultaten visar att sjuksköterskor tenderar att underskatta patientens smärta. Detta verkar vara ett vanligt förekommande fenomen som även bekräftas av Pudas-Tähkä, Axelin, Aantaa, Lund & Salanterä (2009), Lauzon-Clabo (2008). I Idwall, Berg, Unosson och Brundin (2004) studie framkommer det att patienterna upplever sin smärta värre än vad sjuksköterskorna bedömer den vara under de första 24 timmarna efter det kirurgiska ingreppet. Enligt Werner och Strang (2003) finns det många anledningar till att postoperativ smärta underskattas. Sannolikt är det så att kommunikationssvårigheter och misstolkning av patientens smärtuttryck, att patienternas smärtupplevelse förringas, sjuksköterskans bristande kontroll med smärtinstrument samt otillräckligt smärtutvärdering är bidragande orsaker till underskattningen av patientens postoperativa smärta. Om inte adekvat smärtbedömning utförs kan inte effektiv behandling ges (Resnik, Rehm och Minard, 2001). Det kan tyckas vara självklart att sjuksköterskans bedömning ska baseras på patienternas enskilda upplevelser eftersom smärtupplevelse är en subjektiv känsla. Ingen annan än individen själv kan känna den aktuella smärtintensiteten. Varje människa svarar på smärta på sitt eget unika sätt (Travelbee, 1971). Trots sjuksköterskans kompetens och kunskap, är det patienten som är experten.

Resultaten visar att det är viktigt att sjuksköterskorna tar utgångspunkt i patienten när de gör postoperativ smärtbedömning, vilket innebär att en fysisk, psykisk, social och andlig dimension hos patienten måste beaktas. Objektiva bedömningsmetoder har visat sig vara viktiga för sjuksköterskan i smärtbedömningen. Sjuksköterskorna tittar på patientens ansiktsuttryck och kroppsspråk för att få en helhetsbild av patienten och det är i linje med resultaten i Lauzon-Clabo (2008) studie. De sjuksköterskor som litar på patientens uttryck har oftast en väl fungerande kommunikation med patienten, vilket bekräftas av Hawthorn och Redmond (1999) som menar att en god dialog är det som sjuksköterskan främst behöver för att uppmärksamma den postoperativa smärtan hos patienten. Resultaten tydliggör att sjuksköterskorna anser att den verbala förmågan att uttrycka smärta är den viktigaste för att kunna göra en postoperativ smärtbedömning. Travelbee (1971) menar att målet med kommunikation är att komma fram till vad just denna patient upplever som sitt problem och vilka behov som finns. Sjuksköterskorna är överens om att det patienterna säger om sin smärta och hur de säger det är avgörande för smärtbedömningen. En förutsättning för tillförlitlig smärtbedömning är god kommunikation mellan sjuksköterska och patient, men även mellan olika vårdgivare. Denna kommunikation bör uppmuntras organisatoriskt, genom

att fokus flyttas från effektivitet till kvalitet genom att sjuksköterskan ges större förutsättningar att vara närvarande i mötet med patienten. Hur man kommunicerar med patienten är något som belyses som viktigt i resultaten. Det är betydelsefullt att sjuksköterskan reflekterar över hur hon ställer sina frågor till patientens angående dennes smärta. Det är viktigt med direkta och raka frågor för att på så sätt få ett mer konkret svar om patientens smärtupplevelse. Det är sannolikt så att en del patienter inte klagat över sin smärta i onödan och raka frågor kan då underlätta för dem att berätta om sin smärta. Enligt Linton (2005) hjälper dessa raka frågor patienten att formulera sina problem. Frågorna bör vara sådana att de inte kan besvaras med bara en eller två ord, utan de behöver en förklaring. Linton (2005) menar vidare att färdighet i kommunikation omfattar psykologiska aspekter på smärta. Dessa färdigheter hjälper sjuksköterskan att bättre förstå patientens situation och behov och gör att en mellanmänsklig relation kan skapas (Travelbee, 1971). Att bemästra kommunikationsfärdigheter underlättar för sjuksköterskan att hjälpa patienten att ta eget ansvar.

Resultatet visar enligt Manias, et. al. (2005) att sjuksköterskan ibland kan förringa patientens VAS -skattning och bedöma den som mindre viktig. En patient som säger sig ha ont har alltid ont (Bengmark, Bergentz, Rydholm och Zederfeldt, 2000). Detta skiljer sig från resultatet i Klopper, et. al. (2006) studie, som påpekar att det finns sjuksköterskor som inte till fullo litar på patienters smärtupplevelser. Att inte bli tagen på allvar eller bli betrod i sin smärtupplevelse kan vara förödande för patienten vilket rimligtvis leder till att patienten förlorar förtroendet för sjuksköterskan. Smärtan är vad patienten säger att den är (Hawthorn & Redmond, 1999). I resultaten framkommer att de erfarna sjuksköterskorna använder sig av sin erfarenhet i smärtbedömningen. Att de använder sina tidigare erfarenheter kan leda till att sjuksköterskornas egna fördomar överskuggar smärtbedömningen före patientens upplevda behov. Möjligen kan det också vara så att den erfarna sjuksköterskan dömer patienten i förväg och att denne då aldrig får någon chans till individanpassad vård. Haegerstam (2008) menar att smärta är en individuell upplevelse och att sjuksköterskan inte skall låta sig påverkas av sin erfarenhet när hon smärtbedömer en patient. Alla patienter svarar olika på smärta beroende på om det finns yttre faktorer som, omedvetet eller medvetet, är med och påverkar smärtupplevelsen (a a). Sjuksköterskorna i Richards och Hubberts (2007) studie erkänner svårigheterna med att bortse från sina egna värderingar och acceptera vad patienten uttrycker om sin smärta. Resultaten visar att patientens etnicitet påverkar sjuksköterskans postoperativa smärtbedömning av den orsaken att patienters upplevelse av smärta påverkas av dennes etnicitet. Men är det möjligen så att sjuksköterskor har en förutfattad mening om patienter med olika kulturella bakgrunders smärtröskel? Är det inte mer sannolikt att olika kulturer har olika sätt att uttrycka sin smärta? Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan skall sträva efter att bli medveten om sina egna värderingar och utefter det ta ställning till sitt förhållningsätt. Om sjuksköterskan är medveten om sina värderingar kan erfarenheten även vara en tillgång i smärtbedömningen. Sjuksköterskans erfarenheter kan ge dem kuraget att se möjligheter i varje unik situation.

I resultatet styrker Dihle, et. al. (2006) vikten av att utvärdera smärtlindringen, att sjuksköterskorna bör vara frekventa och systematiskt utvärdera patientens smärta före och efter smärtlindring, vilket är i linje med Heikkinen, et. al. (2005). Genom att systematiskt bedöma, behandla, följa upp samt utvärdera behandling av smärta och andra symtom kan man minska smärtintensiteten och öka symtomkontrollen hos flertalet patienter med smärta (Carleson, 2009). Travelbee (1971) belyser även vikten av att utvärdera smärtan för att se huruvida patientens behov har blivit tillgodosett. Sjuksköterskan ska kritiskt reflektera över rutiner och metoder som används och argumentera för ny kunskap (Socialstyrelsen, 2005).

Det finns enligt Øverang (2005) flera hjälpmedel som gör det lättare att bedöma effekten av smärtlindringen. En smärtjournal är ett verktyg som ger möjlighet att fortlöpande registrera tidpunkt, smärtnivå, analgetika, andning, hjärtfrekvens, blodtryck och grad av vakenhet. Smärtjournalen är ett verktyg för sjuksköterskor att dokumentera effekten och eventuella komplikationer och ger en möjlighet till utvärdering av smärtlindringen (a a). Sannolikt är det så att regelbundna kontroller gör att de patienter som inte vågar eller tycker att de är till besvär blir uppfångade när en regelbunden smärtskattning görs.

Resultaten visar att en av orsakerna till att sjuksköterskorna inte prioriterar smärtbedömning är tidsbrist och för att de prioriterar andra aktiviteter före bedömningen. Sjuksköterskor kan uppleva att stress och tidsbrist hindrar henne från att förstå patienten (Carlsson, 2009). Snellman (2001) talar om vårdrelationens betydelse för patienten. Patienten önskar att sjuksköterskan är äkta, inte har bråttom, har möjlighet och är villig att ta sig tid att prata med patienten. Patienten vill bli respekterad och behandlad som person; inte objektifierad. Om sjuksköterskan inte har tid uppfattas hon av patienten som kall och distanserad. Det viktiga är inte hur mycket tid som läggs på patienten utan att den tid man lägger har ett innehåll. Sjuksköterskan behöver hitta en rytm i vårdarbetet genom att strukturera och prioritera tiden. Rimligtvis bör sjuksköterskan bli bättre på att använda sin tid rätt och att rikta sin uppmärksamhet mot det de är där för, alltså mot patienten.

Avslutningsvis framkommer att fortlöpande kunskapsutveckling är betydelsefullt för sjuksköterskor som bedömer ett stort antal patienter med postoperativ smärta då risken för att bli hemmablind ökar med åren. Det är viktigt att sjuksköterskor har aktuell och relevant kunskap om smärta, smärtbedömning och smärtbehandling (Carleson, 2009). Detta menar även Blondal och Halldorsdottir (2009) i sin studie. Av resultaten framgår att den kliniska kunskapen som sjuksköterskan har och införskaffar sig, hjälper till att förstå och förbättra bedömningen av patienter med postoperativ smärta. Det finns sjuksköterskor som överskattar sin kunskap, vilket kan leda till felbedömningar samt att de inte tar till sig ny kunskap. För att förändra sin inställning och bryta sina invanda mönster behövs både nyfikenhet och en positiv tro från sjuksköterskan att förändring är möjligt (Roxström, 2000). Kan det vara så att utbildning och fortbildning endast är till gagn för de sjuksköterskor som har ett stort intresse av att vidareutveckla sin kunskap om postoperativ smärta. Enbart ökad kunskap är inte någon garanti för bättre vård av patienten, det gäller för sjuksköterskan att kunna omsätta denna kunskap i det dagliga arbetet.

## **SLUTSATS**

Sjuksköterskan har en viktig funktion i den postoperativa smärtbedömningen. I denna litteraturbaserade studie framkommer att det finns skillnader mellan sjuksköterskor och patienters bedömning av smärta och att det är allför vanligt att patientens postoperativa smärta underskattas. Det finns flera faktorer som påverkar att smärtan underskattas. Postoperativ smärta är en individuell upplevelse och det är viktigt att sjuksköterskan tar patientens upplevelse på allvar och litar på det patienten berättar om sin smärta. Men resultaten visar att sjuksköterskan inte alltid litar till fullo på patientens smärtupplevelse. Patienten vet bäst om sin smärta, men befinner sig i en utsatt situation och är beroende av sjuksköterskans kompetens. Sjuksköterskor har ett ansvar att kontinuerligt införskaffa ny vetenskaplig kunskap för att kunna ge patienten bästa möjlighet till adekvat postoperativ smärtbedömning. Utbildning har visat sig ge sjuksköterskan en mer positiv attityd till användning av

smärtskattningsinstrument, vilket kan göra att patienten får en mer överensstämmande smärtbedömning. Patienters smärta kan vara svår att tolka och förstå. Därför är det viktigt med ett professionellt förhållningssätt till patienten och att sjuksköterskan har förmåga att se patienten ur ett helhetsperspektiv. Vidare är det betydelsefullt att sjuksköterskan är lyhörd för patientens både icke verbala som verbala uttryck, för att kunna göra en så korrekt smärtbedömning som möjligt. Resultaten visar att en god verbal kommunikation med patienten anses vara den mest tillförlitliga faktorn vid smärtbedömning. Att göra en korrekt bedömning av en annan människas verklighet är en stor utmaning för sjuksköterskan. En felaktig bedömning kan leda till ett stort lidande och få flera negativa konsekvenser för patienten. Postoperativ smärta ger ett onödigt lidande som kan påverka patientens mobilisering och dessutom fördröja tillfrisknandet. Sjuksköterskor måste bli bättre på att utvärdera patientens smärta på ett mer metodiskt och kontinuerligt sätt. I dagens sjukvård tycks det finnas ett akut behov av vidare forskning inom detta område, då resultaten pekar på att flera patienter lider i onödan.

### **Kliniska implikationer**

- Rutiner för en bättre smärtutvärdering måste implementeras i all postoperativ vård.
- Regelbunden handledning och träffar med all omvårdnadspersonal där kunskap och erfarenhet kan utbytas bör finnas på varje arbetsplats.
- Sjuksköterskor måste ges bättre möjligheter att ta del av aktuell vetenskaplig forskning.



## REFERENSER

- Anderson, K., Green, C., & Payne, R. (2009). Racial and Ethnic Disparities in Pain: Causes and Consequences of Unequal Care. *The Journal of Pain*, **10** (12), 1187-1204.
- Bengmark, S., Bergentz, S-E., Rydholm, A., & Zederfeldt, B. (2000). *Kirurgi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain; from the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, **18**, 2897-2906. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x
- Botti, M., Bucknall, T., & Manias, E. (2004). The problem of postoperative pain: Issues for future research. *International journal of nursing practice*, **10**, 257-263.
- Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta: hur man kan hjälpa patienter med kronisk smärta*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Carleson, B. (2009). Kvalitetsindikatorer för bedömning av patienter med cancerrelaterad smärta. I: E, Idvall. (red). *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.
- Carlsson, E. (2009). Kommunikation. I: A-K. Edberg., & H. Wijk *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- \*Dihle, A., Bjolseth., G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, **15**, 469-479.
- Ehrenberg, A., & Wallin, L., & Florin, J. (2009). *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Eide, T., & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Malmö: Liber AB.
- Eide, E., & Eide, H. (2007). *Omvårdnadsorienterad kommunikation - Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A. (2006). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Faulkner, A. (1998). *Det professionella samtalet- Om samspel och kommunikation i vården*. Stockholm: Liber AB.
- Ferrell, B. (2005). Ethical Perspectives on Pain and Suffering. *Pain Management Nursing*, **6**(3), 83-90.
- Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: F. Friberg,(red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gift, A. (2009). Unpleasant symptoms. I: S. Peterson., & T. Bredow. *Middle Range Theories- Application to nursing research*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Gordh, T.E., & Arnér, S. (2005). Smärta. I: M. Halldin., & S. Lindahl. (2005) *Anestesi*. Stockholm, Liber AB.
- Grefberg, N., & Johansson, L-G. (2007). *Medicinboken. Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Gunningberg, L., & Idvall, E. (2007). The quality of postoperative pain management from the perspective of patient, nurses, and patient's records. *Journal of Nursing Management*, *15*, 756-766.
- Haegerstam, G. (2008). *Smärta – ett mångfacetterat problem*. Lund: Studentlitteratur.
- Harrison, A. (1991) Assessing patients' pain: identifying reasons for error. *Journal of Advanced Nursing*, *16*, 1018-1025.
- Hawthorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta - bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- \*Heikkinen, K., Salanterä, S., Kettu, M., & Taittonen, M. (2005). Prostatectomy patients' postoperative pain assessment in the recovery room. *Journal of Advanced Nursing* *52*(6), 592-600.
- \*Hirsh, A.T., Jensen, M.P., & Robinson, M.E. (2010). Evaluation of Nurses' Self-Insight Into Their Pain Assessment and Treatment Decisions. *The Journal of Pain*, *11*, 454-461. doi:10.1016/j.jpain.2009.09.004
- Hutchison, R W. (2007) Challenges in acute post-operative pain management. *American Journal of Health-System Pharmacy*. *64*(4). 52-55.
- Idvall E., Berg K., Unosson M., & Brudin L. (2004). Difference between nurses and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. *11*(5):444-451.
- International Association for the Study of Pain (IASP, 1979). *Working together for pain relief*. Hämtad från WWW 2010-11-04. [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728)
- International Association for the Study of Pain (IASP, 2003). *ISAP pain terminology*. Hämtad från WWW 2011-01-25. <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>
- Katz, J., & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *Surgical Clinics of North America* *79*:231-252.

- Kihlgren, M., Engström, B., & Johansson, G. (2009). *Sjuksköterska med uppdrag att leda*. Lund: Studentlitteratur.
- \*Kim, S H., Schwartz-Barcott, D., Tracy, S M., Fortin, J D., & Sjöström, B. (2005). Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units. *Pain Management Nursing*, **6**, 3-9. Doi:10.1016/j.pmn.2004.12.001
- \*Klopper, H., Andersson, H., Minkinen, M., Ohlsson, C., & Sjöström, B. (2006). Strategies in assessing post operative pain – A South African study. *Intensive and Critical Care Nursing* **22**, 12-21.
- Lauzon-Clabo, L.M. (2008). An ethnography of pain assessment and the role of social context on two postoperative units. *Journal of Advanced Nursing* **61**(5), 531–539 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04550.x
- Lindskog, B.I. (2004). *Medicinsk ordbok*. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.
- Linton, S-J. (2005). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Ljungman, G. (2005). Smärta hos barn. I: M. Halldin, & S. Lindahl. *Anestesi*. Stockholm, Liber AB.
- \*Lyman Young, J., Horton, F M., & Davidhizar, R. (2005). Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, **54**, 412-421.
- Mackintosh, C. (2007). Assessment and management of patients with post-operative pain. *Nursing Standard*. **22**, 5, 49-55.
- \*Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, **11**, 724-733.
- \*Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2004). Assessment of Patient Pain in the Postoperative Context. *Western Journal of Nursing Research*, **26**, 751-769. Doi:10.1177/0193945904267699
- \*Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2005). Nurses' Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. *Pain Management Nursing*, **6**, 18-29.
- McCaffery, M. (1979). *Nursing the patient in pain*. London: JB Lippincott Company.
- Mc Lellan, K. (2004). Postoperative pain: strategy for improving patients' experiences. *Journal of Advanced Nursing*. **46** (2), 179-185.
- Medicinska forskningsrådet. (2003). Regler och riktlinjer för forskning. Hämtad från WWW 2011-03-01. <http://www.codex.vr.se/forskningsmedicin.shtml>
- Norrbrink, C., & Lundberg, T. (red) (2010). *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv*. Lund; Studentlitteratur.

- Pudas-Tähkä S.-M., Axelin, A., Aantaa, R., Lund, V., & Salanterä, S. (2009). Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* **65**(5), 946–956. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04947.x
- Rawal, N. (1999). *Postoperativ smärta. Behandling, kvalitetssäkring och organisation*. Lund: Studentlitteratur.
- Rawal, N. (2005). Postoperativ smärta. I: M. Werner., & P. Strang, (red). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm; Liber AB.
- Redke, F. (1999). *Smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Resnik, D-B., Rehm, M., & Minard, R. B. (2001). The undertreatment of pain: Scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Medicine, Health Care and Philosophy* **4**: 277-288.
- Richards, J., & Hubbert, A. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing*, **8**, (1), 17-24.
- Roxström, C. (2000). *En liten bok om en stor smärta*. Stockholm; Bilda Förlag.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad från WWW 2010-11-17. <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling* **51** (2003) 169–176.
- \*Sjöström, B., Dahlgren, L O., Haljamäe, H. (2000a). Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing*, **9**, 111-118.
- \*Sjöström, B., Jakobsson, E., & Haljamäe H. (2000b). Clinical competence in pain assessment. *Intensive and Critical Care Nursing*, **16**, 273-282.
- \*Sloman, R., Rosen, G., Rom, M., & Shir, Y. (2005). Nurses, assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, **52**, 125-132.
- Snellman, I. (2001). *Den mänskliga professionaliteten: en filosofisk undersökning av det autentiska mötets betydelse för patientens välbefinnande*. (Diss.). Uppsala: Uppsala universitet.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (2005-105-1). Hämtad från www 2010-11-10 <http://www.socialstyrelsen.se>
- Stalnikowicz, R., Mahamid, R., Kaspi, S., & Brezis, M. (2005). Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *International Journal of Quality in Health Care*, **17**, 2, 173-176.

Statistiska Centralbyrån. (2007). *Undersökning om levnadsförhållanden*. Hämtad från WWW 2010-12-25.

[http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/LEO101\\_1980I05\\_BR\\_LE113SA0601.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LEO101_1980I05_BR_LE113SA0601.pdf)

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

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

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: F.A Davis.

Walberg, E., Dyhre, H., & Nilsson, E. (2008). *Smärtenheten, Anestesikliniken*. Riktlinjer för behandling av postoperativ smärta på UMAS 2008-2011. Hämtad från WWW 2010-01-26. <http://portal.omv.lu.se/images/painnet/behandling/Smartkompendiet.pdf>

\*Warrén-Stomberg, M., & Wickström, K., & Joelsson, H., & Sjöström, B., & Haljamäe, H. (2003). Postoperative Pain Management on Surgical Wards—Do Quality Assurance Strategies Result in Long-Term Effects on Staff Member Attitudes and Clinical Outcomes? *Pain Management Nursing*, **4** (1), 11-22.

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

Werner, M., & Strang P. (red.) (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

Vetenskapsrådet. (2010). *Oredlighet i forskningen*. Hämtad från WWW 2010-11-20:

<http://www.vr.se/etik/oredlighetiforskningen.4.9232df81081e742f7e800049.html>

\*Wickström Ene, K., Nordberg, G., Bergh, I., Gaston Johansson, F., & Sjöström, B. (2007). Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, **17** (15) 2042-2050.

Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, **14** (7), 798-804.

Øverang, E-B. (2005). Postoperativ smärtlindring. I: L-I. Hovind. (Red). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

\*= Artiklar som använts i resultatet.

## Bilaga 1. Översikt över artiklar som är valda till denna litteraturstudie

	Författare	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat	Kval-grad
1	Dihle, A Bjölseth, G,& Helseth, S.	The gap between saying and doing in postoperative pain management	<i>Journal of Clinical Nursing</i> (2006).	Att förstå hur sjuksköterskor bidrar till postoperativ smärtbehandling samt att identifiera hinder för att uppnå optimal postoperativ smärtlindring.	Kvalitativ observationsstudie på en kirurgavdelning och intervjuer av 9 sjuksköterskor.	Ett huvudtema framkom där det som sjuksköterskorna sade att de gjorde och det som de verkligen gjorde inte överensstämde.	Hög
2	Heikkinen, K., Salanterä, S., Kettu, M. & Taittonen, M.	Prostatectomy patients' postoperative pain assessment in the recovery room.	<i>Journal of advanced nursing</i> (2005).	Att utvärdera brukbarhet av olika smärtbedömningsverktyg och att jämföra smärtbedömningen mellan patienter och sjuksköterskor.	45 patienter ombads att bedöma sin smärta med VAS, NRS och VRS	Det fanns stor variation i patienternas förmåga att bedöma smärta med olika verktyg och det fanns även samband mellan sjuksköterskans och patientens smärtbedömning.	Medel
3	Hirsh, A.T., Jensen, M.P., & Robinson, M.E.	Evaluation of Nurses' Self-Insight Into Their Pain Assessment and Treatment Decisions	<i>The Journal of Pain</i> (2009).	Att utvärdera överensstämmelsen mellan vad statistiken visar och vad sjuksköterskorna själva påstod sig göra vid smärtrelaterade beslut.	54 sjuksköterskor deltog i studien genom att observera en virtuell människa och utifrån dennes kön, ras, ålder och ansiktsuttryck utföra en smärtbedömning med hjälp av VAS-skalan.	Studien visar att fördomar relaterade till patientens kön, ras och ålder kan påverka vårdpersonalens beslut i sin smärtbedömning och behandling. Personalen i denna studie verkade ha minimal medvetenhet om denna partiskhet.	Hög
4	Kim, S. H., Schwartz- Barcott, D., Tracy, S. M., Fortin, J. D & Sjöström, B.	Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units.	<i>Pain Management Nursing</i> (2005).	Att identifiera vilken erfarenhet sjuksköterskor använder sig av samt de kriterier som användes för att bedöma postoperativ smärta.	Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer med 10 sjuksköterskor som behandlade 30 patienter.	Sjuksköterskor bedömer smärta utifrån vad patienten säger, hur patienten beter sig och sina tidigare erfarenheter.	Medel
5	Klopper, H., Andersson, H., Minkinen, M., Ohlsson, C. & Sjöström, B.	Strategies in assessing postoperative pain – A South African Study.	<i>Intensive and Critical Care Nursing</i> (2006).	Att beskriva de smärtbedömningsmetoder som användes av en grupp sjuksköterskor i Sydafrika.	Studien använder sig av en fenomenografisk metod. Studien omfattar 12 sjuksköterskor och 36 patienter. Data samlades in dels med VAS mätningar och dels med intervjuer.	Sjuksköterskor använder sig av fyra kategorier för smärtbedömning: vad patienten säger, hur det sägs, hur patienten ser ut och erfarenheter av liknande situationer.	Hög

6	Layman Young, J., Horton, F M., & Davidhizar, R.	Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management.	<i>Journal of Advanced Nursing</i> (2005).	Att fastställa sjuksköterskors attityder gentemot smärtbedömningsverktyg och relationen till dessa utifrån utbildning och erfarenhet.	En kvantitativ metod användes. En öppen enkät utvecklades för denna studie. 52 sjuksköterskor deltog i studien.	Resultaten visar på att utbildning har en positiv inverkan på användningen och utfall av smärtbedömningsverktyg. En mer positiv attityd till smärtbedömning är relaterad till mer utbildning men inte nödvändigtvis till mer erfarenhet.	Hög
7	Manias, E Botti, M & Bucknall, T.	Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice.	<i>Journal of Clinical Nursing</i> (2002).	Att utforska sjuksköterska-patient interaktionen i samband med smärtbedömning och behandling inom postoperativ omvårdnad.	En kvalitativ studie där 12 kliniska observationer av 12 legitimerade sjuksköterskor gjordes.	Fyra teman identifierades: avbrott, smärttolkning, hörsamma patientens signaler samt konkurrerande krav mellan läkare, patienter och andra sjuksköterskor.	Hög
8	Manias, E., Bucknall, T. & Botti, M.	Assessment of patient pain in the postoperative context.	<i>Western Journal of Nursing Research</i> . (2004)	Syftet med denna studie var att fastställa hur sjuksköterskor bedömde smärta hos patienter med postoperativ smärta på en postoperativ avdelning	En kvantitativ studie gjordes där observationer och intervjuer användes. 312 patienter deltog samt 52 sjuksköterskor.	Vanligaste sättet för sjuksköterskorna att få reda på om patienterna smärta var genom att ställa enkla frågor. Få sjuksköterskor använde sig av smärtskattingsinstrument. När patienterna hade smärtrelaterade aktiviteter var 40 % av sjuksköterskorna inte nöga med smärtlindringen.	Medel
9	Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M.	Nurses´ Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting	<i>Pain Management Nursing</i> (2005).	Att undersöka hur sjuksköterskan hanterar patientens smärta postoperativt.	Tvåtimmars fältobservationer av 52 sjuksköterskor på två kirurgiska avdelningar. 316 smärttillfällen registrerades.	Sex olika teman identifieras; att hantera smärtan effektivt, prioritera smärtupplevelsen, att missa patientens antydningar om smärta, regler och rutiner vid smärthantering, att förebygga smärta samt att hantera procedursmärta.	Hög
10	Sjöström, B., Jakobsson, E., Haljamäe, H.	Clinical competence in pain assessment	<i>Intensive and Critical Care Nursing</i> (2000a)..	Att analysera och beskriva skillnaden mellan sjuksköterskors uppfattningar om effekten av klinisk erfarenhet inom postoperativ smärtbedömning.	Kvalitativ studie. 30 sjuksköterskor intervjuades i sjukhusmiljö.	Den kliniska erfarenheten inom smärtbedömningen beskrevs i tre kategorier a) att kunna se, b) att kunna behandla olika, c) att kunna ge smärtbehandling	Medel

11	Sjöström, B., Dahlgren, L. O. & Haljamäe, H.	Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy.	<i>Journal of Clinical Nursing</i> (2000b)	Att beskriva variationer i de strategier som sjuksköterskor och läkare använder sig av vid smärtbedömning.	30 sjuksköterskor, 30 läkare och 180 patienter deltog i studien som genomfördes dels med intervjuer och dels med jämförande VAS mätningar.	De kriterier som sjuksköterskor använder sig av är: hur patienten ser ut, vad patienten säger, hur det sägs samt patientens tidigare erfarenhet av liknande situationer	Hög
12	Sloman, R., Rosen, G., Rom, M. & Shir, Y.	Nurses' assessment of pain in surgical patients.	<i>Journal of Advanced Nursing</i> (2005).	Att jämföra skillnader mellan patienters och sjuksköterskornas bedömning av smärta, men även att undersöka om smärtbedömningen påverkas av kulturella och etniska skillnader.	95 patienter fick bedöma sin egen smärta med hjälp av VAS skalan och ett frågeformulär. 95 sjuksköterskor gjorde sen en egen bedömning av patienternas smärta. Efter det jämfördes resultaten.	Det visade sig att sjuksköterskorna undervärderade patienternas smärta. Enligt studien påverkades inte bedömning av den postoperativa smärtan av patienternas kultur eller etnicitet.	Hög
13	Svensson, I., Sjöström, B., & Haljamäe, H.	Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management.	<i>European Journal of Pain</i> (2001).	Att bedöma eventuella samband mellan olika pre- och postoperativa faktorer, själva smärtupplevelsen i den postoperativa perioden, samt patienternas övergripande tillfredsställelse med smärtlindring.	Ett slumpmässigt urval av kirurgiska patienter svarade på enkäter om pre- och postoperativ förekomst av smärta, den förväntade samt de faktiskt upplevda postoperativa smärtnivåerna och smärtlindringen.	Patienter förväntar sig måttlig till svår smärta i den postoperativa perioden, det framkom att den faktiska smärtupplevelsen är huvudsakligen i enlighet med de preoperativa förväntningarna.	Hög
14	Warrén Stomberg, M., & Öman, U-B.	Patients undergoing total hip arthroplasty: a perioperative pain experience.	<i>Journal of Clinical Nursing</i> (2006).	Att bedöma patienters postoperativa smärtupplevelse efter total höftersättning samt bedöma patientens tillfredsställelse med smärtbehandlingen.	En beskrivande design användes för att jämföra patienter utfallsdata.	Patientens smärterfarenhet rapporterades vara högst på den första postoperativa dagen för de flesta patienter. Den preoperativa smärtupplevelsen har en viss tendens att vara högre än den postoperativa smärtupplevelsen. Äldre patienter rapporterades ha genomsnittligt mindre smärta postoperativt. Tillfredsställelsen med smärtlindringen var hög.	Hög



15	Wickström-Ene, K., Nordberg, G., Bergh, I., Gaston-Johansson, F., & Sjöström, B.	Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses	<i>Journal of Clinical Nursing</i> (2008).	Jämföra de smärtnivåer som patienternas uppgav och vad sjuksköterskorna dokumenterade. Att undersöka om sjuksköterskornas förståelse för hantering av smärta efter två års utbildning om post-operativ smärta och dess behandling blivit bättre.	Kvantitativ studie där sjuk-sköterskorna och patienterna fick frågeformulär att svara på. Två frågeformulär delades ut med 2 års mellanrum.	Sjuksköterskornas förmåga att fastställa smärta med hjälp av det patienterna rapporterade förbättrades inte mycket efter det tvååriga utbildningsprogrammet.	Hög
----	--	---	--	--	---	--	-----

**Bilaga 2. Artikelsökningar i databaser utifrån valda sökord**

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
Elin@Skövde	Pain	206171	0
	och Assessment	12851	0
	och Nurses	895	0
	och Unit	95	0
	och Postoperative	28	1
	och Surgical	17	1
Elin@Skövde	Pain assessment	1921	0
	och Nurses	398	0
	och Unit	23	1
CINAHL	Nurse*	261379	0
	AND assessment	20251	0
	AND barriers	553	0
	AND pain	101	0
	AND postoperative	16	3
Elin@Skövde	Pain assessment	1921	0
	och Clinical	621	0
	och Competence	6	1
Elin@Skövde	Patient	406763	0
	och Pain	32571	0
	och Experience	2688	0
	och Postoperative	88	2
Elin@Skövde	Nursing	176539	0
	och Pain	4656	0
	och Attitudes	150	0
	och Beliefs	27	1
CINAHL	Pain	92033	0
	AND Assessment	17806	0
	AND Nurses	1490	0
	AND Surgical	217	0
	AND Patient	169	2
LibHub (fd Elin@Skövde)	Age	506887	0
	och Postoperative	16206	0
	och Pain	2197	0
	och Intensity	141	1
Elin@Skövde	Pain	206171	0
	och Postoperative	13718	0
	och Strategies	221	0
	och Managing	15	1
Elin@Skövde	Nursing	337860	0
	och Postoperative	1893	0
	och Pain	757	0
	och Managing	382	0
	och Document	30	1