



Sjuksköterskans bemötande av patienter med postoperativ smärta

Författare: Roman D – Lindgren & Linda Vikström

Handledare: Eva Welander

**Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01:V**

**Institutionen för omvårdnad
Juni 2003**

Arbetets titel:	Sjuksköterskans bemötande av patienter med postoperativ smärta. The nursing care of patients with postoperative pain from a nursing perspective.
Författare:	Roman D-Lindgren Linda Vikström
Handledare:	Eva Welander
Institution:	Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I
Antal sidor:	30
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01:V
Datum:	Juni 2003

ABSTRACT

In spite of increasing knowledge of postoperative pain and pain management it is still common that patients feel they do not get enough pain relief. The aim of this literary study is to illustrate the nurse's approach to patients with postoperative pain and the patient's experience of pain management. The result is based upon 19 scientific, two non-scientific articles and one thesis. It is presented on the basis of four questions. The education that the nurse received from courses in pain management has increased her knowledge which was positively received. Insufficient pain relief can partly depend on the patient and partly on the nurse. The patient's experience of pain is often different from the nurse's assessment of it, as the nurse can often underestimate the patient's pain. Preoperative information has both positive and negative effect on the patient's experience of postoperative pain. Many patients have positive experiences from pain management despite the fact that they still have pain. The result shows that the nurse needs of more training and education in postoperative pain on a continuous basis.

Keywords: Assessment, knowledge, nursing, patient, postoperative pain.

Nyckelord: Kunskap, omvårdnad, patient, postoperativ smärta, smärtskattning.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Smärta	1
Postoperativ smärta	2
Behandling	4
Sjuksköterskans roll vid smärtbehandling	5
Preoperativ information	5
Smärtbedömning	6
Orlandos omvårdnadsmodell	7
SYFTE	8
METOD	9
Litteratursökning	9
Urval	10
Analys	12
RESULTAT	13
Sjuksköterskans kunskap om smärta och smärtbehandling	13
Kunskap om postoperativ smärta	13
Kunskap om postoperativ smärtbehandling	14

Orsaker till otillräcklig smärtlindring	15
Rädsla för biverkningar	16
Svårighet att påtala smärta	16
Patientens förväntningar/upplevelser av smärtbehandlingen	17
Förväntningar	17
Positiva upplevelser	17
Negativa upplevelser	18
Sjuksköterskans bemötande	19
Preoperativ information	19
Bemötande	20
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	22
KONKLUSION	25
LITTERATUR	27

INLEDNING

Vårdpersonalens kunskaper om smärta och smärtbehandling har ökat under de senaste åren, men trots detta får många patienter fortfarande postoperativ smärtbehandling enligt gamla metoder, som bland annat endast utgörs av intramuskulär administrering av opioider och ”vid behov” ordinationer (Rawal, 1999). Smärta är ett universellt fenomen, men ändå är det alltför vanligt att smärta inte behandlas adekvat. Otillräcklig smärtbehandling beror på flera olika faktorer: Bristande kunskap om de nya smärtbedömnings- och smärtbehandlingsmetoderna hos läkare och sjuksköterskor, myter och missuppfattningar rörande opioidbehandling samt problem inom sjukvårdssystemet. En annan orsak kan vara att patienten inte ber om smärtlindring därför att han/hon inte vill vara till besvär (Hawthorn & Redmond, 1999).

Under vår kliniska utbildning på kirurgiska eftervårdsavdelningar upplevde vi att patienterna blev dåligt preoperativt informerade om smärtskattningsrutiner. Vi upplevde också att sjuksköterskorna ibland saknade kunskap om hur de borde bemöta patienter med postoperativ smärta och att patienterna inte alltid blev helt smärtlindrade. Utifrån ovanstående finner vi det angeläget att studera sjuksköterskans bemötande av patienter med postoperativ smärta på vårdavdelning samt hur patienten upplever smärtbehandlingen.

BAKGRUND

Smärta

Den internationella smärtorganisationen IASP (International Association for the Study of Pain) har enats om följande definition av smärta: *”Smärta är en obehaglig, sensorisk och emotionell upplevelse associerad med faktisk eller potentiell vävnadsskada eller som beskrivs i termer av sådan skada”* (Nystrand & Röhl, 1999, s.7).

Smärta är en subjektiv upplevelse och det innebär att varje person upplever smärta på sitt eget sätt. Förmågan att känna smärta är en livsnödvändig funktion för kroppen. Den talar bland annat om att någon vävnad i kroppen håller på att skadas. Om människan inte hade haft denna funktion skulle han/hon kunnat drabbas av allvarliga skador och sjukdomar utan att ha fått några varningssignaler. Människor är olika känsliga för smärta och det beror på att vi har olika smärtrösklar. Personer med hög smärtröskel har stor motståndskraft mot smärta, medan de med låg smärtröskel är känsligare (Nystrand & Röhl, 1999).

Smärta kan vara akut eller långvarig. Med akut smärta avses, enligt Nystrand och Röhl (1999), smärta som uppkommit genom kirurgiska ingrepp, olycksfall eller dylikt och varat mindre än sex månader. Akut smärta kvarstår inte då skadan är utläkt.

Postoperativ smärta

Beroende på orsaker kan smärta delas in i fyra huvudgrupper. Dessa grupper är nociceptiv smärta, neurogen smärta, psykogen smärta och idiopatisk smärta. Nedan kommer endast de smärtyper som har med postoperativa smärtor att beröras.

Nociceptiv smärta (vävnadssmärta) är den vanligaste typen av smärta och är lika med det som individen känner när någon vävnad i kroppen skadas eller håller på att skadas. Smärtan beror på stimulering av perifera nervändsslut eller smärtreceptorer (nociceptorer), som finns i huden och i de flesta andra vävnader, och vars uppgift är att registrera smärta (Nystrand & Röhl, 1999).

Enligt Lindgren och Svensson (1996) kan smärtframkallande stimuli vara mekaniska eller kemiska. Mekanisk stimuli innebär reaktion på direkt mekaniskt tryck som till exempel klämmande, kramande eller på det tryck som uppstår vid inflammation i vävnad eller ödem. Kemiska stimuli är kroppsegna substanser såsom histamin och bradykinin.

Neurogen smärta beror på skada eller sjukdom i nervsystemet. Den kallas ibland för nervsmärta. Neurogen smärta orsakas av skada på det perifera och/eller centrala nervsystemet. Central neurogen smärta kan orsakas av neurologiska sjukdomar som till exempel multipel skleros (MS) eller slaganfall. Den perifera neurogena smärtan, som förknippas med postoperativ smärta, kan orsakas av skador eller störningar i nervsystemet ute i kroppen som till exempel vid fantomsmärtor efter amputation (Nystrand & Röhl, 1999).

Psykogen smärta är smärta med psykisk orsak. Denna typ av smärta är svår att förklara, men en förklaring är att smärtan kan ha ett samband med rubbningar av hjärnans signalsubstanser (Nystrand & Röhl, 1999). Faktorer som påverkar upplevelsen av postoperativ smärta är bland annat patientens psykiska tillstånd (Rawal, 1999).

Enligt Rawal (1991, 1999) är postoperativ smärta akut och av nociceptiv typ. Den postoperativa smärtan uppstår i de vävnader som skadats vid ett kirurgiskt ingrepp. I de skadade vävnaderna frisätts smärtframkallande ämnen (algogener), vilka stimulerar nociceptorerna direkt eller ökar deras känslighet. Exempel på sådana smärtframkallande ämnen är kaliumjoner, bradykinin och prostaglandiner (Bengmark, Bergentz, Rydholm & Zederfeldt, 1996).

Hawthorn och Redmond (1999) menar att smärta, i vissa fall, kan orsakas av omständigheter kring operationen snarare än av själva ingreppet. Till exempel om gas används för att spänna ut buken vid laparoskopi, kan trycket på diafragma ge upphov till smärta som överförs till skulderna. Vid bedömning av postoperativ smärta är det viktigt att skilja mellan smärta orsakad av ingreppet och smärta orsakad av sjukdomsprocessen.

Postoperativ smärta kan ge flera skadliga effekter, såsom försämrad lungfunktion, ökade halter stresshormoner, kardiovaskulära förändringar som hjärtarytmier samt ökad risk för illamående och kräkningar. Patienten undviker att träna upp sin rörlighet på grund av smärtan och detta kan exempelvis leda till lungkomplikationer och ventrombos. Svår smärta leder också till ökat katekolaminpåslag, vilket i sin tur ökar risken för

postoperativ hjärtinfarkt, framför allt hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom (Hawthorn & Redmond, 1999). Patienten har alltid smärtor efter ett kirurgiskt ingrepp, men smärtans karaktär beror på var ingreppet gjorts och på patientens smärtröskel (Holm & Hansen, 2000).

Behandling

Enligt Socialstyrelsens Allmänna råd om smärtlindring i livets slutskede (SOSFS, 1989:1) ska patienten kunna kräva god smärtbehandling som ett led i god omvårdnad samt adekvat medicinsk behandling. Sjuksköterskan har ett stort ansvar för att patienten får optimal behandling inom många områden, bland annat inom smärta och smärtbehandling.

Rawal (1991, 1999) påpekar att det finns många olika sätt att behandla postoperativ smärta på. För att ge optimal smärtbehandling måste behandlingen individualiseras eftersom det finns skillnader i behov, smärtupplevelse och farmakologisk känslighet. För att anpassa behandlingen efter patienten är det viktigt med regelbunden uppföljning och utvärdering av smärtbehandlingen.

Som förstahandsmedel ges vanligen centralt verkande analgetikum, till exempel opioider. Dessa kombineras ofta med perifert verkande läkemedel, som NSAID eller paracetamol. Allt eftersom smärtan minskar trappas dosen ner. En annan metod är att ge regional smärtbehandling med lokalanestesimedel som till exempel EDA (Epidural anestesi), som används vid större bukoperationer. Fördelen med denna metod är att patientens vakenhetsgrad inte påverkas. Andra behandlingsmetoder av postoperativ smärta är TENS (Transkutan Elektrisk NervStimulering) samt avslappningsövningar (Rawal, 1991, 1999).

Enligt Rawal (1991, 1999) finns det olika sätt att administrera analgetika på: Intramuskulärt, intravenöst, oralt, sublinguallt, rektalt, transdermalt och nasalt samt genom PCA (patientkontrollerad analgetikatillförsel).

Sjuksköterskans roll vid smärtbehandling

Enligt Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS, 1998:531) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att utföra sitt arbete enligt överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskan bär själv ansvaret för hur hon fullgör sina arbetsuppgifter. Patienten skall ges sakkunnig och omsorgsfullt hälso- och sjukvård samt visas omtanke och respekt.

Sjuksköterskan har en avgörande roll när det gäller smärtbehandling. Det är sjuksköterskans uppgift att identifiera de många faktorer som kan inverka på patientens smärtupplevelse och smärtuttryck. Detta kan ta tid och det kräver att sjuksköterskan är lyhörd, har observationsförmåga och interpersonliga färdigheter. Sjuksköterskan kan ha stort inflytande över vilket analgetikum läkarna väljer att ordinera. När ordinationen är ”vid behov” kan sjuksköterskan själv fatta beslut om när, hur och i vilken dos läkemedel skall ges. Sjuksköterskan spelar även en viktig roll i förebyggandet av att reducera läkemedelsbiverkningar. Som exempel kan opioider ge olika biverkningar som obstipation och illamående. Dessa kan dock förebyggas. Sjuksköterskan bör informera patienten om vilka biverkningar som kan uppstå och hur dessa kan lindras och förebyggas. Om denna information skall kunna genomföras krävs det att sjuksköterskan har goda kunskaper om analgetikas verkningsmekanismer, biverkningar, doseringar och administrering (Hawthorn & Redmond, 1999).

Sjuksköterskan är, enligt Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS, 1993:17), ansvarig för planering, samordning, genomförande, utvärdering och dokumentation av omvårdnadsinsatser. Omvårdnaden omfattar också åtgärder som att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt att ge stöd och hjälp åt patienten.

Preoperativ information

I sjuksköterskans pedagogiska funktion ingår också att ge patienten noggrann preoperativ information. På ett enkelt och tydligt sätt skall patienten bli informerad om

bland annat vad som händer före operationen, att de flesta patienter blir trötta efter anestesi och operation, att det finns god smärtbehandling och att patienten själv måste delta aktivt när det gäller mobilisering och andningsträning för att minska risken för att postoperativa komplikationer uppstår (Jeppson, Peterson & Risberg, 2001).

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) står det att patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Enligt SOSFS 1993:17 ingår det i sjuksköterskans arbetsuppgifter att ge information till patienten och anhöriga om de åtgärder som föreslås och planeras.

Smärtbedömning

Flera olika strategier kan användas för att bedöma smärta hos en patient. Den viktigaste av dessa är en väl fungerande dialog med patienten. Det är viktigt att lyssna på patienten, att ställa klara entydiga frågor och att tro på vad patienten säger. Observation och smärtskattning är andra viktiga strategier i smärtbedömningen. Det finns olika smärtmätningssinstrument och sjuksköterskan väljer metod och verktyg utifrån patientens förmåga att uttrycka sig (Hawthorn & Redmond, 1999).

För att objektivt kunna bedöma smärtan efter operation, kan en VAS-skala (Visual Analogue Scale) användas. VAS-skalan kan ha olika utseende beroende på tillverkaren, till exempel med graderingen 0-10 cm eller 0-100 mm. Principen för användandet och registreringen av skattningen är densamma oavsett skalans utseende. Registreringen sker i heltal mellan 0-10, där 0 = ingen smärta alls och 10 = värsta tänkbara smärta (Trygghetsfonden, 1997).

POM (Pain-O-Meter) är ett smärtbedömningsverktyg i vit hårdplast. Den har två olika funktioner för att mäta smärta. Ena sidan har en VAS-skala med en flyttbar markör, med vilken patienten mäter sin smärta. Den andra sidan har en lista med ord som beskriver 15 sinnes- och 11 känslouttryck. Patienten väljer ut vilket eller vilka ord som stämmer överens med smärtans karaktär. Dessa ord graderas sedan utifrån smärtans intensitet (Gaston-Johansson, 1996).

Ett annat hjälpmedel är den så kallade MPQ (McGill Pain Questionnaire). Denna innehåller en lång lista med ord som kvantitativt ska mäta den verbalt uttryckta smärtan. MPQ är indelad i fyra delar: 1) var smärtan sitter, 2) hur smärtan känns, 3) smärtmönster, 4) smärtintensitet. Metoden är mycket tillförlitlig då det gäller att mäta patientens smärta, men den är mycket tidskrävande (Sjöström, 1995).

Orlandos omvårdningsmodell

Orlando (1990) beskriver omvårdnad som en interaktionsprocess i här-och-nu-situationer, där den centrala aspekten utgörs av patientens omedelbara behov av hjälp. Patienten skall vara aktiv och medansvarig i omvårdnadssituationen och alla beslut skall tas gemensamt med sjuksköterskan i en öppen kommunikation. Interaktionsprocessen bygger på fyra steg. 1) uppmärksamma patientens beteende, 2) sjuksköterskans reaktion på situationen, 3) sjuksköterskans bekräftande, 4) sjuksköterskans handlingar.

Interaktionsprocessen inleds med att sjuksköterskan uppmärksammar patientens beteende. Beteendet kan vara a) *verbalt* genom att patienten frågar, önskar eller kräver något, b) *icke-verbalt* men ljudligt, patienten hostar, stönar, skriker eller c) *övrigt icke-verbalt* som omfattar fysiologiska reaktioner som puls, blodtryck eller förändrad hudfärg. Sjuksköterskan ska reagera på detta och kommunicera med patienten och på så sätt hitta både problem och lösningar. Sjuksköterskans direkta observation är grunden för hennes perception, tanke och känsla, vilket sker automatiskt (Orlando, 1990).

Erfarenhet och kunskap, kombinerat med förståelse för den unika situationen, leder till sjuksköterskans reaktion, som är nästa steg i interaktionsprocessen. När sjuksköterskan ser patientens beteende får hon tankar om situationen, som hon sedan tolkar och reagerar känslomässigt på. Om patienten till exempel ler och ser glad ut, blir sjuksköterskan glad och uppfattar situationen som att patienten mår bra. Om patienten däremot gråter, antar sjuksköterskan att han/hon är ledsen och behöver hjälp (Orlando, 1990).

Det tredje steget i interaktionsprocessen bygger på bekräftande av sjuksköterskans reaktion på situationen. Sjuksköterskan skall vara säker på att hennes antaganden stämmer överens med patientens upplevelser. Det behöver inte betyda att patienten är glad om han/hon skrattar, utan det kan istället vara en grimas. Likadant om patienten gråter, då kan det egentligen handla om glädje (Orlando, 1990).

Det fjärde och sista steget i interaktionsprocessen består av sjuksköterskans handlingar. Detta innebär att efter att ha fastställt patientens hjälpbehov ska sjuksköterskan välja lämpliga handlingar. Orlando (1990) understryker att valet och genomförandet av en handling skall ske i samarbete med patienten. Sjuksköterskan bör inhämta patientens synpunkter i efterhand för att fastställa om handlingen var effektiv. Utvärdering av handlingen är ett självklart steg i interaktionsprocessen.

Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov samt minska lidande. Patienten ska också få möjlighet att delta i beslut om och genomförande av sin omvårdnad. Varje situation är unik och omvårdnaden utformas därför individuellt. Patienten skall bemötas respektfullt (SOSFS, 1993:17).

SYFTE

Syftet med denna studie var att tydliggöra sjuksköterskans bemötande av patienter med postoperativ smärta samt patienters upplevelser av smärtbehandlingen.

Frågeställningar:

Vad har sjuksköterskan för kunskap om postoperativ smärta och dess behandling?

Vad finns det för orsaker till otillräcklig smärtlindring?

Vilka förväntningar/upplevelser har patienter om postoperativ smärta?

Hur bemöter sjuksköterskan patienter med postoperativ smärta?

METOD

Metoden som valts är litteraturstudier som baseras på 19 vetenskapligt granskade artiklar, en avhandling och två artiklar som inte är vetenskapliga. Enligt Polit och Hungler (1999) kan det vara relevant att använda icke-vetenskapliga artiklar för att öka förståelsen för problemområdet. Enligt Patel och Davidsson (1994) fås kunskap fram genom att söka och läsa igenom litteratur med relevans för studiens syfte. De vanligaste källorna är böcker, artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter samt rapporter.

Enligt Backman (1998) är feltolkning av litteraturen en risk som kan uppstå i en litteraturstudie på grund av att tolkning sker av andra författares redan tolkade resultat. För att undvika feltolkning bearbetades och analyserades artiklarna noggrant. Polit och Hungler (1999) skriver att det i resultatet bör redovisas såväl likheter som skillnader från artiklarna. I följande studie har det inte hittats mer än tre artiklar som påvisar skillnader från de andra artiklarna.

Litteratursökning

Patel och Davidsson (1994) skriver att litteraturen som behövs till arbetet hittas genom sökning på bibliotek och i databaserade söksystem. Polit och Hungler (1999) anger att CINAHL och MEDLINE är de mest relevanta databaserna för omvårdnadsforskning och att manuell sökning via referenslistor är ett bra sätt att finna ytterligare material. Litteratursökning har gjorts vid Högskolan i Trollhättan/Uddevallas (HTU) bibliotek, sjukhusbiblioteket i Mölndal samt på Biomedicinska biblioteket vid Göteborgs universitet.

Systematisk sökning gjordes via databaserna CINAHL och PubMed samt en osystematisk sökning via referenslistor i befintliga artiklar och i tidskrifter. Sökorden, som användes var: Postoperative pain, nursing, patient, assessment, education, scales, measurement, preoperative, information, pain, analgesia, abdominal, nurse och knowledge. Sökorden har använts var för sig samt i olika kombinationer. Den systematiska sökningen redovisas i Tabell 1

Tabell 1. Översikt över använda databaser, sökord/kombinationer och resultat av sökning.

Databas	Sökord/Kombinationer	Antal träffar
CINAHL	Postoperative pain, nursing, patient.	382
CINAHL	Postoperative pain, assessment, education.	15
CINAHL	Postoperative pain, scales, measurement.	25
CINAHL	Preoperative, information, pain.	36
PubMed	Pain, nursing, postoperative.	320
PubMed	Postoperative pain, nursing, patient.	176
PubMed	Analgesia, postoperative pain, nurse.	82
PubMed	Postoperative pain, abdominal, nursing.	22
PubMed	Postoperative pain, knowledge, nurse.	5

Urval

Urvalskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade från 1997 och senare, skrivna på engelska eller svenska samt vara relevanta för studiens syfte. En artikel och en avhandling är publicerade 1995, men de inkluderades därför att innehållet stämde väl överens med syftet.

Då arbetet inriktades på vuxna personer med postoperativ smärta har artiklar som behandlat ämnen såsom postoperativ smärta inom pediatrik och hos patienter med cancer exkluderats då de inte var relevanta för syftet. Patienterna i de utvalda artiklarna har genomgått olika kirurgiska ingrepp, bland annat knä-, höft- och bukoperationer. Analyserade artiklar redovisas i Tabell 2.

Tabell 2. Översikt av litteratur som analyserats och använts i resultatet.

Författare/År	Metod	Syfte
Carr, E., & Thomas, V-J. (1997)	Kvalitativ studie/ intervjuer.	Att utforska patientens förväntningar och upplevelser av smärta, samt att utforska faktorer som bidrar till effektiv/ineffektiv smärtbehandling.
Dahlman, G-B., Dykes, A-K., & Elander, G. (1999)	Kvantitativ studie/ frågeformulär.	Att beskriva patienters bedömning av smärta och smärtbehandling efter operation, för att sedan upprepa utvärderingen med en annan grupp patienter efter en utbildningsdag om smärta/ behandling.
DeRond, M., DeWit, R., & VanDam, F. (2001)	Kvantitativ studie	Att undersöka om ett utbildningsprogram angående smärta och dess behandling var användbart i sjuksköterskans arbete
Dunn, V. (2000)	Kvalitativ studie	Att undersöka hur smärtskattning fungerar i ett helhets perspektiv
Elander, G. (1997)	Kvantitativ studie.	Att undersöka patientens smärtupplevelse och om sjuksköterskans bedömning av smärta stämmer överens med patientens upplevelser av densamma.
Fortner, P-A. (1998)	Litteraturstudie.	Att undersöka hur sjuksköterskan på bästa sätt förbereder patienten kognitivt och psykologiskt inför operation.
Huang, N., Cunningham, F., Lauritio, C-E., & Chen, C. (2001)	Litteraturstudie.	Att undersöka postoperativa smärtupplevelser från patientens perspektiv, för att se om smärtbehandlingen förbättrats eller inte.
Jairath, N., & Kowal, N. (1999)	Kvantitativ studie/ enkäter.	Att beskriva faktorer som påverkar patienten att be om hjälp vid postoperativ smärta samt vilka förväntningar patienten har på postoperativ smärta.
Lithner, M., & Zilling, T. (1998)	Litteraturstudie.	Att utvärdera i vilken omfattning preoperativ information kan leda till ett ökat välbefinnande för patienten.
Lithner, M., & Zilling, T. (2000)	Kvantitativ studie/ frågeformulär.	Att undersöka patientens behov av pre- och postoperativ information
Mackintosh, C., & Bowles, S. (2000)	Kvantitativ studie/ frågeformulär.	Att utreda om kunskapen om smärtlindring hos sjuksköterskor ökade efter införandet av så kallad APS-smärtutbildning.
McCaffery, M., & Ferrell, B-R. (1997)	Litteraturstudie.	Att undersöka sjuksköterskans kunskap om smärtbehandling, smärtskattning och opioiddosering.
McDonald, D., McNulty, J., Erickson, K., & Weiskopf, C. (2000)	Kvalitativ studie/ intervjuer.	Att utreda hur patienter kommunicerar sin smärta och vilka behov de har av smärtlindring.

Författare/år	Metod	Syfte
Nash, R., Yates, P., Edwards, H., Fentiman, B., Dewar, A., McDowell, A., & Clark, R. (1999)	Kvalitativ, fenomenologisk studie.	Att beskriva sjuksköterskans uppfattning angående patientens smärta och attityder till administrering av narkotisk analgetika.
Schafheutle, I-E., Cantrill, J-A., & Noyce, P. (2001)	Kvalitativ studie/ enkät och intervjuer	Att undersöka sjuksköterskors syn och uppfattningar av kända och okända barriärer till effektiv smärtlindring.
Sjöling, M., & Nordahl, G. (1998)	Kvantitativ studie/ intervjuer.	Att undersöka om patienterna fått preoperativ information och om personalens bemötande påverkat deras upplevelse av smärtlindringen.
Sjöström, B. (1995)	Kvalitativ, fenomenologisk studie.	Att undersöka kvalitén på smärtskattningen och jämföra patientens och personalens skattningar.
Sjöström, B., Dahlgren, L-O., & Haljamäe, H. (1999)	Fenomenologisk studie/ intervjuer.	Att utvärdera olika smärtbedömningsmetoder samt deras exakthet.
Stridsberg, E., & Billing, E. (1999)	Kvantitativ studie.	Att undersöka vilka kunskaper och eventuella behov av kunskaper om smärta och smärtbehandling sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning har.
Svensson, I., Sjöström, B., & Haljamäe, H. (2000)	Kvantitativ studie.	Att i detalj beskriva hur tiden påverkar smärtupplevelserna på patienter som genomgått en planerad operation.
Waltersson, A., Carlsson, B., & Ihre, T. (1999)	Kvantitativ studie.	Att undersöka om det fanns skillnader mellan patienter som fick smärtlindring med PCA och de som fick konventionell postoperativ smärtlindring.
Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B., & Streiner, D. (2000)	Kvantitativ studie med frågeformulär och intervju.	Att undersöka sambandet mellan sjuksköterskors empatiska förmåga samt deras rutiner av smärtbehandling.

Analys

Artiklarna analyserades utifrån studiens syfte. De fyra frågeställningarna ställdes till litteraturen:

Vad har sjuksköterskan för kunskap om postoperativ smärta och dess behandling?

Vad finns det för orsaker till otillräcklig smärtlindring?

Vilka förväntningar/upplevelser har patienter om postoperativ smärta?

Hur bemöter sjuksköterskan patienter med postoperativ smärta?

Tillvägagångssättet var att läsa och analysera artiklarna. Utifrån de fyra frågeställningarna och studiens syfte användes överstrykningspennor med olika färger under granskningen. I nästa steg av analysen söktes likheter och skillnader i litteraturen. Rubriker växte fram ur textens innehåll. Därefter organiserades och sammanställdes materialet. Studien har utformats enligt Backmans (1998) föreskrifter.

Enligt Patel och Davidson (1994) är det viktigt att ha god validitet och reliabilitet i vetenskapliga studier. Med god validitet menas att studien verkligen undersöker det som avses att undersökas. God reliabilitet innebär att undersökningen utförs på ett tillförlitligt sätt. För att säkerställa god validitet och reliabilitet under arbetet har vikt lagts vid att bearbeta artiklarna genom att båda författarna har granskat varje artikel noggrant.

RESULTAT

Sjuksköterskans kunskap om postoperativ smärta/behandling

Kunskap om postoperativ smärta

I en studie gjord av Stridsberg och Billing (1999) deltog 24 sjuksköterskor och av dessa var det endast tre som ansåg att de hade tillräckliga kunskaper om smärta och smärtbehandling, för att kunna ge adekvat smärtlindring. Av de sjuksköterskor som deltog i studien var det 17 stycken som, under sjuksköterskeutbildningen, hade fått undervisning om smärta och av dem ansåg 11 att undervisningen inte var tillräcklig. Samtliga respondenter ansåg att smärta och smärtlindring tillhör sjuksköterskans ansvarsområde inom omvårdnad. I en annan studie däremot, gjord av McCaffery och Ferrell (1997), framkom det att framsteg har skett under åren 1990-1995. Sjuksköterskans vilja att ge högre doser av opioider och att dokumentera smärtan utifrån patientens upplevelse av smärtan har ökat. Intresset och motivationen för att delta i olika smärtprogram och utbildningar har under de senare åren blivit större. Enligt författarna har sjuksköterskans möjligheter att delta i interna smärtutbildningar, och därmed höja sin kompetens inom området, ökat under 1990-talet.

Utbildning påverkar sjuksköterskans syn på smärta, enligt Mackintosh och Bowles (2000) som har studerat sjuksköterskors kunskaper om smärta på några avdelningar före och efter införandet av en smärtutbildning, så kallad APS (acute pain service). Resultatet visar att kunskaperna förbättrades efter införandet av APS. Vidare lärde de sig att smärtan inte alltid gick hand i hand med omfattning eller typ av operation som patienten hade genomgått. Sjuksköterskorna ansåg i mindre grad än tidigare att risken var stor att patienterna skulle bli beroende av opioider.

Kunskap om postoperativ smärtbehandling

I Nash et al. (1999) studie framkom att det finns tre nyckelsynpunkter angående sjuksköterskans uppfattning om patienters postoperativa smärta, samt hennes attityder kring administrering av narkotisk analgetika: 1) kunskap om smärtbehandling, 2) självförtroende – tro på sin egen förmåga att behandla smärta samt 3) erfarenhet av att vårda patienter med smärta. Resultatet visade att det fortfarande finns mycket att göra vad gäller utveckling och utbildning för att förbättra sjuksköterskors smärtbehandling, och då speciellt administrering av narkotisk analgetika.

Dahlman, Dykes och Elander (1999) har i sin studie undersökt hur en utbildningsdag om smärtbehandling påverkade sjuksköterskornas postoperativa smärtbehandling. De deltagande sjuksköterskorna hade en tendens att ge lägre doser av opioider, på grund av bristande kunskap, än vad läkarens ordination angav. Efter utbildningsdagen gav sjuksköterskorna högre doser av opioider och patienterna upplevde därefter mindre smärta. I DeRond, DeWit och VanDams (2001) studie ingick 277 sjuksköterskor och 115 läkare i en utbildning angående smärtbehandling och smärtskattning. Det visade sig att efter utbildningen blev 80% av patienterna smärtskattade dagligen eftersom sjuksköterskorna fick mer kunskap och följde ett program som de lärt sig på utbildningsdagen, men ju längre tiden gick minskade sjuksköterskornas intresse att följa programmet och efter sju månader var det bara drygt hälften av patienterna som blev smärtskattade. Efter utbildningsdagen ansåg sjuksköterskorna att deras kunskaper om smärtbehandling och smärtskattning hade förbättrats, trots detta ansåg många av läkarna att sjuksköterskorna fortfarande inte hade tillräcklig kunskap om smärtlindring. Huang,

Cunningham, Laurito och Chen (2001) kom fram till att smärtskattning ska ske både i vila och i rörelse för att få till en mer effektiv smärtlindring

Sjöström, Dahlgren och Haljamäes (1999) studie visade att om sjuksköterskan förstår och kan använda olika smärtbedömningskategorier, ökar möjligheten till bättre smärtbedömning och därmed kunskapen om hur smärta kan förebyggas och/eller lindras. Två stora frågor som sjuksköterskorna besvarade var: ”Vad går du efter då du bedömer patientens smärtupplevelse?” och ”Vad har dina erfarenheter lärt dig som du har nytta av i din smärtskattning?” Författarna har kategoriserat fyra metoder att uppskatta smärta utefter hur sjuksköterskorna besvarade frågorna och de metoderna är: *Patientens utseende, vad patienten säger, hur patienten talar och sjuksköterskans erfarenhet av liknande omständigheter*. I en studie av Mackintosh och Bowles (2000) framkom att sjuksköterskan är positiv till att använda hjälpmedel för att skatta och behandla smärta. Det ansågs att patienten då blir mer delaktig i de beslut och åtgärder som rör dennes smärta.

Orsaker till otillräcklig smärtlindring

I en studie av Watt-Watson, Garfinkel, Gallop, Stevens och Streiner (2000) ingick 94 sjuksköterskor och 225 patienter. Det visade sig att alla sjuksköterskorna förväntade sig att patienten frivilligt skulle berätta om han/hon hade smärta och även be om smärtstillande. Studien visade dock att endast 17% av patienterna frivilligt skulle be om smärtlindring. 40% av sjuksköterskorna trodde att patienterna överdrev sin smärta i mer än 25% av tillfällena och därför blev patienterna inte tillräckligt smärtstillade. Nästan hälften ansåg att var tionde patient riskerade att utveckla ett beroende av analgetika. I Sjöström et al. (1999) och Watt-Watson et al. (2000) studier framkom att sjuksköterskorna som skattade patientens smärta gjorde detta under vila och frågade inte patienten om smärtan vid rörelse. Detta, menar författarna, kan vara orsaken till varför patienterna inte fick tillräcklig smärtlindring.

I Dunns (2000) studie framkom att alla upplevelser och uttryck för smärta skall samverka vid bedömning av patientens smärta. Om inte sjuksköterskan tar reda på patientens smärtupplevelser och känslor kan hon inte heller förstå honom och det blir därigenom svårt att utgå från patientens unika situation i smärtlindringen.

Rädsla för biverkningar

McDonald, McNulty, Erickson och Weiskopf (2000) gjorde en studie där 30 patienter ingick. Det framkom att 10% av patienterna helst undvek analgetika av rädsla för bieffekter som illamående och kräkningar och 10% var rädda för att ta ”droger”. Enligt Jairath och Kowals (1999) studie, där 186 patienter deltog, upplevde 89% av patienterna rädsla för att bli beroende av läkemedel, 34% var rädda för att må illa och kräkas och 30% var rädda för den avtrubbande effekten. Däremot framkom det i en studie av Elander (1995) att få patienter var rädda för biverkningar. Dahlman et al. (1999) kom fram till att beroendeframkallning drabbar endast mindre än 1% av patienterna postoperativt. McCaffery och Ferrells (1997) studie visar att läkare ordinerar för små doser analgetika, av rädsla för biverkningar och beroende, och att sjuksköterskan dessutom förvärrar problemet genom att administrera mindre doser analgetika än vad som ordineras.

Svårigheter att påtala smärta

Patienterna i Carr och Thomas (1997) studie kände att personalen var för upptagen. Mer än hälften av patienterna i McDonald et al. (2000) studie avstod eller väntade med att påtala sin smärta. Orsaker till detta var att de inte ville störa eller klaga eller att de trodde att någon annan patient kanske behövde vårdpersonalens hjälp mer. Några patienter väntade tills sjuksköterskan tog kontakt.

I Schafheutle, Cantrill och Noyces (2001) studie framkom att patienten ibland själv kan bidra till otillräcklig smärtlindring. Patienten vill vara ”duktig” och klara av sin smärta. Det kan också vara så att patienten inte vill erkänna att han/hon har ont. Det framkom även att många patienter inte blev tillfrågade om de hade ont och då sa de inte heller till själva.

Patientens förväntningar/upplevelser av smärtbehandlingen

Förväntningar

I Jairath och Kowals (1999) studie ingick 186 patienter. Resultatet visade på att en majoritet av patienterna, 97%, förväntade sig postoperativ smärta och 68% tyckte att smärtlindring skulle ges på regelbundna tider. Drygt hälften förväntade sig att smärtlindringen skulle verka i tre till fyra timmar. Endast 9% av patienterna förväntade sig fullständig smärtlindring.

Enligt Carr och Thomas (1997) studie förväntade sig patienten att sjuksköterskan var expert på smärta. Patienten trodde att sjuksköterskan kunde avgöra, på ett korrekt sätt, hur ont han/hon hade och hur stort behovet var av smärtlindring. I Dahlman et al. (1999) studie tillfrågades patienterna om varför de var nöjda med smärtlindringen trots att de hade upplevt svår smärta. Svaret blev att de hade förväntat sig smärta efter operationen.

Positiva upplevelser

I en studie gjord av Dahlman et al. (1999) ingick 80 patienter som efter en operation dagligen fick skatta sin smärta på en VAS-skala. Vid utskrivningen blev patienterna intervjuade angående sin upplevda smärta under vårdtiden och de flesta uppgav då att de hade haft mer smärta än vad de tidigare angivit vid de dagliga kontrollerna. Nästan alla patienterna (95%) var nöjda med smärtlindringen, trots att nära hälften skattade sin smärta till fem eller högre på VAS-skalan.

Lithner och Zilling (1998) beskriver i sin studie en patientgrupp som fick utökad information om postoperativ smärtlindring av narkosläkare kvällen före operation och en patientgrupp som endast fick information av en sjuksköterska på vårdavdelningen. Under operationsdygnet krävde båda grupperna lika stor mängd analgetika, men de följande fyra dyggen krävde de patienter, som fått den utökade informationen, endast hälften så mycket analgetika som kontrollgruppen. Författarna förklarar detta med att patientens oro och rädsla minskar med adekvat information. Genom detta ökar tillfredsställelsen och patienterna kan lättare acceptera en viss grad av smärta. Även Dahlman et al. (1999) och Walterson, Carlsson och Ihre (1999) kom fram till att

postoperativ smärta kan lindras genom att patienten får preoperativ information. Det visade sig att de patienter som fått preoperativ information upplevde mindre smärta än de som inte fått någon preoperativ information alls. Detta är motsatsen till vad Sjöling och Nordahl (1998) kom fram till i sin studie, där patienterna som fått preoperativ information hade en tendens att uppleva mer smärta postoperativt.

I Sjöling och Nordahls (1998) studie ingick 59 patienter som skulle genomgå höft- eller knäplastik. Resultatet visar att 86% av patienterna uppgav att de alltid blev trodda av personalen när de sa att de hade ont och 14% frågade aldrig efter analgetika. Dessa 14% var samma patienter som hade upplevt minst smärta.

Negativa upplevelser

McDonald et al. (2000) kom i sin studie fram till att patientens smärta i medeltal var fem på VAS-skalan under hela vårdtiden. Patientens upplevelser av den postoperativa smärtan skiljer sig ofta från sjuksköterskans uppfattning, då sjuksköterskan undervärderar patientens smärta. Sjöström (1995) och Sjöström, Dahlgren och Haljamäe (1999) jämförde patientens skattning av smärta på VAS-skalan med sjuksköterskornas och läkarnas skattning av patientens smärta. Vid bedömning av medelsvår smärta hade patienten och sjuksköterskorna samma uppfattning, men ju högre smärta patienten skattade på VAS-skalan, desto större fel hade personalen i sin bedömning och undervärderade patientens smärta. Både läkare och sjuksköterskor undervärderade patientens smärta, men de erfarna sjuksköterskorna skilde sig genom att de oftare underskattade patientens smärta.

I en studie av Watt-Watson et al. (2000) visade det sig att flertalet av patienterna upplevde sin smärta som mild vid vila, medan de vid rörelse upplevde medelsvår till svår smärta. Majoriteten av patienterna upplevde sin smärta som svår innan de erhöll nästa analgetikados, medan mer än två tredjedelar av sjuksköterskorna uppfattade patientens smärta som mild.

Svensson, Sjöström och Haljamäe (2000) menar att trots stora förbättringar när det gäller sjuksköterskans smärtskattning och behandling av postoperativ smärta, förekommer det fortfarande att patienten upplever höga till värsta tänkbara smärtor även under den sena postoperativa fasen. I Sjöling och Nordahls (1998) studie ingick 59 patienter och av dessa var det 15% som uppgav att de fått vänta länge på smärtlindring, så länge som 60-90 minuter.

Sjuksköterskans bemötande

Preoperativ information

Dahlman et al. (1999) kom i sin studie fram till att det är viktigt att ge preoperativ information till patienten för att han/hon ska känna sig trygg och våga kräva mer smärtlindring när det behövs. Patienten ska också få information om att det är viktigt att bli smärtlindrad och att inte försöka vara ”modig” och stå ut med smärtan.

Huang et al. (2000) menar att patienten behöver informeras om att smärtbehandling är en del i den postoperativa behandlingen. En annan viktig komponent i smärtbehandlingen är att ett postoperativt smärtprogram behövs för att uppmuntra patienten att bli delaktig i sin rehabilitering. Detta kan enligt författarna, leda till snabbare mobilisering och kortare sjukhusvistelse.

I Lithner och Zillings (2000) studie framkom att preoperativ information är en viktig del i omvårdnaden av patienter postoperativt. Utan information är patienten oförmögen att ta aktiv del i sin postoperativa omvårdnad. Om patienten inte känner till vikten av postoperativ mobilisering ökar risken att de förblir passiva och detta kan leda till ökad risk för postoperativa komplikationer. Preoperativ information om smärta och smärtlindring ansågs vara den mest efterfrågade informationen hos patienterna. I studien framkom också att patienterna önskade både skriftlig och muntlig information. Författarna kom fram till att det är mycket viktigt med en utveckling av både muntlig och skriftlig patientinformation av god kvalitet för att öka patientens välbefinnande.

Fortners (1998) forskning visar att preoperativ information kan lindra patientens smärta. Informationen bör bestå av a) procedurinformation, vilken beskriver ingreppet, hjälpmedel och omgivning vid ingreppet, b) sensorisk information, vilken beskriver känslor och upplevelser av ingreppet ur ett patientperspektiv samt c) psykologisk information i form av avslappningstekniker, djupandning eller visualisering.

Bemötande

I en studie gjord av Stridsberg och Billing (1999) framkom det att sjuksköterskans bemötande var av stor betydelse i smärtbehandlingen. Sjuksköterskan agerar som ställföreträdare åt patienter med postoperativ smärta, genom att se till att smärtstillande medel blir ordinerat, att dosen ändras eller att läkemedel som inte ger önskad effekt byts ut om patienten inte blir tillräckligt smärtlindrad. Sjuksköterskan skall inom omvårdnad själv ta initiativ och ansvar för vad hon gör och även för det hon inte gör. För att kunna genomföra detta krävs kunskap om hur patientens problem kan avhjälpas.

McCaffery och Ferrells (1997) studie visade att sjuksköterskan bär med sig förutfattade meningar när det gäller smärta och smärtlindring samt att hon i bemötandet av patienten tvivlar på dennes skattning av sin smärta. Författarna menar att sjuksköterskan behöver få kunskap om att ingen forskning har visat på att patientens uppförande, utseende eller livsstil är bättre indikator på smärta än patientens skattning av sin smärta. Det framkom också att sjuksköterskans personliga egenskaper, eller karaktär, påverkar hennes beslutsfattande i smärtbehandlingen och då speciellt vid administrering av opioider.

I Stridsberg och Billings (1999) studie framkom att smärta undervärderades av sjuksköterskan i mötet hos patienter som log, jämfört med patienter som grimaserade, detta trots att patienterna skattade samma på VAS-skalan. Sjuksköterskan gav även större doser av opioider till de grimaserande patienterna.

Dahlman et al. (1999) kom i sin studie fram till att 8% av patienterna, efter genomgången operation, uttryckte smärta på ett sätt som var svårt för sjuksköterskan att tolka och bemöta. Patienterna, i Sjöling och Nordahls (1998) studie, som fått vänta alldeles för länge på smärtlindring, påstod att de var nöjda med smärtlindringen på

grund av det goda intrycket de fått av omvårdnaden och av personalens bemötande (Sjöling och Nordahl, 1998).

Orlando (1990) skriver att omvårdnad är en process där de centrala faktorerna är interaktionen och samspelet mellan patienten och sjuksköterskan vid en given tidpunkt. Hon betonar vikten av att valet och genomförandet av en handling skall ske i samarbete med patienten och detta bör grunda sig på en öppen och god kommunikation mellan sjuksköterska och patient.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna har valt att göra en litteraturstudie. Litteraturstudier är en metod som används för att utforska vad som redan är känt inom det aktuella området (Polit & Hungler, 1999). Syftet var att tydliggöra sjuksköterskans bemötande av patienter med postoperativ smärta samt patientens upplevelser av smärtbehandlingen. Artiklarna är publicerade mellan åren 1997 och 2002 för att få så aktuell information som möjligt. Artiklar publicerade på både engelska och svenska söktes för att även täcka in svenska vetenskapliga studier som gjorts inom området, men vilka inte publicerats på engelska. Sökningen på svenska artiklar gav två träffar som passade vårt syfte och resten av artiklarna i studien är baserade på engelska artiklar. Framför allt har systematisk sökning gjorts via databaserna CINAHL och PubMed. Vid urvalet utgick författarna från sökträffarnas titlar och dess samband med syftet inkluderades. Genom detta tillvägagångssätt kan eventuellt relevant litteratur felaktigt ha exkluderats på grund av någon avvikande titel, som felaktigt bedömts som irrelevant. Därför finns det kanske ytterligare material som författarna inte haft tillgång till inom det aktuella forskningsområdet.

Osystematisk sökning mellan åren 1999 och 2002 har också gjorts, det vill säga då vi funnit referenser i artiklar eller tidskrifter. En avhandling och en artikel är publicerade 1995, men valdes att tas med därför att de stämde väl överens med studiens syfte.

Artiklarna som analyserats i resultatet behandlar samma ämnen men ur olika perspektiv. De uppvisar dock ett likartat resultat både vad gäller negativa som positiva aspekter vilket stärker tillförlitligheten, enligt författarna, till denna studie (Patel & Davidsson, 1994).

Resultatdiskussion

Sjuksköterskans kunskap om postoperativ smärta/behandling

I flera studier framkommer det att sjuksköterskan inte känner sig förtrolig med smärta och smärtbehandling som vårdproblem, trots att hon anser att det är hennes ansvarsområde inom omvårdnad. Studierna visar att det finns ett behov av mer utbildning inom området smärta för sjuksköterskor och att den utbildning som givits delvis visar på positiva resultat.

Mackintosh och Bowles (2000), Dahlman et al. (1999) och DeRond et al. (2001) påpekar att sjuksköterskorna efter utbildningsdagen själva anser att deras kunskaper om smärta och smärtbehandling har förbättrats och att de inte känner sig lika osäkra som tidigare. I det dagliga arbetet med patienterna märks detta genom att patienterna blir bättre smärtskattade och smärtlindrade. Ovannämnda författare visar också på att redan några månader efter utbildningen börjar sjuksköterskan gå tillbaka till de gamla rutinerna och patienterna blir då inte optimalt smärtlindrade. Det framkommer också att sjuksköterskorna behöver regelbundna utbildningsdagar med uppföljning för att de ska kunna hålla sig uppdaterade. Kanske beror detta på att sjuksköterskan inte själv söker ny kunskap genom att läsa olika forskningsresultat inom området. Det kan också vara så att det är svårt och att det tar tid att ändra på gamla rutiner. Förhoppningsvis kommer problemet att minska eftersom ämnet smärta och smärtbehandling har aktualiserats. McCaffery och Ferrell (1997) menar att det ofta finns möjligheter för sjuksköterskan att delta i interna smärtutbildningar. Vi anser att om sjuksköterskan skaffar sig kunskap och erfarenhet skapar detta bättre förutsättningar för att hon skall känna sig trygg i sin yrkesroll.

Orsaker till otillräcklig smärtlindring

Flera studier visar att patienten inte själv påkallar sjuksköterskans uppmärksamhet och inte heller ber om smärtlindring. Detta kan bland annat bero på att han/hon inte vill vara till besvär eller inte vill erkänna att det gör ont. Sjuksköterskan däremot förväntar sig att patienten själv skall berätta om sin smärta. Vi anser att sjuksköterskan bör informera patienten om hur viktigt det är att han/hon påtalar sin smärta. Hon behöver också titta till patienten oftare, så att dennes smärta upptäcks i tid. Enligt Orlando (1990) är det viktigt att sjuksköterskan och patienten har en god kommunikation för att omvårdnaden skall bli så bra som möjligt och för att patienten skall bli delaktig i sin behandling.

I Jairath och Kowal (1999) och McDonald et al. (2000) studier framkommer att många patienter undviker analgetika av rädsla för biverkningar eller beroende. Endast en studie (Elander, 1995) visar på motsatsen, att få patienter är rädda för biverkningar. Sjuksköterskan bör bli medveten om att patienten inte alltid talar om att han/hon har ont. Att patienten inte vågar störa kan bero på medias bild av vården, där det framkommer att personalbristen är stor och att arbetet är tungt. En annan orsak till otillräcklig smärtlindring är enligt McCaffery och Ferrell (1997) att läkare ordinerar för låga doser analgetika och att sjuksköterskan administrerar lägre än vad läkaren ordinerar. Det verkar som att både läkare och sjuksköterskor är rädda för att överdosera analgetika. Kanske beror detta på att de inte tar till sig nya kunskaper om läkemedlenas biverkningar och beroendeframkallande effekter. Studier visar att risken för beroende i samband med behandling av postoperativ smärta är nästan obefintlig så länge som patienten har ont.

Patientens förväntningar/upplevelser av smärtbehandlingen

Åsikterna skiljer sig åt mellan patient och sjuksköterska, då så gott som alla patienter förväntar sig smärta postoperativt medan knappt hälften av sjuksköterskorna i de olika studierna anser att patienterna bör förvänta sig postoperativ smärta. Många patienter upplever att de blir trodda när de säger att de har ont och de är nöjda med smärtlindringen. De patienter som inte är nöjda efter vårdtiden upplever att sjuksköterskan undervärderar smärtupplevelsen och de upplever också att de får vänta

länge på sjuksköterskan innan de får ytterligare smärtlindring (Sjöling och Nordahl, 1998; Sjöström, 1995; McDonald et al., 2000 och Watt-Watson et al., 2001).

Det framgår inte i studierna om patienterna hade någon kunskap om och erfarenhet av smärtlindring. Kanske beror skillnaderna angående förväntningarna på att patienten menar smärta utan smärtlindring och sjuksköterskan menar smärta med smärtlindring. Sjuksköterskan har ju erfarenhet av att smärtlindring fungerar bra. Att bara 9% av patienterna i Jairath och Kowals (1999) studie tror sig bli helt smärtlindrade är en förvånansvärt låg siffra. Kanske har patienten dåliga erfarenheter av tidigare smärtlindring. Orsaken kan också vara att den preoperativa informationen som patienten delgivits är bristfällig. Kunskap bidrar till att sjuksköterskan får bättre självförtroende och också till att hon vågar administrera mer analgetika, vilket leder till att patienten blir tillräckligt smärtlindrad och får med sig positiva upplevelser.

Sjuksköterskans bemötande

Flera studier (Dahlman et al., 1999; Fortner, 1998 och Lithner & Zilling, 1998, 2000) visar att preoperativ information om postoperativ smärta och dess behandling är nödvändig, och att detta har visat sig minska patientens oro samt den postoperativa smärtan. Det framkommer i studierna att information om smärta och smärtlindring anses vara den mest efterfrågade informationen hos patienterna och att den ger positiva resultat. En studie av Sjöling och Nordahl (1998) visar på motsatsen, att den ger negativa resultat, för att patienter som får preoperativ information har en tendens att uppleva mer smärta postoperativt. Alla patienter kanske inte vill ha lika grundlig information då det finns risk att en del kommer att reagera negativt av för mycket och utförlig information. Det är bra att vara lyhörd inför varje individs unika behov och att känna av hur mycket information varje enskild patient kan ta emot.

Sjuksköterskan har förutfattade meningar när det gäller smärta och smärtlindring. Hon har också en tendens att ge mer analgetika till de patienter som grimaserar än till dem som har ett leende på läpparna. Orlando (1990) skriver att det är betydelsefullt att sjuksköterskan kan skilja mellan sina observationer, tankar och känslor. Interaktionsprocessens tredje steg bygger på att sjuksköterskan, tillsammans med patienten, skall bekräfta att hon har uppfattat situationen rätt. Detta har inte gjorts i de

studier där sjuksköterskan endast smärtlindrar efter hur patienten ser ut och inte efter hur han/hon känner. Även interaktionsprocessens fjärde steg, att handlingen skall ske i samarbete med patienten, saknas eftersom sjuksköterskan handlar efter vad hon själv tror. I Dahlman et al. (1999) studie visar det sig att patienterna är nöjda med smärtlindringen trots att de upplevt svår smärta, eftersom de hade förväntat sig smärta efter operationen. Vi tror att detta beror på att de här patienterna förmodligen har fått bra preoperativ information. Patienterna i en annan studie var nöjda med smärtbehandlingen trots att de fått vänta länge på smärtlindring och de förklarar detta med att de var nöjda med det goda bemötandet de fått under vårdtiden. Författarna till denna studie anser att patienten ibland står i beroende till sjuksköterskan och kanske inte vågar säga att han/hon inte är tillfreds med smärtlindringen. Att patienterna är nöjda trots smärta, kan också bero på att sjuksköterskan faktiskt bemöter patienten på ett bra sätt, men att det finns brister inom andra områden då det gäller smärtbehandling. Till exempel kan det saknas preoperativ information.

Orlandos omvårdnadsmodell har använts i denna studie. Den har ett begränsat perspektiv genom att den uteslutande handlar om här-och-nu-situationer och hur sjuksköterskan förhåller sig till patientens omedelbara behov av hjälp. Modellen kan inte användas på patienter som inte är i stånd att uttrycka sina behov eller inte är vid medvetande. Denna studie bygger på patienter som vårdas på vårdavdelning efter att ha genomgått operation och är vakna och kommunicerbara. Därför har Orlandos omvårdnadsmodell använts. Författarna till denna studie vill se mer av Orlandos omvårdnadsmodell i arbetet med patienter med postoperativ smärta. Hennes interaktionsprocess är en bra grund att utgå ifrån då det handlar om bemötande och alla de fyra stegen skall följas.

KONKLUSION

Sjuksköterskan anser själv att hon inte har tillräcklig kunskap om patienters upplevelser av smärta och smärtbehandling postoperativt. Utbildningsdagar i ämnet smärta och smärtbehandling har visat sig vara positiva. Sjuksköterskan anser sig därigenom fått

bättre kunskap och det visar sig också i hennes bemötande av patienter med postoperativ smärta. Smärtbedömningsverktyg ökar möjligheten till bättre smärtbehandling och sjuksköterskan är positiv till att använda dessa hjälpmedel. Att patienter upplever otillräcklig smärtlindring kan dels bero på patienten och dels på sjuksköterskan. Patienten säger inte alltid till när han/hon har ont beroende på rädsla för biverkningar av analgetika eller för att han/hon inte vill störa personalen. Sjuksköterskan smärtskattar inte vid mobilisering eller så ger hon för låga doser analgetika. Patienten förväntar sig smärta efter operation. Patientens postoperativa upplevelser skiljer sig från sjuksköterskans uppfattning om densamma då sjuksköterskan ofta undervärderar patientens smärta. Den preoperativa informationen kan påverka patienten både positivt och negativt. Den skall bland annat ges för att patienten ska känna sig trygg och för att han/hon ska bli mer delaktig genom att till exempel våga be om smärtlindring. Studien visar att sjuksköterskan ibland har förutfattade meningar om smärta och smärtlindring och att hon därigenom undervärderar smärta hos patienter som ler jämfört med dem som grimaserar. Hon utgår inte från patientens skattning av sin smärta. Patienter som upplevde smärta postoperativt var ofta nöjda ändå, bland annat på grund av personalens vänliga bemötande.

Det verkar inte finnas mycket forskning kring sjuksköterskans bemötande av patienter med postoperativ smärta. Detta är något som vi anser betydelsefullt och efterlyser därför mer forskning kring detta.

LITTERATUR

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bengmark, A., Bergentz, S-E., Rydholm, A., & Zederfeldt, B. (1996). *Kirurgi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.

Carr, E., & Thomas, V-J. (1997). Anticipating and experiencing post-operative pain: The patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 191-201.

Dahlman, G-B., Dykes, A-K., & Elander, G. (1999). Patients' evaluation of pain and nurses' management of analgesics after surgery. The effect of a study day on the subject of pain for nurses working at the thorax surgery department. *Journal of Advanced Nursing*, 30, (4), 866-874.

DeRond, M., DeWit, R., & VanDam, F. (2001). The implementation of P Monitoring Program for nurses in daily clinical practice: results of a following-up study in five hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 35, (4), 590-598.

Dunn, V. (2000). The holistic assessment of patient in pain. *Professional Nurse*, 15, (12), 791-793.

Elander, G. (1995). *Patienters upplevelse av smärta och smärtbehandling*. Spri rapport. Helsingborg.

Fortner, P-A. (1998). Preoperative patient preparation: Psychological and Educational aspects. *Seminars in Perioperative Nursing*, 7, (1), 3-9.

Gaston-Johansson, F. (1996). Measurement of pain: The psychometric properties of the pain-o-meter, a simple, inexpensive pain assessment tool that could change health care practises. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12, (3), 172-181.

Hawthorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta - Bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Holm, S., & Hansen, E. (2000). *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

HSL 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Huang, N., Cunningham, F., Lauritio, C-E., & Chen, C. (2001). Can we do better with postoperative pain management? *American Journal of Surgery*, 182, (5), 440-448.

Jairath, N., & Kowal, N. (1999). Patient Expectations and Anticipated Responses to Postsurgical Pain. *Journal of Holistic Nursing*, 17, (2), 184-196.

Lindgren, U., & Svensson, O. (2001). *Ortopedi*. Stockholm: Lieber AB.

Lithner, M., & Zilling, T. (1998). Ökar preoperativ information patientens välbefinnande postoperativt? *Vård i Norden*, 18, (1), 31-33.

Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and Counseling*, 40, (1), 29-37.

Ljungqvist, O., Thorell, A., & Eriksson, L. (2001). *Preoperativa förberedelser*. I Jeppson, B., Peterson, H-I. Risberg, B. (Red.), *Kirurgi* (s. 19-28). Lund: Studentlitteratur.

LYHS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Socialdepartementet.

Mackintosh, C., & Bowles, S. (2000). The effect of an acute pain service on nurses' knowledge and beliefs about post-operative pain. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 119-126.

McCaffery, M., & Ferrell, B-R. (1997). Nurses' knowledge's of pain assessment and management: How much progress have we made? *Journal of Pain Symptom Management*, 14, (3), 175-188.

McDonald, D., Mc Nulty, J., Erickson, K., & Weiskopf, C. (2000). Communicating Pain and Pain Management Needs After Surgery. *Applied Nursing Research*, 13, (2), 70-75.

Nash, R., Yates, P., Edwards, H., Fentiman, B., Dewar, A., McDowell., & Clark, R. (1999). Pain and the administration of analgesia: what nurses say. *Journal of Clinical Nursing*, 8, (2), 180-189.

Nystrand, A., & Röhl, A. (1999). *Smärta Aktuell medicinsk forskning 1999*. Lidköping: Strokirk-Landströms.

Orlando, I J. (1990). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles*. New York: National League for Nursing.

Patel, R., & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Nursing research, Principles and Methods* (6th ed). Philadelphia: Lippincott.

Rawal, N. (1991). *Postoperativ smärta och dess behandling*. Örebro: Kabi Pharmacia.

Rawal, N. (1999). *Postoperativ Smärta Behandling, kvalitetssäkring och organisation*. Lund: Studentlitteratur.

Schafheutle, I-E., Cantrill, J-A., & Noyce, P. (2001). Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, 33, (6), 728-737.

Sjöling, M., & Nordahl, G. (1998). Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management Despite Experiencing High Levels of Pain. *European Nurse*, 3, (4), 264-273.

Sjöström, B. (1995). *Assessing acute postoperative pain. Assessment strategies and quality in relation to clinical experience and professional role.* (avhandling för Göteborgs universitet.).

Sjöström, B., Dahlgren, L-O., & Haljamäe, H. (1999). Strategies in postoperative pain assessment: validation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15, (5), 245-306.

SOSFS 1989:1. *Socialstyrelsens allmänna råd om smärtlindring i livets slutskede.* Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Stridsberg, M., & Billing, E. (1999). Sjuksköterskors kunskaper om smärta och smärtbehandling. *Vård i Norden*, 19, (4) 41-46.

Svensson, I., Sjöström, B., & Haljamäe, H. (2000). Assessment of pain experiences after elektiv surgery. *Journal of Pain Symptom Management*, 20, (3), 193-201.

Trygghetsfonden. (1997). *Regelbundna smärtskattningsrutiner för postoperativ smärta vid Mölndals sjukhus.* Stockholm: Trygghetsfonden. (Rapport; 1997:11).

Waltersson, A., Carlsson, B., & Ihre, T. (1999). Patient Controlled Analgesia versus Conventional Analgesia for postoperative pain following abdominal surgery. *Vård i Norden*, 19, (1), 15-19.

Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B., & Streiner, D. (2000). The Impact of Nurses' Empathic Responses on Patients' Pain Management in Acute Care. *Nursing Research*, 49, (4), 191-200.

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla

Institutionen för omvårdnad

Box 1236

462 28 Vänersborg

Tel 0521 - 26 40 00 Fax 0521 – 26 40 99

www.htu.se