

Postoperativ smärta

VAD BÖR SJUKSKÖTERSKAN TÄNKA PÅ VID VÅRD AV
PATIENTER MED POSTOPERATIV SMÄRTA

FÖRFATTARE

Alexandra Guldbog
Josefin Åkesson

PROGRAM/KURS

Sjuksköterskeprogrammet, 180
högskolepoäng/
Omvårdnad – Eget arbete

HT 2007

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Monica Moene

EXAMINATOR

Ingvar Frid

Titel (svensk):	Vad bör sjuksköterskan tänka på vid vård av patienter med postoperativa smärta.
Titel (engelsk):	What should the nurse think about in care of patients with postoperative pain.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Omvårdnad – Eget arbete/OM2240/SPN8
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Alexandra Guldbog Josefin Åkesson
Handledare:	Monica Moene
Examinator:	Ingvar Frid

SAMMANFATTNING

Smärta är ett multidimensionellt fenomen som påverkas av flera faktorer. Smärta är kroppens varningssignal och kan medföra fysiologiska och psykologiska reaktioner som kan förlänga läkningstiden och öka lidandet. Postoperativ smärta är den smärtan som upplevs efter ett kirurgiskt ingrepp och sjuksköterskan har en central roll och ett etiskt ansvar vid bedömningen och behandling av denna smärta. Smärtskattningsinstrument är betydelsefulla redskap för att upprätthålla kontinuiteten i omvårdnaden. Genom att använda Travelbees omvårdnadsmodell kan interaktion, kommunikation underlättas. Syftet med litteraturstudien var att belysa vad sjuksköterskan bör tänka på vid bedömning av patienter med postoperativ smärta. Artiklarna söktes i databaserna CINAHL, Blackwell och Vård i Norden, därefter sammanställdes och bearbetades artiklarna utifrån syftet, och tre teman växte fram, Sjuksköterskan och patientens uppfattning om postoperativ smärtbedömning, Sjuksköterskans attityd till användningen av smärtbedömningsinstrument, Har sjuksköterskans kunskap någon roll i vård av patienter med postoperativ smärta. Forskningsresultaten påvisar stora brister i adekvat smärtbedömningen/behandling kring patienter med postoperativ smärta. De finns positiva och negativa attityder till smärtskattningsinstrument. Sjuksköterskan underskattar ofta patientens smärta, och okunskapen kring smärta lyfts fram i artiklarna.

Slutsats: Vid vård av patienter med postoperativ smärta bör sjuksköterskan vara medveten om sin attityd, då normer och värderingar påverkar synen på smärta. En framgångsrik smärtbedömning/behandling uppnås genom flera faktorer bl a en god och välfungerande kommunikation, användning av smärtskattningsinstrument samt grundläggande kunskaper inom algologin. Ett holistiskt synsätt krävs för att uppnå optimal smärtlindring och vård.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	
INLEDNING	1
Vad är smärta?	1
Definition på smärta	1
Smärtans historik	2
OLIKA TYPER AV SMÄRTA	2
Nociceptiv smärta	2
Neurogen smärta	2
Psykogen smärta	3
Idiopatisk smärta	3
POSTOPERATIV SMÄRTA	3
SJUKSKÖTERS KANS SMÄRTBEDÖMNING	3
BEDÖMNING AV POSTOPERATIV SMÄRTA	5
BEDÖMNING SINSTRUMENT	6
OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV	7
Metaparadigmbegrepp enligt Joyce Travelbee	8
Människosyn	8
Miljö	8
Hälsa	8
Omvårdnad	8
Den mellanmänskliga relationsprocessen - Human to Human Relationship	9
Det första mötet	9
Framväxt av identitet	9
Empati	9
Sympati	9
Etablering av ömsesidig förståelse och kontakt	10
Att använda Travelbees omvårdnadsmodell i samband med bedömning med patienter med postoperativ smärta	10
SYFTE	10
METOD	10
DATAINSAMLING	10
DATA ANALYS	11
RESULTAT	12
SJUKSKÖTERS KAN OCH PATIENTENS UPPFATTNING OM POSTOPERATIV SMÄRTBEDÖMNING	12

Patientens upplevelse och sjuksköterskans underskattning	12
Sjuksköterskans bedömning	12
Sjuksköterskan och patientens sätt att se på analgetika	13
Vad är god vårdkvalité för sjuksköterskan och patienten	14
Att ge patienten tid	14
SJUKSKÖTERSKANS ATTITYD TILL ANVÄNDNINGEN AV SMÄRTBEDÖMNINGSS INSTRUMENT	15
HAR SJUKSKÖTERSKANS KUNSKAP NÅGON ROLL I VÅRD AV PATIENTER MED POSTOPERATIV SMÄRTA	16
Utbildning	16
Kunskap	17
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	18
Sjuksköterskan och patientens uppfattning om postoperativ smärtbedömning	18
Patientens upplevelse och sjuksköterskans underskattning	18
Sjuksköterskans bedömning	18
Sjuksköterskans och patientens sätt att se på analgetika	19
Vad är god vårdkvalité för sjuksköterskor och patienter	20
Sjuksköterskans attityd till användning av smärtbedömningsinstrument	21
Har sjuksköterskans kunskap någon roll i vård av patienter med postoperativ smärta	22
SLUTSATS	23
REFERENSER	25
BILAGA	
PRESENTATION AV ARTIKELREFERENSER	

PRESENTATION AV ARTIKELREFERENSER

Ref. nr: 24

Författare: Idwall E, Berg K, Unosson M, Brudin L.

Titel: Difference between nurses and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals

Tidskrift: Journal of Evaluation in Clinical Practice 2004;11(5):444-51.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka skillnaden mellan sjuksköterskor och patienters bedömning av postoperativ smärta på två sjukhus, syftet var även att diskutera omfånget av dessa skillnader.

Metod: Datasamlingen gjordes med hjälp av ett frågeformulär, The Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management, som bestod av fjorton teman med fyra undergrupper (kommunikation, handling, förtroende och miljö). Två frågor ställdes även om den värsta smärtupplevelsen under de senaste 24 timmarna och generella upplevelsen av smärtbehandlingen. Kvantitativ metod har använts för analys.

Urval/population: Studiens urval bestod av 209 inlagda patienter och 63 sjuksköterskor från ett centralt småstadssjukhus, samt 77 inlagda patienter och 34 sjuksköterskor från ett Universitetssjukhus.

Land: Sverige

Referenser: 17

Ref. nr: 25

Titel: Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients

Författare: Watt- Watson J, Stevens B, Garfinkel D.

Tidskrift: Journal Advanced Nursing 2001;36(4):535-45.

Syfte: Var att undersöka relationen mellan sjuksköterskans kunskaper och möjligheter att hantera smärta hos patienter med hjärtoperation postoperativt.

Metod: En deskriptiv, kvantitativ, korrelationsstudie. Data var insamlat från tre stora Universitetssjukhus under en fem månaders period, där patienter blev intervjuade om sjuksköterskans smärtbehandling. Sjuksköterskorna fick svara på ett frågeformulär om smärta och smärtskattning.

Urval/population: Bestod av 225 patienter, 52 kvinnor och 173 män samt 94 sjuksköterskor, 86 kvinnor och 8 män. Patienterna blev intervjuade på sin tredje postoperativa dag efter en By-pass operation.

Referenser: 62

Land: Canada

Ref. nr: 26

Författare: Sjöström B, Haljamäe H, Dahlgren L-O, Lindström B.

Titel: Assessment of postoperative pain: impact of clinical experience and professional role

Tidskrift: Acta Anaesthesiologica Scandinavica 1997;41(3):339-44.

Syfte: Att beskriva vilka metoder som används av erfarna och mindre erfarna sjuksköterskor och läkare i deras skattning av postoperativ smärta, samt att se ifall klinisk erfarenhet eller den professionella rollen hade betydelse för hur de skattade smärta.

Metod: Kvantitativ metod användes för analys. Studien gjordes på narkos och intensivvårdsavdelningar på ett universitetssjukhus med 1200 vårdplatser. Datainsamlingen gjordes genom upprepade intervjuer med sjuksköterskor och läkare i samband med klinisk smärtskattning med hjälp av Visuellt analog skala, VAS.

Urval/population: Bestod av 30 sjuksköterskor och läkare med olika års erfarenhet samt av 180 patienter. Elva av sjuksköterskorna hade tio års yrkeserfarenhet eller mer och sju hade en yrkeserfarenhet på fyra år eller mindre. Av läkarna hade fjorton en yrkeserfarenhet på tio år eller mer och sju av dem fyra år eller kortare erfarenhet.

Land: Sverige

Referenser: 28

Ref. nr: 27

Författare: Richards J, Hubbert O- A.

Titel: Experiences of expert nursing in caring for patients with postoperative pain.

Tidskrift: Pain Management Nursing 2007;8(1):17-24.

Syfte: Var att lära sig hur expertsjuksköterskor bedömde, behandlar, och bryr sig om patienter med postoperativ smärta.

Metod: En pilot kvalitativ design med och en fenomenologisk metod användes i studie. Den fenomenologisk metod användes i/för att intervjua de tre expertsjuksköterskor. Detta för att fånga upp sjuksköterskornas individuella erfarenheter, och är fokuserat på deltagarnas detaljerade perspektiv av han/hennes erfarenheter. Deltagarna beskriver erfarenheter av vård med patienter med postoperativ smärta med sina egna ord istället för att besvara färdiga frågeformulär. Frågorna som styrde studien var: Hur vet expertsjuksköterskor att deras patienter har ont? Vad för sorts smärtbedömnings teknik eller strategi använder sig expertsjuksköterskor sig av? Fyra teman växte fram under dataanalysen, Att se till hela

patienten, Själständighetens konst vid omvårdnad, Att acceptera vad patienten säger, Engagemanget till operations sjukvård.

Urval/population: Tre registrerade sjuksköterskor i åldrar 43 till 46 år, anmälde sig frivilligt som deltagare till studien. Kriterierna för att sjuksköterskorna fick delta var att de skulle varit anställda i minst fem år och anställda som registrerade sjuksköterskor i minst fem år på områden/ avd på sjukhus där majoriteten av patienter hade genomgått operation och fick smärtbehandling.

Land: USA

Referenser: 18

Ref. nr: 28

Författare: Kubecka K, Simon J, Boettcher J.

Titel: Pain management knowledge of hospital-based nurses in a rural Appalachian area

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 1996;23:861-67.

Syfte: Undersöka och fastställa kunskapen inom smärthantering hos sjuksköterskor på landsbygden i Appalachia.

Metod: Deskriptiv, replikationsstudie. Frågeformulär bestod av tre sektioner, där geografiska teman samt två instrument användes för att mäta kunskapen om opioiders klassifikation och smärtbehandling/bedömning. Instrumenten är en sammanställning av de tre sektionerna.

Urval/population: 123 sjuksköterskor deltog 120 kvinnor och 3 män. Undersökningen gjordes på 3 olika sjukhus. Sjuksköterskorna fick ett introduktions brev där studien presenterades, och inbjöds att medverka. Datainsamlingen pågick 1-2 veckor.

Land: USA

Referenser: 34

Ref. nr: 29

Författare: Zeits K.

Titel: Nursing observations during the first 24 hours after a surgical procedure: what to do?

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2005;14:334-43.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva vad som utgör postoperativ omvårdnad under de första 24 timmarna på avdelning inklusive faktorer som observation, hur ofta och lång tid som spenderas med patienterna.

Metod: Data samlades in genom observation de första 24 timmarna på patienter som vårdades postoperativt efter att de kommit till avdelning. Sjuksköterskorna på avdelningen observerades även. En klocka användes för att mäta tiden sjuksköterskan spenderade med patienten. Granskningen utfördes på två olika sjukhus i Australien under en 8 veckors period, kirurgiska avdelningar.

Urval/population: 81 patienter observerades under 282 patient timmar.

Land: Australien

Referenser: 22

Ref. nr: 30

Författare: Watt-Watson J, Garfinkel P, Gallop R, Stevens B, Streiner D.

Titel: The Impact of Nurses' Empathic Responses on Patients' Pain Management in Acute Care

Tidskrift: Nursing Research 2000;49(4): 191-200.

Syfte: Att undersöka sambandet mellan sjuksköterskans empati och patientens smärtintensitet och analgetiska administration efter kirurgi.

Metod: En deskriptiv, korrelation och en subjektiv design användes för att utvärdera frågorna i studien. Patienterna intervjuades på sin tredje dag efter By-pass om sin smärta och hur de hanterade sin smärta. Sjuksköterskans grad av empati mättes med hjälp Staff- Patient Interaction Respons Scale (SPIRS). Patienter och sjuksköterskor fick svara på frågor som därefter sammanställdes. Sjuksköterskans grad av empati och smärtekunskap fastställdes. Patient data summerades och sammankopplades med tilldelad sjuksköterska, det blev 80 par av sjuksköterska/patient.

Urval/population: 225 patienter från fyra olika kardiovaskulära enheter på tre Universitetssjukhus. 94 sjuksköterskor deltog, 86 kvinnor och 8 män.

Land: Canada

Referenser: 60

Ref. nr: 31

Författare: Carr E.

Titel: Refusing analgetics: using continuous improvement to improve pain management on a surgical ward

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2002;11:743-52.

Syfte: Var att reducera antalet patienter som nekar till analgetika när de erbjuds av sjuksköterska

Metod: Studien gjordes på en kirurgisk avdelning med 28 vårdplatser. De använde en modell för förbättring som innefattade ett informationsblad till patienterna angående smärta, en regelbunden dokumentation av smärtskattning samt ett utbildnings program med nya kunskaper till personalen.

Urval/population: I första undersökningen deltog 133 patienter och i andra undersökningen deltog 167 patienter för att se om det var någon förändring efter modellen av förbättring.

Land: England

Referenser:47

Ref. nr: 32

Författare: Stridsberg M, Billing E.

Titel: Sjuksköterskors kunskaper om smärta och smärtbehandling

Tidskrift: Vård i Norden 1999;19(1):41-46.

Syfte: Att undersöka vilka kunskaper och eventuella upplevda behov av kunskaper om smärta och smärtbehandling som verksamma sjuksköterskor har på en medicinsk vårdavdelning.

Metod: Datasamlingen gjordes med hjälp av enkät, som var utformad med strukturerade och ostrukturerade frågor. Frågorna konstruerades efter fyra frågeställningar – Anser dessa sjuksköterskor att de har tillräckliga kunskaper om smärta och smärtbehandling? – Är olika begrepp inom smärfysiologin välkända för dessa sjuksköterskor? – Vilka kunskaper har dessa sjuksköterskor om olika typer analgetika vid olika smärttillstånd? – Ställer dessa sjuksköterskor relevanta frågor i en smärtanamnes? Undersökningen genomfördes på en avdelning där patienter med varierande diagnoser vårdas. Varje sjuksköterska fick enkäten tilldelad sig personligen, där även ett brev fanns med och beskrev syftet med undersökningen. Kvantitativ metod har använts för analys.

Urval/population: 27 sjuksköterskor tillfrågades, men endast 24 stycken deltog, varav 19 kvinnor och fem män.

Land: Sverige

Referenser: 20

Ref. nr: 33

Författare: Idwall E.

Titel: Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice?

Tidskrift: Journal of Nursing Management 2004;12:162-66.

Syfte: Två mål: Ett var att beskriva sjuksköterskans bedömning av hur realistiskt de ansåg det var att utföra god vårdkvalité hos patienter med postoperativ smärt. Andra målet var att jämföra dessa bedömningar med den vårdkvalitén som faktiskt utfördes, bedömt av både sjuksköterskor och patienter.

Metod: Studien är en del av en mångsidig utredning om vårdkvalité i postoperativ bedömning/behandling. Baseras på ett frågeformulär för patienter och två frågeformulär för sjuksköterskor. Patient formuläret är ett sk. Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperativ Pain Managment (SCQIPP), som täcker viktiga aspekter i postoperativ smärtbehandling, indelat i fyra subgrupper, (kommunikation, handling, förtroende, miljö) som omfattar 14 indikatorer som blir bedömda. Patienterna fick svara på formuläret andra postoperativa dagen. De ena sjuksköterske frågeformulär handlade om att beskriva vårdkvalitén från ett sjuksköterske perspektiv, 11 av de 14 påståendena i patientens formulär var utvecklade och användes i formulär ett. Formulär två var till för att beskriva om sjuksköterskorna bedömde SCQIPP realistiskt för att utföra i daglig vården. Data samlades in under 2-3 dagar/vecka i under en fyra månaders period. Respons från 198 patienter, medelåldern låg på 62 år. Kvantitativ metod har används för analys.

Urval/population: 209 ineliggande patienter och 63 sjuksköterskor från samma fem kirurgiska avdelningar på ett sjukhus i Sverige deltog i studien.

Land: Sverige

Referenser: 11

Ref. nr: 34

Författare: Young Lyman J, Horto M F, Davidhizar R.

Titel: Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing. 2006;53(4):412-21.

Syfte: Att påvisa sjuksköterskans attityd till smärtskattningsinstrument och relationen av dessa attityder till utbildning och erfarenhet.

Metod: Kvantitativ metod har använts för analys. En öppen- slutet frågeformulär var framställt till studien för att påverka sjuksköterskans tycke om smärtskattningsinstrument. Formuläret grundar sig på Fisbein och Ajzen expectancy- value model.

Urval/population: Bestod av 52 sjuksköterskor på en akut vårds avdelning i USA.

Land: USA

Referenser: 27

INTRODUKTION

INLEDNING

I vårt kommande yrke som sjuksköterskor är smärta något som vi kommer att stöta på dagligen i sjukvården. Alla har vi någon gång känt smärta. Tyvärr är smärta idag fortfarande väldigt underbehandlat, vad beror det på? Det är viktigt att inte bara behandla smärtan utan hela individen. Postoperativ smärta är ett multidimensionellt fenomen och påverkas av flera olika faktorer.

Efter en snabb genomgång av litteratur påvisas en gemensam nämnare, att den postoperativa smärtlindringen ofta är otillräcklig och att vissa patienter allt för lätt kommer in i en ond cirkel. Detta tycker vi bör uppmärksammas eftersom den postoperativa smärtan kan leda till så mycket andra följder och komplikationer, då obehandlad smärta föder mer smärta.

Trots att forskning och kunskap kring postoperativ smärta går framåt, uppmärksammas det ändå inte tillräckligt. Patienterna fortsätter att uppleva obehag och smärta postoperativt, hur kan detta förhindras? Vi vill därför i detta arbete försöka få en klarare bild av vad vi som sjuksköterskor bör tänka på när vi bedömer patienter med postoperativ smärta. Detta för att patienten skall få en så optimal omvårdnad som möjligt samt slippa känna obehag och smärta.

Vad är smärta?

Smärta är en universiell upplevelse som finns i flera former där orsakerna kan variera (1). Att förklara ordet smärta är inte lätt trots att ordet används ofta, vad menas egentligen med ordet smärta? Hur smärtan upplevs och uttrycks kan variera av ett flertal faktorer som t ex fysiska, psykiska, sociala, andliga, kulturella och existentiella orsaker. Smärta kan medföra fysiologiska reaktioner som t ex muskelspänning, ökad puls, förhöjt blodtryck, samt psykologiska reaktioner som t ex ångest, oro, rädsla som i sin tur kan öka lidandet och förlänga läkningstiden (2). Smärta betecknar en mängd olika känslor och är svårt att sätta ord på. Smärta är ett samlingsbegrepp med subjektiva och individuella upplevelser av en olustbetonad karaktär som förknippas med begrepp som ömhet, lidande, ont och värk (1, 2). Smärta är kroppens varningssignal och skyddar kroppen mot skador (2, 3). Smärta förekommer oftast i samband med en läkningsprocess av skada eller sjuk vävnad, för att skydda känsliga strukturer och påskynda tillfrisknandet. Felbehandling kan leda till förlängd läkning- och rehabiliteringsprocess. Rätt smärtlindring är av oerhörd vikt och bör hanteras på ett tidigt stadium för att höja livskvaliten och hälsan hos patienter med postoperativ smärta (4).

Definition på smärta

International Association for the Study of Pain (IASP) är en internationell multidisciplinär, ideell och professionell organisation för att främja smärtforskning och behandling av smärt patienter (5). IASP har den gällande accepterade definitionen på smärta.

”Smärta är en obehaglig och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven som sådan skada” (2 sid 9).

I Nationalencyklopedin definieras begreppet smärta följande:

smärta • plågsam kroppslig känsla orsakad av yttre våld eller sjukdom t.ex. slag, kramp el. tryck, lidande, pina, plåga, värk (6).

Smärtans historik

Smärta är något som har följt människan genom alla tider. Förr ansågs det att onda andar trängde in i kroppen och utlöste smärta, där medicinmannen ordinerade örtextrakt, massage eller tryck över det specifika smärtområdet. Smärtan antogs komma in genom öron och näsa, och kunde kännas genom hjärtat som var centrum för känslorna. Om inte kroppen var i harmoni kunde smärta uppträda. Sigmund Freud förde in smärtans psykologiska aspekt, där smärtan kunde förstärkas eller förskjutas genom vårt känsloliv (7). Enligt kristendomen var smärta en synd och uppkom genom synd där smärtan var Guds straff (3). Inom flera religioner ansågs smärta ha en andlig och moralisk försoning som skulle höja människors status (1). Akupunktur som behandling av smärta utvecklades i Kina flera tusen år innan vår tideräkning. Ett annat sätt att ställa diagnos vid smärta var att undersöka pulsen, då smärtan förklarades av att blodkärlen var fulla med luft och blod (3).

Förr var smärta svårbehandlad och för bara 100 år sedan utfördes operationer med alkohol, åderlåtning, opium eller psalmsång som "bedövningsmetod". I mitten på 1800-talet började anestetikum injiceras på plats då både sprutan och injektionsnålen hade utvecklats. 1884 påvisades kokains antestetiska egenskaper, men hade redan börjat användas under slutet på 1700-talet. Innan dess framställdes morfinsubstans ur opiumväxten (5). Morfeus var sömnens Gud och därav namnet morfin (3). Andra örter som användes för smärtlindring var belladonna och alruna (5). Trots nya kunskaper och ett ökat intresse för smärta och smärtbehandling finns det fortfarande mycket att lära, för att lösa smärtproblematiken inom sjukvården (1).

OLIKA TYPER AV SMÄRTA

Smärta kan bero på många olika orsaker och klassificeras in i fyra grupper. Indelningen spelar en viktig roll för just behandlingen av smärta eftersom de olika smärtyperna kräver olika behandlingar. Men det förekommer även blandformer av smärta och vid smärtanalys är det viktigt att se vilken grad det är av de olika komponenterna (2).

Nociceptiv smärta är den vanligaste typen av smärta, som skall ses som ett fysiologiskt svar på hotande eller verklig vävnadsskada. Nociceptiv smärta uppkommer i ett intakt nervsystem och är en vävnadssmärta som vanligtvis uppkommer genom inflammation eller yttre skada. Smärtan utlöses av skadliga stimuli vilket aktiverats genom retning av de fria nervändarna, d v s nociceptorer. Nociceptorer är smärtreceptorer och har som uppgift att skicka smärtsignaler till hjärnan. Nociceptorer finns mestadels i huden men även i skelett, muskler och visceral organ (2, 8). De nociceptiva receptorerna indelas i tre huvudgrupper, kemiska (minskad syretillförsel till vävnad, ischemi), mekaniska receptorer (exempel klämmande, kramande eller tryck som uppstår vid inflammation i vävnad eller ödem) och termiska receptorer (extrem kyla, värme) (3). Nociceptiv smärta kan vanligen kontrolleras med olika typer av analgetika t ex NSAID, paracetamol, och vid mycket svår smärta kan morfin vara ett bra alternativ för att helt eller delvis eliminera smärtan (2). Exempel på nociceptiv smärta är akut smärta såsom vid operations ingrepp, denna sorts smärta räknas till postoperativ smärta.

Neurogen smärta (neuralgi) uppkommer som följd av tryck på nerver eller en nervskada, sjukdom eller dysfunktion i perifera nerver och/eller i CNS (2, 5). Exempel på perifer neurogen smärta kan vara bältros, karpaltunnelsyndrom, fantom smärtor efter amputation eller tryck från tumörväxt. Exempel på central neurogen kan vara hemiplegi smärta (smärta efter skada på ena hjärnhalvan, oftast efter en blödning eller propp) eller tumör i CNS (9). Smärtan är svårbehandlad och svarar ofta dåligt på de behandlingsalternativ som för närvarande finns (2, 8). Neurogen smärta är svårdefinierad, men brukar karakteriseras av en blandning av

nedsatt och förändrad känsel (10), med en distinkt utstrålade smärta som beskrivs som svidande, brännande, ilande eller blixtrande (9).

Psykogen smärta saknar kroppsligt underlag och kan uppstå hos en del människor som lider av depression eller annan psykisk ohälsa d v s den beror på psykiatriska sjukdomstillstånd. Psykogen smärta kan man lida av utan att ha skador på varken vävnad eller nerver, trots upplevd verklig fysisk smärta i kroppen. Smärtan gör alltså lika ont som annan smärta och upplevs lika verklig (9, 10). Ca två tredjedelar av patienter som lider av depression har även fysisk smärta som är svårklarad. Det har spekulerats om det möjligen finns ett samband med rubbningar av vissa signalsubstanser som har betydelse för både depression och aktivitet i smärtbanor. Vid behandling av psykogen smärta används ofta anti-depressiva läkemedel i kombination med annan behandling (5).

Idiopatisk smärta är den typ av smärta som inte går att diagnostisera som de andra smärtyperna trots omfattade och väl genomförda undersökningar. Idiopatisk smärta är smärta utan känd orsak, som även kallas kroniskt smärtsyndrom. Idiopatisk smärta debuterar inte lika ofta som t ex nociceptiv smärta, men är fortfarande allvarlig. Det är viktigt att människor som lider av denna smärtyyp får vård och hjälp att lära sig hantera sin smärta (5, 10). Kronisk värk i nacke och skuldror är exempel som faller inom ramen för idiopatisk smärta (8).

Det finns olika smärtframkallande ämnen som frisätts när en vävnad blir skadad t ex serotonin, prostaglandiner, histamin, cytokiner och bradykinin vilket gör att nociceptorerna blir känsligare. Smärtupplevelse tolkas i högre hjärncentra där upplevelsen och tolkningen äger rum, d v s för att smärta ska föreligga krävs att det tolkas i centrala nervsystemet (CNS) (1).

POSTOPERATIV SMÄRTA

Idag talar vi allt mer om den postoperativa smärtan d v s den smärtan som upplevs mest i direkt anslutning till det kirurgiska ingreppet. Postoperativ smärta brukar vanligtvis avta successivt; ingreppets art, lokalisation och patientens smärtröskel påverkar den postoperativa smärtan. Smärtan kan påverkas vid mobilisering men varierar mellan olika individer. Ett litet trauma kan ge en intensiv smärtupplevelse hos vissa patienter. Normalt är den postoperativa smärtan efter större ingrepp behandlingskrävande upp till 3- 4 dagar (11, 12). Smärtupplevelsen påverkas även av andra faktorer som den preoperativa psykologiska och farmakologiska förberedelsen av patienten, val av anestesiteknik, förekomst av postoperativa komplikationer samt kvalitén på den postoperativa omvårdnaden (12). Felbehandling av postoperativ smärta kan leda till sömnsvårigheter, depression samt förlängd läkning- och rehabiliteringsprocess. Rätt smärtlindring är av oerhörd vikt och bör hanteras på ett tidigt stadium för att höja patientens livskvalité och hälsa (4).

Kunskapen om postoperativ smärta är idag ett viktigt område inom sjukvården. Trots detta är fortfarande många patienter med postoperativa smärta underbehandlade. Det finns idag många olika tekniker och farmakologiska preparat för att behandla smärta (1, 12).

SJUKSKÖTERS KANS SMÄRTBEDÖMNING

Sjuksköterskan har ett etiskt ansvar och en central roll inom smärtområdet där hon är en viktig del i smärtteamet och genomförandet av smärtbehandlingen (1). Sjuksköterskan bör ha grundläggande kunskaper om behandling av smärta, smärtskattning och analgetika (1, 13).

Sjuksköterskan skall även beakta patientens integritet och autonomi i samband med smärtbedömningen (3). Målsättningen med den postoperativa smärtbehandlingen bör vara att förebygga smärta snarare än att lindra den (12). Sjuksköterskan bör även värna om god kontinuitet för patientens trygghet. Förståelse och engagemang krävs för att genomföra planering, samordning och utvärdering av vård och behandling för patienten (3). För god omvårdnad måste människan ses ur ett helhetsperspektiv där patientens individuella behov tillgodoses (SOSFS 1993:17) (14). Det är alltid patientens upplevelse av situationen som är väsentlig för hur behandlingen kommer att lyckas (3).

I Hälso och sjukvårdslagen står det bl a att vården skall bedrivas så att den uppfyller kraven för en god vård. Detta innebär att den skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen samt vara lätt tillgänglig. Vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso och sjukvårdspersonal. Vården och behandlingen skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (HSL 1982:763) (15).

I sjuksköterskans ansvar ingår även dokumentation av omvårdnadshandlingar för att uppnå en god och säker vård (SOSFS 1993:17) (14). Enligt författningen SOSFS 1993:20 (16) är sjuksköterskan skyldig att dokumentera i patientjournalen. Dokumentationen bör innehålla information samt fungera som ett underlag för omvårdnadsåtgärder och medicinska ställningstagande. Uppföljning och utvärdering samt kontinuerlig dokumentation av patientens smärtupplevelse bör göras, samt rapportera till medicinskt ansvarig läkare för att uppnå en adekvat och individuell smärtbehandling. Informationen bör vara informativ, kort och konsis och utgå från patientens individuella behov. Standardvårdplan och PM kan underlätta dokumentationen inom vårdenheten för postoperativ smärtbehandling (1). Dokumentationen skall bidra till att trygga patientens och personalens säkerhet, samt vara en grund för kvalitet i omvårdnaden. Kontakt och kommunikation är viktiga komponenter för att bygga upp ett samarbete och skapa en god relation till patienten. Sjuksköterskan bör ha förmågan att kommunicera med patienter, anhöriga samt personal på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (13).

Bästa sättet att ta reda på hur patienten mår och upplever sin smärta är att ställa öppna frågor. För att få värdefull information måste patienten få den tid han/hon behöver för egna funderingar och tankar. Det är av stor betydelse att sjuksköterskan lyssnar och riktar all fokus på patienten, men även att sjuksköterskan är medveten om sitt kroppsspråk. Att sammanfatta vad patienten berättat gör att patienten känner sig accepterad och bekräftad med sina problem. Det leder till att det blir en ömsesidig bekräftelse och förståelse (3).

Ett kirurgiskt ingrepp som medför postoperativ smärta kan upplevas stressfullt både fysiskt och psykiskt. Många kan uppleva ångest, otrygghet och maktlöshet. Vid god pre-operativ omvårdnad kan dessa negativa upplevelser minskas. En patient som är väl förberedd och informerad kan hantera den postoperativa situationen bättre, och kräver mindre smärtlindring. Information och stöd till anhöriga får dock heller inte glömmas bort. Det är viktigt att sjuksköterskan informerar patienten till att kontinuerligt redogöra för sin smärtupplevelse samt hur det påverkar patientens livskvalité. Patienten bör även informeras om vilka smärtbehandlings metoder som erbjuds samt hur smärtan skattas och bedöms med hjälp av skattningsinstrument. Det är lättare att förebygga smärtan än att behandla smärtan sedan den uppkommit (1, 12).

Forskning har påvisat att det råder okunskap hos olika yrkeskategorier inom smärtområdet. Detta kan bli en ledning till svårigheter att ta goda kliniska beslut samt följa rutinmässiga omvårdnadsåtgärder (12). Uppföljning, kontroll samt rutiner kring smärtskattning och dokumentation bör införas på samtliga avdelningar. Missuppfattningar kan också spela en betydande roll i bristerna vid smärtbehandling. Sjuksköterskornas okunskap om andningsdepression, biverkningar eller läkemedelsberoende kan även vara en viktig orsak till att smärtbehandlingen inte är tillräckligt. För att uppnå den ultimata postoperativa smärtbehandlingen krävs mer än analgetika eller icke farmakologiska behandlingsmetoder. Organisationen måste fungera mellan olika kliniker/enheter för att det ej skall bli dålig samordning av omvårdnaden. Det är även viktigt att man tar till vara på varandras kunskaper och resurser samt försöker hålla kontinuitet i personalstyrkan (1).

Vår kultur sätter vissa gränser för hur vi upplever och beskriver vår smärta. Flera forskningsrapporter betonar att människor med olika kulturella bakgrunder svarar olika på smärtsamma stimuli. Familjen spelar en viktig roll för hur vi upplever smärta och kan vara ett stort stöd för patienten som behöver uppmuntran (4).

Vid fokuserande på enbart smärta stegras smärtan. Hur man hanterar detta anses bero på ens personlighet, andra erfarenheter och situation (4). Det finns många olika anledningar till att människor oroar sig inför en operation. Oron kan förstärkas av de eventuella konsekvenserna av det kommande ingreppet, en rädsla för det okända. En persons emotionella status kan vara både en orsak till och ett resultat av smärta. Känsla av kontroll är av stor betydelse för reaktionen på en påfrestande situation (1).

Smärtans ursprung och dignitet utreds för att kunna ge patienten rätt behandling, d v s en noggrann smärtanalys, där anamnes och status är grundläggande vid bedömning. En viktig del i behandling av smärta är att karaktärisera tillståndet samt finna vad som är orsaken till patientens smärttillstånd (2). Smärtanalysen utgör även grunden för uppföljning av behandlingens effekt (17). I en smärtanalys är det viktigt att man har kännedom om begrepp som smärtröskel (den minsta smärtupplevelse som en människa kan uppleva) (5) och smärttolerans nivå (är den största grad av smärta som en individ kan tolerera) eftersom smärtan är en högst individuell och subjektiv upplevelse. Bedömningen av smärtintensiteten är viktig i analysen. Smärtskattningar utifrån patientens smärtbeteende är i allmänhet inte tillförlitliga och skall inte stå som grund för smärtbedömningen. I vissa fall är detta enda sättet då patienten saknar förmåga att kommunicera (12).

BEDÖMNING AV POSTOPERATIV SMÄRTA

För att uppnå en framgångsrik behandling är det viktigt att sjuksköterskan gör en god smärtbedömning (11). Patientens symtom måste vara klarlagda innan beslut fattas om vilka åtgärder som lämpas bäst för den enskilda individen då olika typer av smärta kräver specifik bedömning och behandling (1). En smärtbedömning som utförs av sjuksköterskan bör inkludera att ta reda på den nuvarande smärtans intensitet, typ, lokalisation, hur patienten brukar reagera på smärta samt hur smärtan ter sig under dygnets 24 timmar. Sjuksköterskan observerar, lyssnar och bedömer icke verbala tecken på smärta som t ex generell oro, motvilja att röra på sig, blekhet, kallsvettig, stigande blodtryck, takykardi, pupildilation och illamående (11).

För god omvårdnad måste människan ses ur ett helhetsperspektiv där patientens individuella behov tillgodoses (SOSFS 1993:17) (14).

BEDÖMNINGSSINSTRUMENT

Smärtskattning är av största vikt för att värdera smärta samt se effekten av smärtbehandlingen. Smärtskattningsinstrument baseras på visuella analoga skalor, verbala kategori skalor eller numeriska skalor (17). Idag finns cirka 200 olika smärtmättningsinstrument. Mätinstrument utgör betydelsefulla redskap för att upprätthålla kontinuiteten i omvårdnaden (1).

Visuell analog skala (VAS) är det vanligaste smärtskattningsinstrumentet för att mäta smärtintensitet. Skalan består av en 10 cm lång linje, där patienten skall ange den aktuella intensiteten mellan 0-10. Där 0 är gradering för ingen smärta, och 10 för värsta tänkbara smärta. Validiteten och reliabiliteten är god. Smärtintensiteten bör bedömas i vila och vid mobilisering. Vissa postoperativa smärtbehandlingsmetoder ger god smärtlindring vid vila men inte tillräckligt vid mobilisering. Målet med smärtbehandlingen bör ligga på en förutbestämd nivå t ex 3. VAS skattning bör kontrolleras regelbundet t ex en gång per timme på en postoperativ avdelning. VAS är ett multidimensionellt skattningsinstrument som kan användas för andra subjektiva variabler så som illamående och klåda. VAS- skalan finns även i olika språk och även som ansiktsskala d v s med "gubbar" som har olika ansiktsuttryck (ofta använt hos barn, språk problem). VAS är ett bra instrument för att synliggöra och dokumentera smärta (1, 12).

Pain-O-Metern (POM) är ett mångdimensionellt kliniskt bedömningsinstrument som används för att bedöma smärta vid såväl akuta som långvariga smärttillstånd. POM utvecklades i Sverige under 1980- talet av Gaston- Johansson. POM innehåller parametrar för att mäta smärtdimensionerna: intensitet, karaktär, varaktighet och lokalisation. POM-VAS används för bedömning av patientens smärtintensitet och fungerar på samma sätt som VAS- skalan. Genom POM- WDS "words" bedöms smärtans karaktär och det görs med hjälp av smärtord som står på POM's framsida. Det finns 12 sensoriska och 11 affektiva ord som beskriver smärta. De sensoriska orden beskriver hur smärtan är: skärande, molande stickande, klämmande, krampaktig, sönderslitande, värkande, svidande, brännande, ömmande, gnagande och tryckande. De affektiva orden beskriver hur smärtan upplevs: besvärlig, skrämmande, kvävande, mördande, tröttande, odräglig, fruktansvärd, oroande, outhärdig och torterande. Orden är poängbedömda d v s tilldelade ett intensitetsvärde mellan 1-5, och kan sedan läggas ihop och utgör då den slutliga graderingen för patientens smärtupplevelse. Man kan även avläsa och se vilka komponenter som dominerar i patientens smärtupplevelse genom att se hur många ord av de sensoriska och affektiva orden patienten valt (1, 17-19). Smärtans lokalisation identifierar man med hjälp av en kroppsfigur, där fram – baksida på kroppen har numrerade fält 1-79. Patienten pekar ut där han/hon känner smärta. På POM'S framsida kan man även ange smärtans duration genom att beskriva den som kontinuerlig eller som intervall smärta. POM är testad för reliabilitet och validitet med tillfredställande resultat (1, 17-19).

Skattning med en verbal beskrivande skala görs genom att patienten får gradera sin smärtintensitet med hjälp av ord. Ord som används är: ingen smärta, lätt smärta, måttlig smärta, medelsvår smärta, svår smärta och outhärdlig smärta (12). Det finns även andra hjälpmedel för att kunna bedöma smärta t ex genom smärtteckning, smärtdagbok och frågeformulär (t ex McGill Pain Questionari) (1, 2). Regelbunden skattning av smärta samt utvärdering av effekt på ordinerad behandling bör införas som rutin på samma sätt som kontroll av temperatur, puls och blodtryck. Detta blir då ett instrument för att effektivt kunna dosera analgetika efter den enskilda patientens behov (12).

Vilket mätinstrument man skall välja beror på flera faktorer:

- Smärtintensitet vid bedömningstillfället
- Smärtans komplexitet
- Patientens allmäntillstånd
- Patientens koncentrationsnivå
- Patientens kognitiva förmåga
- Patientens verbala förmåga (1).

Det krävs ett bra "teamwork" mellan sjuksköterskor och läkare när det gäller patientens smärtlindring och smärtbehandling. För att patienten skall kunna känna trygghet och delaktighet i sin behandling krävs det att sjuksköterskan samt läkaren informerar om smärtbehandlingen (12). Sjuksköterskan bör i sitt dagliga arbete kunna föra en god kommunikation, information och undervisning med patienten/anhöriga samt ha förmåga att ge stöd och vägledning (13). Lyssna alltid på patienten- analysera- rapportera- dokumentera (3). Detta för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling (13). För att ge optimal smärtbehandling måste behandlingen individualiseras, d v s skraddarsys för varje patient, eftersom patienter reagerar mycket olika på behandling (5). Genom att man redan preoperativt förbereder patienten med information samt administrerar opioider och lokalanestesi kan tiden förlängas till patientens första förfrågan om postoperativ analgetikatillförsel (12).

Postoperativ smärta kan behandlas farmakologisk och icke farmakologiskt. Farmakologisk behandling görs med analgetika som delas in i två huvudgrupper beroende på verkningsmekanismen, perifert verkande och centralt verkande. Perifert verkande analgetika har sin huvudsakliga effekt på smärta och inflammation. Exempel från denna grupp är bl a NSAID, Paracetamol och ASA och är verksamma vid nociceptiv smärta. Centralt verkande analgetika verkar i CNS och utövar sin smärthämning genom att bindas till opioidreceptorer i hjärnan och ryggmärgen som därigenom reducerar upplevelsen av smärta. Exempel från denna grupp är bl a kodein och morfin (1, 12, 20). Det finns ett stort urval av icke farmakologisk behandling och några exempel är: kognitiv/beteendemässig terapi, applicering av värme eller kyla, TENS (transkutan elektrisk nervstimulering), akupunktur och akupressur (1, 12, 21).

OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV

Joyce Travelbee (22) är en interaktionsteoretiker där hennes omvårdnadsteori främst är inriktad på den mellanmänskliga dimensionen. Travelbee (22) anser att målet och syftet för sjuksköterskan är att reducera eller lindra patientens/familjen lidande. Men även att stödja och finna mening i dessa erfarenheter är viktigt i processen. Detta förutsätter att man använder sig själv terapeutiskt då det krävs att man har självförståelse, självinsikt, förmåga att förutse både eget och andras beteende, samt vara klar över sina egna värderingar gällande smärta, lidande och sjukdom. Travelbee (22) anser att en mellanmänsklig relation inte kan uppnås mellan roller utan bara mellan personer. Därför ogillar hon begreppet patient och sjuksköterska. Travelbee (22) menar att det leder till olika stereotyper och kategoriseras i roller; den unika människan och dess personlighetsdrag visar sig då inte. Sjuksköterskan måste använda sin professionella kunskap för att lättare kunna identifiera patientens omvårdnadsbehov. I sin interaktionsteori beskriver hon just förhållandet/relationen mellan patient och sjuksköterska (22).

Kommunikation är en viktig del i Travelbees teori. Hon menar att kommunikationen är en dynamisk process och fungerar som ett instrument för att kunna etablera ett s.k. "human-to-

human relationship”. Kommunikation är en ömsesidig process, där sjuksköterskan motiverar och influerar den sjuka människan, samtidigt influeras sjuksköterskan. Sjuksköterskan tar emot information både genom verbal kommunikation och icke verbal kommunikation. Kommunikationens syfte är att sjuksköterskan skall komma närmare och lära känna patienten, för att patientens individuella behov skall tillgodoses. Travelbee (22) lyfter även fram hopp som en del i hennes teori som är kopplat till omvårdnadens mål och syfte. Sjuksköterskans uppgift är att upprätthålla hopp och att undgå hopplöshet hos människor som lider, Detta bidrar till att den sjuke kan bemästra sitt lidande bättre. Karakteristiskt för hoppet är: starkt beroende av andra, framtidsorienterat, val, önskningar, tillit och mod (22).

Enligt Travelbee (22) är lidande och smärta något individuellt och har en central roll i omvårdnaden. Lidande är något som är svårt att uttrycka och därför är det viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar och försöker förstå patienten. Enligt Travelbee (22) kan det dock vara svårt att skatta smärta. Lidande är känsla av obehag som kan variera från lindrigt till något extremt outhärdligt. Lidande och smärta är något ofrånkomligt som ingår i livet och grundar sig på individens personliga erfarenheter och bidrar till en personlig utveckling (22).

Metaparadigmbegrepp enligt Joyce Travelbee

Människosyn

Travelbee anser att människan är unik, och en engångsförelteelse i världen. Detta innebär att varje enskild individ reagerar på olika sätt och har sina egna mänskliga erfarenheter. Alla har samma grundläggande behov men styrkan och intensiteten i dessa behov variera. Människan är mer olik än lik varandra. Med detta som utgångspunkt är det lättare att göra det vanliga felet att man räknar med att den andra är lik än själv och bedömer andra efter vad man själv vill och vad man inte vill. Människan är en social varelse som vill komma i kontakt med andra människor för att känna, tycka om, älska, reagera på och värdesätta det absolut unika hos andra människor. Samtidigt som människan kan tycka illa om, hata och misstro andra (22).

Miljö

Marriner och Alligood (23) menar att Travelbee inte har någon tydlig förklaring på miljö, men att hon anser att livserfarenheter och kulturell bakgrund har en betydande roll för hur patienten kommer att uppfatta sin syn på sjukdom och lidande.

Hälsa

Enligt Travelbee är hälsa ett viktigt begrepp för den professionella sjuksköterskan, som skall upprätthålla, förebygga samt bemästra sjukdom och lidande. En av de grundläggande rättigheterna för alla människor är att uppnå högsta möjliga hälsotillstånd oavsett religion, ras, politiska åsikter, ekonomiska och sociala förhållanden (22). Marriner och Alligood (23) skriver att Travelbee delar upp hälsan subjektiva och objektiva komponenter. Personens subjektiva hälsa är individuell, och är den egna uppfattningen och bedömningen av sin fysiska, emotionella och andliga status. Människan är så frisk eller sjuk som den känner sig, och det är viktigt för sjuksköterskan att veta hur individen upplever sitt tillstånd för att kunna främja hälsa (22).

Omvårdnad

Travelbees definition av omvårdnad grundar sig på den existentiellistiska människosynen där lidande och smärta inte går att undvika utan är en del av livet. Travelbee lägger fokus på omvårdnad där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller hantera den påfrestning som det innebär att vara sjuk och lida,

och om det är nödvändigt hjälpa finna en mening i lidandet eller sjukdomen. Omvårdnadens syfte växer fram genom interaktionsprocessens fem faser (22).

Den mellanmännsliga relationsprocessen - Human to Human Relationship

För att kunna uppnå omvårdnadens syfte krävs det enligt Travelbee (22) en interaktionsprocess där fem faser etableras och leder till en mellanmännslig relation. Detta kan endast ske då både sjuksköterska och patienten förhåller sig till varandra som individer och inte genom rollerna sjuksköterska/patient (22).

Det första mötet

Första gången sjuksköterskan möter en patient ligger fokus på att observera, värdera och bilda en uppfattning om patienten, och på likvärdigt sätt gör oftast patienten det också. Det är det första intrycket och tidigare erfarenheterna som präglar detta första möte. Det är viktigt att sjuksköterskan inte lägger in egna värderingar och har en stereotyp uppfattning om hur en patient "skall" vara. Varje individ är unik och skall behandlas och bemötas utifrån sina behov. När man kommit igenom denna första fas med gott resultat påbörjas nästa fas (22).

Framväxt av identitet

Här börjar sjuksköterskan och patienten få kontakt med varandra och "rollerna" sjuksköterska- patient börjar suddas ut. De unika individerna växer fram och identiteterna blir mer synliga. Sjuksköterskans huvuduppgift i denna fas är att ta avstånd från stereotypa rollförväntningar samt bli medveten om sitt sätt att se på patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan inte för över sina egna känslor, tankar och förväntningar på patienten. Detta kan då innebära att sjuksköterskan är för mycket fokuserad på sig själv och hindrar möjligheten att skapa en god kontakt mellan patient och sjuksköterska (22).

Empati

Här skall sjuksköterskan förhålla sig empatiskt till patienten, och det är något som Travelbee menar att en sjuksköterska inte bör – eller kan undvika. Sjuksköterskan skall sträva efter att bli medveten om sina värderingar och utifrån det ta ställning till sitt förhållningsätt. Empati är en viktig del för att sjuksköterskan skall kunna förstå patientens inre upplevelser. Empatin grundar sig i individernas liknande bakgrunder och erfarenheter. För att sjuksköterskan skall förstå den sjuke i sitt lidande måste man själv ha upplevt en liknande känsla. Det är alltså orealistiskt för en sjuksköterska att kunna känna empati för alla sina patienter. Även om den empatiska känslan inte finns kan sjuksköterskan fortfarande hjälpa. Travelbee säger att empati är nödvändigt, men inte tillräckligt för god omvårdnad, och det är här fjärde fasen börjar, sympati (22).

Sympati

Travelbee anser att sympati är en handlingsinriktad process i omvårdnad. Sympati är en inställning, ett sätt att tänka och känna, som i sin tur kommuniceras till patienten. Sjuksköterskan för över sin personliga omtanke, intresse och önskan att hjälpa. Travelbee menar att ur den empatiska processen utvecklas förmågan att sympatisera med patienten. Sjuksköterskan går in och avlastar patientens börda att bära allt lidande själv. Sympati och medkänsla i sjuksköterskeprocessen inverkar både fysiskt och psykiskt hos den sjuke, och kan ha betydelse för tillfrisknandet. Sympati är ett grundläggande behov för att lindra patientens lidande anser Travelbee. Hon anser även att viljan och önskan att hjälpa saknas i begreppet empati (22).

Etablering av ömsesidig förståelse och kontakt

Genom de tidigare faserna har förhållandet mellan sjuksköterskan och patienten nu utvecklats till en ömsesidig förståelse och kontakt. Denna sista fas har Travelbee benämnd som ”rapport” d v s en process som är ett resultat av de tidigare faserna. Denna fas bygger på en harmonisk, sympatisk relation/förbindelse där ömsesidig tillit är viktigt för båda parter. Sjuksköterskan och patienten har en ”human-to-human relationship” att förstå varandras känslor. Detta anser Travelbee är en grund för att uppnå den ömsesidiga förståelsen och omvårdnadens syfte (22).

Att använda Travelbees omvårdnadsmodell i samband med bedömning av patienter med postoperativ smärta.

Travelbees fem faser i interaktionsprocessen är användbara i sjuksköterske yrket. Det första mötet med patienten med postoperativ smärta är oerhört viktigt då patienten kan vara dåsig, ledsen och sårbar. Bemötandet av patienten har en avgörande roll för hur han/hon kommer att uppleva resten av vårdtiden. Sjuksköterskan bör vara medveten om sina värderingar och sitt förhållningssätt eftersom detta påverkar relationen till patienten. Att använda sig själv terapeutiskt är något som bidrar till att lindra patientens postoperativa smärta. Travelbee (22) menar att denna förmåga ständigt utvecklas genom utbildning och livserfarenheter. I smärtbedömningen av patienter med postoperativ smärta kan Travelbees målinriktade och intellektuella metod användas för insamling av data samt för att utvärdera patientens behov. Kunskap behövs för att kunna observera, reflektera, resonera samt identifiera och tillgodose patientens behov. Hennes tankesätt och process kan fungera som en arbetsmetod och modell, där kommunikation är en förutsättning för att kunna utföra en så optimal omvårdnad som möjligt för patienter med postoperativ smärta.

Trots att forskning går framåt inom smärtområdet är det fortfarande ett dilemma inom vården då en stor del av våra patienter lider av postoperativ smärta. Vad kan sjuksköterskan göra i sin bedömning för att förbättra smärtproblematiken och lindra patienternas lidande?

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa vad sjuksköterskan bör tänka på vid bedömning av patienter med postoperativ smärta.

METOD

DATAINSAMLING

Föreliggande fördjupningsarbete i omvårdnad är en litteraturstudie. Datainsamlingen gjordes genom artikelsökning i databaserna CINAHL och Blackwell. I CINAHL med begränsningarna ”english” ,”peer-reviewed” och ”research”, ”evidence-based practice”, ”2000-2007” ”abstract available”. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle motsvara syftet. I första sökningen användes sökord som assessment, pain, nursing, postoperative vilket gav tio träffar, varav två (29, 33) var relevanta för syftet. I andra sökningen användes databasen Blackwell, där begränsningar gjordes i val av tidskrift, ”Journal of Advanced Nursing” samt ”2000-2007”. Sökord var nursing, assessment, management. Antal träffar var 138, 23 granskades och två artiklar (25, 34) var relevanta. Tredje databas sökningen i Blackwell gjordes med sökorden postoperative pain, patient, pain assessment. Sökningen gav 146 träffar av vilken en användes (24). I databasen Blackwell gjordes även en specifik/manuell sökning i tidskriften Journal of Advanced Nursing, där artikel (28) hittades. Manuell sökning i Vård i Norden gjordes med sökordet smärta som resulterade i en artikel

(32). En tredje manuell sökning gjordes, där passade referenserna (26, 27, 30) syftet. Artikel (27) söktes via tidskriften Pain Management Nursing, och begränsades till år 2007. En författares namn användes som sökord i nästa manuella sökning "Watt- Watson" vilket resulterade till en artikel (30). Vid ytterligare manuell sökning hittades artikel (26) i en referenslista i Acta Anaesthesiologica Scandinavica. Fann en artikel (31) på praktikplats som berörde smärtområdet och därav användbar till vår litteraturstudie.

Databas	Begränsad sökning	Sökord	Antal träffar	Antal granskade	Referens nr.
CINAHL	Peer-reviewed Evidence-Based practice 2000-2007 Abstract avalibal	assessment pain nursing postoperative	10	10	29, 33
Blackwell	Journal of Advanced Nursing 2000-2007	nursing management assessment	138	23	25, 34
Blackwell	Journal of Advanced Nursing 2000-2007	postoperative pain patient pain assessment	146	15	24
Vård i Norden	1999-2007	smärta	239	183	32

DATA ANALYS

Första fasen var att göra en naiv genomläsning, då artiklarnas abstract, resultat, diskussionen samt sammanfattning studerades. Därefter utfördes kodning av artiklarnas resultat och innehåll och för att finna gemensamma nämnare. Tredje fasen var att kondensera koderna till olika teman; Sjuksköterskan och patientens uppfattning om postoperativ smärtbedömning, Sjuksköterskans attityd till användningen av smärtbedömningsinstrument, Har sjuksköterskans kunskap någon roll i vård av patienter med postoperativ smärta. Dessa teman resulterade slutligen i subteman; Patientens upplevelse och sjuksköterskans underskattning, Sjuksköterskans bedömning, Sjuksköterskan och patientens sätt att se på analgetika, Vad är god vårdkvalitet för sjuksköterskan och patienten, Att ge patienten tid, Utbildning, Kunskap.

RESULTAT

SJUJSKÖTERSKAN OCH PATIENTENS UPPFATTNING OM POSTOPERATIV SMÄRTBEDÖMNING

Patientens upplevelse och sjuksköterskans underskattning

I Idwalls et al. (24) studie påvisades det att sjuksköterskor underskattade patienternas smärta. Patienterna upplevde sin smärta värre än vad sjuksköterskorna bedömde under de första 24 timmarna. De fann även en hög signifikant skillnad (pat gav mindre poäng) vid bedömning av de andra skalorna som jämfördes med (tillfredsställelse, handling, förtroende och miljö). Nästan en tredjedel av sjuksköterskorna i Watt- Watson et al. (25) hade ej samma uppfattning som sina patienter då 40% ansåg att deras patienter överskattade sin smärta mer än 25% av tiden. I Idwall et al. (24) visade det sig att patienterna var nöjda med sin smärtlindring än vad sjuksköterskorna antog att de var. Patienterna bedömde att sjuksköterskorna underskattade den svåra smärtan mer än den milda. Liknande resultat fanns i Sjöström et al. (26) studie där de framkom att mer erfarna sjuksköterskorna oftast underskattade hög nivå av smärta och överskattade låg nivå av patientens postoperativa smärta.

Sjuksköterskans bedömning

I en studie gjord av Richards et al. (27) har tre erfarna expertsjuksköterskor blivit intervjuade angående postoperativ smärta. Under intervjuerna växte fyra teman fram och det första temat handlade om helhetsyn. Att ha ett holistiskt synsätt vid smärtbedömning var viktigt för att utesluta andra faktorer som kan påverka patienten. Något som alla tre sjuksköterskorna ansåg vara en viktig del i sjuksköterskans arbetssätt vid vård av patienter med postoperativ smärta. I Sjöströms et al. (26) studie påvisades dock att av de 30 sjuksköterskorna som deltog i studien ansåg fem att de grundade sin kunskap på liknande erfarenheter med samma diagnos, typ av kirurgi eller vanligtvis använd analgetika. "Jag har sett det förut" var en avgörande roll i deras smärtbedömning. Det visade även att yngre patienter upplevde mer smärta än äldre patienter (26).

Sjuksköterskor tillfrågades hur de visste att deras patient hade smärta. De sa att den mest säkra indikatorn var patientens uttalande eller verbala svar. En av sjuksköterskorna tyckte att efter att ha lyssnat på patientens subjektiva svar skall man även studera patientens vitala samt icke verbala tecken såsom grimaser eller ovilja att röra sig. En pålitlig indikator är att undersöka fysiska tecken såsom, hjärtfrekvens, blodtryck, hyperventilation, emotionell status, ångest och oro. De menar att man inte endast bör förlita sig på patientens beteende samt förändringar på vitala tecken för att bedöma smärta (27, 28). Utan det skall vara som ett komplement till bedömningen. Utan patientens eget uttalande har störst betydelse för smärtupplevelsen (27).

Tema tre i studien av Richards et al. (27) handlade om att acceptera vad patienten säger. Alla sjuksköterskor erkände att det var svårt att lägga sina egna bedömningar åt sidan och bara acceptera vad patienten säger. En sjuksköterska uttryckte att det var en utmaningen att hålla sina fördomar utanför smärtbedömningen, då man måste försöka sätta sina egna subjektiva åsikter om patienternas smärta åt sidan, och inte döma patientens smärta. Trots att alla tre sjuksköterskorna hade sina egna förutfattade meningar om smärtbedömning, så kunde de ta detta åt sidan.

"Ibland är man mer sympatisk än andra dagar, och det blir lättare ju längre jag har jobbat som sjuksköterska" (27 sid 22, förf. övers).

”Det är faktiskt patientens uppfattning, inte vad vi tror, vissa tror att patienten är drogberoende men det är så att alla agerar olika på smärt mediciner” (27 sid 22, förf. övers).

I Sjöströms (26) studie visade det sig att den mest användbara strategin för att smärtbedöma patienter var genom att se hur patienten såg ut. Detta bedömningsätt använde hälften av sjuksköterskorna. Den andra mest användbara strategin i smärtbedömningen var den verbala kommunikationen samt att lyssna på patienten, vilket 42% av sjuksköterskorna använde. Fokus låg på hur patienten kommenterade sin smärta eller om patienten hade önskan om smärtlindring. De ansåg även att patientens uppträdande och den verbala smärtupplevelsen var viktigare att titta på än själva kommunikationen. I en annan studie undersöktes vad sjuksköterskan observerade mest under de första fyra timmarna efter operation. 42 patienter observerades under dessa timmar och det som observerades mest var: saturation 93%, operationssåret 88% samt fråga patienten om smärtan 83 %. Bedömning om patienternas smärtlindring gjordes på lite mer än hälften av patienterna under denna fyra timmars period. En vanlig fråga om hur man mår, inspektion av dränage, frågor om illamående gjordes även här på hälften av patienterna (29).

Ett annat tema i Richards et al. (27) studie var ”The independent art of nursing” självständighetens konst i omvårdnaden. Utgångspunkten för detta var hur sjuksköterskan fick fram informationen om patientens smärta och hur de kunde använda den. Alla tre beskrev olika omvårdnadsåtgärder som användes för att lindra den postoperativa smärtan.

”Att inte använda farmaka först utan att tex ändra på patientens position och efter det medicinera enligt läkarens ordination, men börja med den lägsta dosen först” (27 sid 21, förf. övers).

”Opioid analgetika brukar var de sista alternativet, först försöker jag få dem att slappna av genom metoder som humor, avkoppling och distrahering” (27 sid 21, förf. övers).

”Jag brukar erbjuda förslag som icke farmakologisk behandling med kallt och varmt, kanske ge dem en extra kudde, hjälpa patienten att vända på sig, minska synbar stimuli t ex göra rummet mörkt. Därefter frågar jag patienten om han/hon är i behov av medicin” (27 sid 21, förf. övers).

Expertsjuksköterskorna i studien var väldigt trygga och säkra i vården av patienter med postoperativ smärta, då all personal på deras kirurgiska avdelning prioriterade smärta och smärtbedömning som nummer ett. Smärtbedömningen av patienter som vårdades postoperativt var en integrerad rutin i deras dagliga arbete vilket även innebar att patienterna återhämtade sig snabbare (27).

Sjuksköterskan och patientens sätt att se på analgetika

I Watt-Watson et al. (25) studie sågs en signifikant skillnad där de flesta sjuksköterskorna förväntade sig att patienterna skall säga till vid smärta och då fråga om hjälp. 83% av patienterna sa att de inte frivilligt skulle fråga efter mer analgetika (30). Något mer än hälften av patienterna upplevde sin smärta som svår innan nästa analgetika dos, fastän två tredjedelar av sjuksköterskorna skattade att smärtupplevelsen borde vara mild efter kirurgi och före nästa analgetika dos (25). Patienternas optimala dos av analgetika var 50-60 mg s.c morfin/24h, det

visade att medeldosen som patienterna hade fått var 33 mg. Patienterna rapporterade måttlig till svår smärta men fick endast 47% av sin ordinerade analgetika (25, 30). Patienternas underbehandling var bevisat från analgetika journal i ordination och administration. 80% av patienterna hade ordinationer under 50 mg morfin. Även här låg genomsnittsdosen på 33 mg morfin/24h. Ordinations mängd analgetika var högre för kvinnor än för män (25). En tredjedel av alla sjuksköterskor i Watt-Watson et al. (25) studie minskade morfin dosen vid illamående 25% av tiden och sa till patienten att vänta på analgetika 30% av den postoperativa vård tiden. Flera av sjuksköterskorna ansåg att patienter med postoperativt illamående borde få sina opioider utsatta (25). Sjuksköterskorna bedömde att patienter med postoperativt illamående skulle ha reducerad dos av analgetika samt att patienterna överskattade sin smärta (30). Hälften av patienterna som vårdades postoperativt hade smärtproblem. Det visades att endast fyra av sex patienter hade fått analgetika de senaste fyra timmarna. Sjuksköterskorna uppfattade att de smärtlindrade sina patienter effektivt, och blev förvånade av att patienterna hade smärta och inte upplevde någon smärtlindring. Speciellt då de alltid erbjöd analgetika på ronderna. 77% av patienterna blev erbjudna analgetika och nästan alla nekade. Anledningen till att inte alla patienter blev erbjudna analgetika ansågs vara: att patienten sov, att det inte var dags eller att de redan fått sin analgetika dos. Syftet med studien var att reducera antalet patienter som nekade till analgetika (31).

Watt-Watson et al. (30) undersökte även om sjuksköterskans empati hade någon inverkan på patientens smärtintensitet och administrering av analgetika. Av de 225 patienter som hade gjort coronar artär By-pass ansåg 72% att sjuksköterskan inte var en resurs som hade uppskattat deras smärta. Mer än hälften av dessa patienter kom inte ihåg att sjuksköterskan frågat specifikt om deras smärta.

I Stridsberg et al (32) var det oftast stress eller glömska som var anledningen till att de inte utförde dokumentation. Femton sjuksköterskor dokumenterade alltid utvärdering av analgetika och nio dokumenterade ibland.

Vad är god vårdkvalité för sjuksköterskan och patienten

I Idwalls (33) studie svarade sjuksköterskor (n = 63) och patienter (n = 209) på liknande frågor, patienterna bedömde kvalitén på vården som de mottagit, och sjuksköterskorna bedömde kvalitén på vården som de hade givit patienterna. Sjuksköterskorna svarade också på frågor angående olika aspekter på god vårdkvalité och om det var realistiskt att utföra i praktiken. Resultatet visar flera viktiga aspekter av postoperativ smärtbedömning. Både patienter och sjuksköterskor bedömde vårdkvalitén lägre än vad sjuksköterskorna bedömde den faktiskt var möjlig att utöva i praktiken (33). Faktorer som studerades var smärtbedömning, information, förtroende, miljö, kommunikation och handling (24, 33). Resultatet lyfte fram problemet att använda sig av evidens baserad omvårdnad i praktiken, där olikheter fanns i alla skalor. Både sjuksköterskor och patienter med postoperativ smärta bedömde kvalitén lägre på kommunikation och handling än vad sjuksköterskorna bedömde var realistiskt. Däremot visade förtroende och miljö högre poäng för kvalitén än vad sjuksköterskorna ansåg vara realistiskt. Resultatet i studien visade brist på överensstämmelse mellan vad sjuksköterskorna tyckte var realistiskt för god vårdkvalité, och vad de faktiskt trodde att de hade gjort för patienterna (33).

Att ge patienten tid

I en studie av Richards et al. (27) nämner en sjuksköterska att det är viktigt att ge patienten tid när man ser rädsla och oro. Sjuksköterskan menar att patientens oro och rädsla kan leda till mer smärta och kan lindra lidandet genom att hålla patientens hand. I Zeits (29) studie mättes

hur mycket tid som sjuksköterskan spenderar med patienterna det första 24 timmarna efter en operation på avdelningen (mest akut kirurgi, gastro). Under de första fyra timmarna fick patienterna 40% av tiden som beräknades på en 24-timmars period. Beräkningarna gjordes på två sjukhus, där varje patient fick 2,80 interaktioner/timme. Nästan hälften av interaktionerna mellan sjuksköterskan och patienten involverar postoperativ observation och vitala tecken. Genomsnittstid för sjukhusen på 24 timmar som sjuksköterskan spenderade med patienten var 9,09 min/h eller 3,5 h. Det påvisades även en skillnad på tiden beroende på om patienten vårdades på singelrum 7,35 min/h eller flerbäddsrum 10,48 min/h. Patienter som delade rum hade 3,5 interaktioner/h medan de som låg på singelrum hade 1,98 interaktioner/h. Patienter som delade rum spenderade mer tid med sjuksköterskan och blev observerade mer frekvent.

SJUKSKÖTERSKANS ATTITYD TILL ANVÄNDNINGEN AV SMÄRTBEDÖMNINGSSINSTRUMENT

I Young Layman et al. (34) studie var bl a syftet att fastställa sjuksköterskans attityd till smärtbedömnings instrument. 52 sjuksköterskor på en akutvårds avdelning fick svara på en enkät med frågor som t ex vad tycker du om smärtbedömningsinstrument? Sjuksköterskorna fick skatta sin attityd och resultaten delades in i positiva uppfattningar och negativa uppfattningar. Positiva uppfattningar om smärtskattnings instrument inkluderade och lyfte fram att det är ett viktigt instrument vid bedömningen av smärta. Smärtskattnings instrument fungerar som ett redskap och hjälper sjuksköterskan i sin smärtbedömning. Sjuksköterskan kan få en bättre förståelse av patientens upplevelse och kan hjälpa patienten att uttrycka sitt behov på ett mer exakt sätt (34). Goda kunskaper i att använda smärtskattningsinstrument samt veta att patientens egen smärtskattning är av betydelse i bedömning av smärta (28). Detta ger möjlighet till objektiv och mätbar data samt bidrar till patientens välbefinnande och något positiv för både patienten och sjuksköterskan. Negativa uppfattningar relaterade till andra smärtbedömnings strategier än just bedömningsinstrument gjordes och 29 sjuksköterskor (av 52) beskrev instrumentet som subjektivt och inkorrekt. Sjuksköterskorna kommenterade att smärtbedömningen är individuell och svårt för någon annan att beskriva. Patienten vet inte riktigt hur de skall skatta/värdera smärtan, vissa skattar smärtan samma, men kan t ex sova. För mycket frågor kan även öka frustrationen och göra patienterna mer förvirrade i sin skattning. En sjuksköterska sade att skattningsinstrument inte är tillförlitligt, då det kan leda till övermedicinering och undermedicinering. En annan sjuksköterska tror att skattningsinstrument skulle bli bra, om det följde patienten från avdelning till avdelning (34).

I Stridberg et al. (32) studie nämnde sjuksköterskorna flera relevanta faktorer som de ansåg vara viktiga i en smärtanamnes. Resultatet blev 17 punkter där smärtans karaktär låg som första plats för 20 sjuksköterskor d v s 83%. Därefter kom lokalisation (n= 18, 75%), duration (n= 16, 67%) och på en delad femte plats intensitet och VAS (nr= 10, 42%) (32). Fler timmars utbildning i användandet av smärtskattnings instrument bidrar till en positiv inverkan på sjuksköterskans attityd till smärtskattnings instrument. De sjuksköterskorna med 5-10 års erfarenhet hade en mer positiv inställning till smärtskattningsinstrument (34). En skillnad på 2-3 VAS-steg sågs mellan sjuksköterskans och patientens smärtbedömning (26, 29). I hälften av dessa fall var det en skillnad på 3 VAS-steg. Medel VAS som patienten angav var signifikant högre än den som personalen hade skattat. Smärtskattningen hos patienterna som vårdades postoperativt visade att de underskattades av sjuksköterskorna. 70% av sjuksköterskorna underskattade patientens smärta med 2 VAS-steg. Det påvisades även att erfarna sjuksköterskor hade underskattat patienternas smärta mest, medan de mindre erfarna sjuksköterskorna skattat bäst (29). Sjuksköterskorna med 10 eller fler års arbete och erfarenhet hade heller ingen större positiv attityd till smärtskattnings instrument likaså de

sjuksköterskorna med mindre än 5 års erfarenhet hade en negativ attityd till smärtskattningsinstrument (34). Sjuksköterskorna i Carrs (31) studie använde först en VAS-skala för att se patientens vitala tecken. Trots användet av denna skattningsskala upplevde de fortfarande att de inte fick någon vetskap om patientens postoperativa smärta. Därför använde sjuksköterskorna även en verbal skattningsskala på 0-10, där resultatet dokumenterades tillsammans med resultatet från VAS-skalan på de vitala tecknen vilket de tyckte gav dem en bättre grund för bedömning. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att patienterna förstod innebörden av skattningsinstrumenten för en korrekt bedömning (31).

I Kubeckas et al. (28) studie frågades sjuksköterskor om de använde någon standardskala vid bedömning av postoperativ smärta. 93% svarade att de använde numerisk skattningsskala, 26% använde visuell analog skala och 16% använde ett skattningsinstrument med adjektiv. Flera av sjuksköterskorna använde mer än ett skattningsinstrument, men tyckte att patientens egna smärtskattning var oerhört viktig vid en bedömning (28). Fler än hälften av patienterna kom inte ihåg att deras sjuksköterska frågat en specifik fråga för att uppskatta deras smärta inom de närmsta 3 h (25).

HAR SJUKSKÖTERSKANS KUNSKAP NÅGON ROLL I VÅRD AV PATIENTER MED POSTOPERATIVA SMÄRTA

Utbildning

Patienterna beskrev sjuksköterskorna som hade högre utbildning och kunskap som mer lyssnande, förstående och hjälpsamma än sjuksköterskorna med mindre utbildning/kunskap. Men poängen var ändå väldigt låga hos båda grupperna i Watt- Watsons et al. (25) studie. Patienterna tyckte inte att någon av grupperna var hjälpfulla i smärtbehandlingen. Det påvisades inte heller någon större skillnad när man jämförde ålder, yrkesår inom vården, avdelnings erfarenheter (25).

De flesta sjuksköterskorna som besvarat enkäten i Stridberg et al studie (32) ansåg att smärta och smärtlindring tillhör sjuksköterskans ansvarsområde i omvårdnaden. Men i undersökningen var det sammanlagt $\frac{3}{4}$ av sjuksköterskorna som ansåg att de inte fått någon, eller otillräcklig utbildning i smärta och smärtbehandling. Endast tre stycken ansåg att de hade tillräckliga kunskaper för att kunna ge en adekvat smärtlindring. Sjutton av de tjugofyra sjuksköterskorna hade fått undervisning om smärta och smärtlindring i sin grundutbildning, av dessa 17 ansåg 11 att den undervisningen inte var tillräcklig. Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att de ibland kunde påverka vilken typ av analgetika behandling patienten ordinerades (32). Yngre sjuksköterskor hade mer empati än äldre sjuksköterskor. Sjuksköterskans empati berodde inte på antal år som sjuksköterska, erfarenhet, utbildning inom smärtområdet eller grad av sjuksköterskeutbildning. Mer empatiska sjuksköterskors patienter fick inte mer analgetika. Däremot upplevde de att de fick behövlig hjälp vid behov (30).

I Carrs (31) studie ville de reducera patienter som nekade analgetika. De ansåg att genom att öka patienternas medvetande om smärtlindring skulle färre neka till analgetika då det erbjöds. Ett informationsblad gjordes till patienterna angående smärta. De nämnde bl a patienten inte behövde vara tapper vid smärta, då det kunde leda till många bieffekter. De betonade även vikten av att ta analgetika regelbundet samt i förebyggande syfte. Sjuksköterskorna efterfrågade undervisning (31, 32) angående smärtbedömning och detta infördes $\frac{1}{2}$ timme/veckan på avdelningen. Summeringen av veckans undervisning skickades till avdelningen som veckans tips. Denna information sattes upp på anslagstavlan och kunde då

läsas av många, informationen fanns även på analgetika vagnen. Efter 4 månader gjordes samma undersökning om för att se hur många patienter som nu nekade till analgetika, och de påvisades att patienter som accepterade analgetika ökade från 30 % till 44 % (31).

Kunskap

Sjuksköterskornas kunskapspoäng var inte relaterade till deras patienters smärtuppskattning eller analgetika administrering (25). Medelpoängen för sjuksköterskornas kunskap i smärtbedömning var 67,4 poäng av 100 (28). Deras uppskattade smärtekunskap stämde inte överens med patienters smärtupplevelse eller den mängd analgetika patienterna mottagit. Sjuksköterskorna hade bristande kunskap om smärtbedömning. Det framkom även att patienter som mottagit vård av sjuksköterskor med mer kunskap och erfarenhet inte hade mindre smärta de första 3 h vid bedömning. Patienterna fick inte mer analgetika av dessa sjuksköterskor med mer kunskap och erfarenhet (25). I Kubeckas (28) studie studerades skillnaden i sjuksköterskornas kunskap beroende på om de arbetade på sjukhus i storstaden eller utanför (28). Det påvisades ingen signifikant skillnad mellan sjuksköterskors smärthanteringskunskap, ålder, avdelnings erfarenhet, vård erfarenhet eller utbildnings nivå (25, 28).

Sjuksköterskorna hade goda kunskaper i att använda smärtskattningsinstrument, samt att veta att patientens egen smärtskattning är viktig, att smärtlindra innan smärtan blir för svår och att analgetika ger bäst effekt med rutiner för administrering och dokumentation. På frågan hur de lärt sig sin skicklighet i smärtbedömning svarade sjuksköterskorna: klinisk praktik 76%, sjuksköterskeutbildning 46%, seminarium 30% och litteratur 18% (28).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det flesta artiklarna som vi har använt är utgivna mellan år 2000 och 2007. Vi valde dock att ta med en artikel från -96 för att belysa att det inte hänt speciellt mycket då samma problematik fortfarande består inom smärtområdet. En förändring behövs verkligen göras. Att komma fram till våra teman var inte svårt då studierna ofta belyste samma problem inom postoperativ smärta. Artiklarna har granskats enligt Institutionen för omvårdnad, GU, checklista. Genom att sammanställa artiklarna och bearbeta dem utifrån teman kunde vi nå vårt syfte. Ytterligare kondensering av material bidrog till underrubriker som underlättade arbetet och tydliggjorde resultatet. Ett induktivt arbetsätt användes för analysen av artiklarna. Vi valde att använda omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee i vår litteraturstudie eftersom vi ansåg den vara användbar och passande till vårt syfte.

Fem av studierna är gjorda i Europa varav fyra är utförda i Sverige (25, 26, 32, 33) och en i England (31). Två av studierna (24, 30) är utförda i Canada. Tre av studierna (34, 27, 28) är utförda i USA och en ifrån Australien (29). Alla artiklarna är på engelska förutom en som är på svenska (32). En artikel (27) har använt kvalitativ design med en fenomenologisk metod, resterande är kvantitativa (24-26, 28-34). Trovärdigheten i en artikel (27) kan anses låg eftersom urvalet endast består av tre deltagare. Men efter granskning ansåg vi resultatet värdefullt till vårt arbete. Då ca hälften av studierna (24, 27-30, 34) är gjorda utanför Europa kan det råda kulturella skillnader men vi anser ändå vårt resultat är fullt möjligt att överföra till vår kultur. Databaserna CINAHL, Blackwell och Vård i Norden användes, då dessa databaser är kända inom vårdvetenskap. Att hitta artiklar som motsvarar arbetets syfte är tidskrävande och svårt men gick trots allt smärtfritt. Sex av artiklarna är funna genom

databaserna resterande ur omvårdnadstidskrifter. Val av sökord formades efter syftet, där ord som assessment, postoperative och nursing etc. är återkommande.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet i våra studier har en röd tråd då det gäller postoperativ smärta och smärtbedömning, vilket ständigt är återkommande teman i våra artiklar. Studierna beskriver oftast patienternas upplevelse av otillräcklig smärtlindring, även sjuksköterskornas okunskap då de oftast sker felbedömningar av patienternas smärta. Sjuksköterskan bär ett stort ansvar för sina handlingar, vilket kräver omvandling av den teoretiska kunskapen för att hjälpa patienten. Det finns ingen möjlighet att sjuksköterskan kan ha kunskap inom alla områden, men det är då viktigt att våga fråga varandra om hjälp, samt lära av varandras erfarenheter. I sjuksköterskans arbetsuppgift och ansvar ingår även att hålla sig uppdaterad inom nya rön och forskningsresultat. Sjuksköterskor på en postoperativ avdelning bör ha fördjupade kunskaper inom algologin för att kunna ge sina patienter en så god och trygg vård som möjligt. Postoperativ smärta är fortfarande ett problem inom sjukvården trots att utveckling och forskning ständigt pågår. Nästan varje artikel belyser smärtskattningsinstrument men det är sällan som artiklarna skriver något om dokumentation, eller hur viktigt det är med uppföljning av patientens VAS- skattningen. Görs detta aldrig? Vilka riktlinjer och rutiner gäller i övriga länder, eftersom alla artiklar inte är från Sverige. Enligt lag har sjuksköterskor i Sverige skyldighet att dokumentera.

Sjuksköterskan och patientens uppfattning om postoperativ smärtbedömning

Patientens upplevelse och sjuksköterskans underskattning

Ett återkommande problem som artiklarna påvisar är sjuksköterskans underskattning av patienternas smärta (24-26). Det framkom även att patienternas generella upplevelse av smärtbehandling var mer positiv än sjuksköterskans (24, 33). Detta kanske indicerar att sjuksköterskan är medveten om att smärtbedömningen kan vara ännu bättre. Kan detta bero på att det är en kommunikationsbrist mellan sjuksköterska och patienten. Behöver sjuksköterskan helt enkelt bli bättre på kommunikation; är det här smärtbedömningen brister? Enligt Travelbee (22) är målet med kommunikation att komma fram till vad just denna patient upplever som sitt problem och vilka behov som finns. Sjuksköterskan måste veta vad det är som ska uppnås med kommunikationen för att kunna ge en god omvårdnad.

”Om interaktionen inte medvetet ses som ett medel för att uppnå detta mål, är det stor risk för att sjuksköterskans handlingar får företräde framför den individ för vilken handlingarna utförs” (35 sid 384).

Vi lever idag i ett mångkulturellt samhälle vilket är att beakta då vi vårdar patienter som kan ha en annan syn på smärta och behandling än den svenska kulturen. Kommunikationssvårigheter, bristande språk kunskap samt misstolkning av patientens smärtuttryck och smärtupplevelse kan även vara en bidragande orsak till underskattning av patientens smärtintensitet. Det är därför viktigt att komma ihåg att hur behandlingen kommer att lyckas beror till stor del på patientens upplevelse av sin situation.

Sjuksköterskans bedömning

Det är dock viktigt att vi inte kategoriserar våra patienter som i Sjöström et al. (26) studie, där fem av trettio sjuksköterskor gjorde bedömning efter sina gamla erfarenheter ”Jag har sett det förut”. Genom detta sätt att tänka och bedöma anser vi att patienten inte behandlas som unik, eller ses utifrån ett holistiskt synsätt vilket vi anser är en grund för en god optimal

postoperativ vård. Sjuksköterskans bedömning grundar sig på professionella erfarenheter medan patienterna ser på sin smärtbehandling ur en annan synvinkel. Det framkom att yngre patienter upplevde mer smärta än äldre. Kan det bero på att smärta är något man lär sig hantera med ålder och erfarenhet, då ett annat perspektiv på smärta kanske växer fram. Resultatet visar att tillförlitlig bedömning grundar sig på verbal kommunikation, samt vitala, fysiska tecken bör inkluderas (26, 27). Travelbee (22) anser att observation är den viktigaste delen i omvårdnadsprocessen för att kunna se patienten behov, samt hur dessa skall tillgodoses.

I Richards et al. (27) studie tog de bl.a. upp att det är viktigt att acceptera vad patienten säger, samt att det var svårt att lägga sina egna bedömningar/värderingar åt sidan. Sjuksköterskans egna fördomar är oftast svåra att hålla utanför smärtbedömningen. Travelbee (22) menar att sjuksköterskan skall sträva efter att bli medveten om sina värderingar och utefter det ta ställning till sitt förhållningsätt. Men om vi dömer patienten i förväg får patienten aldrig någon chans till en individualiserad vård. Patienten sätts in i ett fack där gamla erfarenheter tar över, behandlingen blir slentrian, ej unik och individ anpassad. Travelbee (22) anser att omsorgen blir opersonlig, ytlig och mekanisk, samt att den stereotypa uppfattningen om hur en patient "skall" vara tar över vårt sätt att bedöma och värdera. Det första mötet måste ske mellan två individer och inte mellan två roller. Att skapa kontakt med sina patienter är oerhört viktigt, då de första minutrarna är av stor betydelse. Kontakt och kommunikation anser vi är viktiga komponenter för att bygga upp ett samarbete och skapa en god relation till patienten. Även socialstyrelsen påvisar kommunikationens betydelse och sjuksköterskans förmåga att kommunicera med patienter, anhöriga, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Detta är även något som Travelbee (22) menar är viktigt för framväxt av våra identiteter.

I Richards et al. (27) studie beskrev de "The independent art of nursing", vilket kan jämföras med vad Travelbee menar när sjuksköterskan använder sig själv terapeutiskt. Genom sjuksköterskans sätt att vara kan vi inverka på våra patienters beteende, där vi använder vår kunskap, insikt och personlighet för att hjälpa patienten till en förbättrad förändring i sjukdomstillståndet. Sjuksköterskan måste analysera och reflektera samt planlägga omvårdnaden för att lösa patientens behov och problem. Travelbee (22) belyser även vikten av att utvärdera för att se ifall patientens behov har blivit tillgodosett. Detta är en del i hennes omvårdnadsprocess. I studierna har vi funnit att smärtbedömningen sällan/aldrig utvärderas. Hur kan en optimal smärtlindring då ges kan man fråga sig? Handlar detta om tidsbrist, lathet eller finns det andra orsaker som påverkar detta? Utvärdering av smärta är något som måste prioriteras, annars är den tid som lagts på smärtbedömning och behandling ej till någon nytta. Smärtbehandling kan liknas med en process där ständig utvärdering krävs för att tillgodose patientens behov. Det finns inget som säger att det inte finns tid det handlar bara om att ta sig tid och prioritera rätt.

Sjuksköterskans och patientens sätt att se på analgetika

Det visade sig att i flera av studierna som gjordes upplevde patienterna svår smärta, när sjuksköterskorna bedömde att patienterna borde ha mild smärta eller vara smärtlindrade innan nästa dos av analgetika. Det påvisades att ordinerad analgetika undanhölls när patienten inte har smärtor, vilket gav svårbehandlad smärta vid smärtgenombrott. Patienterna hade då inte fått sin optimala dos av analgetika (25, 30, 31). Hur är arbetsrutinerna på dessa avdelningar? Det borde finnas klara riktlinjer och rutiner för hur alla på avdelningen skall kunna sträva efter samma mål när det gäller postoperativ smärtbehandling. Att bygga upp gemensamma normer och värderingar är en bra grund som kan bidra till att smärtlindringen effektiviseras

och patienterna återhämtar sig snabbare. Genom detta skapas trygghet och säkerhet bland personal. Det borde finnas en smärtansvarig sjuksköterska på varje avdelning, som deltar i aktuella seminarier, föreläsningar, kurser mm, för att hålla övrig personal uppdaterad. Självklart borde alla sjuksköterskor få gå på dessa utbildningar, men detta är en kostnadsfråga. De skall fortfarande ligga i varje enskild sjuksköterskas intresse att söka ny kunskap.

Skrämmande resultat från några studier visar att patienter inte vågar fråga om analgetika, samtidigt som sjuksköterskan förväntar sig att patienterna skall säga till vid smärta (25, 30). Information bör därför ges till patienterna angående smärtlindring och analgetikans betydelse för deras välbefinnande och tillfrisknande. Detta har en central roll i sjuksköterskans smärtarbete vilket bidrar till patientens delaktighet i vård och behandling. Det verkar som att sjuksköterskan har en tendens att ge för lite analgetika; vad kan det beror på? Kan en anledning vara att det förekommer rädsla för biverkningar såsom illamående, andningsdepression etc.? Även faktorer som okunskap, olika värderingar på smärta och hur tidsbrist kan inverka på underbehandlingen. Smärtekulturen på avdelningen kan även påverka administrering och prioritering i arbetsuppgifter. Patienterna upplevde inte att sjuksköterska frågat dem specifikt om sin smärta (30). I några studier visar resultatet att flera sjuksköterskor minskar eller reducerar dosen analgetika vid illamående (25, 30). Varför ges inte antiemetikum till patienterna så att de fortfarande kan få sin ordinerade analgetika dos? Flera sjuksköterskor påstår att de använt smärtskattningsinstrument minst 3 timmar efter operation, men mer än hälften av patienterna kommer inte ihåg detta. Kan patienterna vara så påverkade av analgetikan eller är tankarna så många efter operationen att de faktiskt ej kommer ihåg.

Vad är god vårdkvalité för sjuksköterskor och patienter

Överensstämmelsen av sjuksköterskornas och patienternas uppfattning av vårdkvalité skilde sig i Idvalls (24, 33) studier. Patienternas generella upplevelse av smärtbehandling var mer positiv än vad sjuksköterskorna hade skattat. Kan detta bero på att sjuksköterskans är medveten om att smärtbedömningen hade kunnat vara bättre. Eller kan patientens höga skattning bero på att deras förväntningar på sjukvården överträffades. Vi blir dagligen påmind om den "dåliga" sjukvården med överbelastningar, nedskärningar, mindre budget och utbränd personal via dagspress och tv. Sjuksköterskornas arbetssituation idag är tuffare än någonsin. Patienterna ser på sin smärtbehandling ur en synvinkel medan sjuksköterskans bedömning grundar sig på professionella erfarenheter. Detta kan vara en anledning till att deras uppfattningar skiljer sig. Trots att sjuksköterskorna kanske är medvetna om vad god vårdkvalité är kan det ibland vara svårt att påverka arbetssituationen. Det som borde göras för att skapa en bra relation och en god vårdkvalité med patienten åsidosätts, då tiden inte alltid räcker till. Resultatet visar att patienter på en flerbäddsal får mer tid än patient på ett singelrum. Patienter på singelrum får inte glömmas bort! Kanske är det lättare att kika in i ett flerbädds rum, för att man inte behöver konfrontera just en person som i ett singelrum. Ibland kan dessa patienter som vårdas i singelrum vara känsligare eller sjukare och det kan finnas olika anledningar till att vissa patienter behöver vårdas på detta sätt, en del har en önskan att få vara ifred. Alla patienter bör få den tid de är i behov av. I Zeitz (29) studie studerades tiden som sjuksköterskan spenderade med patienten. Det som inte inräknades i tiden hos patienten var arbeten som dokumentation, samordning med olika instanser för andra insatser som inte kunde tillgodose av sjuksköterskan. Tid som även går till att titta till patienterna räknades heller inte in. Detta arbete är osynligt, men tar en stor del av sjuksköterskans tid i omvårdnaden hos patienter med postoperativ smärta. Något som man ständigt blir påmind om är att "det som inte dokumenteras är inte gjort".

Sjuksköterskans attityd till användning av smärtbedömningsinstrument

POM- instrumentet nämns nästan aldrig i artiklarna, det enda vi fann som vi tror kunnat vara POM var en skala med adjektiv. Kan det bero på att det tar lägre tid att utföra skattning med POM, att den ej är lika etablerad som VAS-skalan eller att den är svårare att förklara och förstå för patienten. En omkonstruktion kanske borde göras för att den skall bli enklare och smidigare för sjuksköterskan att bära med sig. Annars verkar det vara ett väldigt bra instrument för att få en mer utförlig bedömning av patientens upplevelse av smärta. Vi har under ett flertal gånger stött på patienter som inte tagits på allvar med sin smärta. Smärtskattning med VAS/ Pain-O-Metern (POM) som vi trodde var en självklarhet har vi sällan sett användas i praktiken. Detta gäller även utvärdering, dokumentation och uppföljning av smärta.

Flera av våra studier är från Sverige, beror det på att vi har problem med hur sjuksköterskor bedömer patientens smärtupplevelse eller att användningen av smärtinstrument kanske inte används som ett redskap för bedömningen, utan endast ses som ett ”jobbigt” moment.

Det känns som att sjuksköterskans uppfattning om patientens smärtor skiljer sig från patientens, och att sjuksköterskan tenderar att underskatta patientens smärtor. Alla patienters smärtupplevelse är subjektiv och individuell. För att det inte skall bli missuppfattningar och felbedömningar är det viktigt att sjuksköterskan ger patienten klara och tydliga instruktioner om hur och varför smärtinstrument används. Att ge patienterna skriftlig information kan utöka patientens kunskap och delaktighet i smärtlindringen. Samtidigt som patienten känner att smärtan tas på allvar. Sjuksköterskans personlighet och viljan att hjälpa tror vi spelar en central roll för hur vi går till väga vid skattning av smärta. Travelbee (22) menar att vilja hos sjuksköterskan är en förutsättning för empatin, en sjuksköterska bör inte – eller kan inte undvika att förhålla sig empatiskt till sina patienter. Om nu inte den empatiska känslan finns kan fortfarande sjuksköterskan hjälpa. Empati är nödvändigt men inte tillräckligt för god omvårdnad, det behövs sympati d v s det behövs en handlingsberedskap. I flertalet av artiklarna har smärtbedömningsinstrument använts för att bedöma och mäta patientens smärta (25, 26, 29, 31, 32, 34). Men är detta verkligen sant, används de så flitigt som det sägs göra? Deltagarna hinner få en ”tankeställare” innan de besvarar frågorna, kanske deras dåliga samvete tar över och gör att de svarar ”rätt” fast att de inte används i praktiken. Det är viktigt att komma ihåg att inte enbart använda sig av smärtskattningsinstrument vid bedömning utan de skall fungera som ett komplement.

Sympati ses vanligtvis ur ett ”tycka synd om” perspektiv, i vårt samhälle. Vi ser ofta det som att känna medlidande istället för medkännande som Travelbee (22) menar. Sympati för henne är en handlingsinriktad process i omvårdnad. Att sympati är en inställning, ett sätt att tänka och känna, som i sin tur kommuniceras till patienten. Som sjuksköterskor måste vi avlasta patienten i deras lidande. Det är här som vår egen vilja till att handla och lindra lidandet får en avgörande roll för hur vi kommer att bedöma smärta hos våra patienter och vilka metoder och redskap som vi använder i denna process. VAS är patientens objektiva bedömning av något som är subjektivt. Travelbee (22) menar att det är en individens subjektiva upplevelse som bedöms utifrån fysisk, emotionell och andlig status. Hon anser även att vi måste hjälpa individen att finna mening i sitt lidande. Vi anser att det är varje sjuksköterskas ansvar att uppmuntra patienten att beskriva samt fråga efter hjälp vid smärta. Travelbee (22) beskriver att lidandet vid smärta är en unik erfarenhet som kan variera i varaktighet och djup och uttryckas på olika sätt beroende på hur stort obehag patienten känner. Travelbee (22) menar att genom inbringa hopp som är ett själsligt tillstånd hos människan kan sjuksköterskan hjälpa

individerna att uppnå ett mål i sin sjukdom på ett bemästrande och mer meningsfullt sätt. Då varje unik individ kan göra val av framtida önskningar som grundas på tillit och mod för att kunna bemästra sin sjukdom.

Har sjuksköterskans kunskap någon roll i vård av patienter med postoperativ smärta

Ett återkommande tema i artiklarna var också hur mycket kunskap och erfarenhet som sjuksköterskorna hade vid bedömning av patienter med postoperativ smärta. Flera studier påvisar att sjuksköterskornas kunskap, ålder eller erfarenheter inte hade någon positiv betydelse för hur patienterna smärtlindrades (25, 28, 30). Watt-Watson et al. (30) försökte påvisa om ännu en faktor kunde vara avgörande i patientens smärtlindring, denna faktor var grad av empati hos sjuksköterskan. Vilket vi inte anser går att grunda på ett formulär utan bör grundas på omständigheter och helheten. Men även här påvisades att erfarenhet och kunskap inte inverkar på sjuksköterskans grad av empati. Sjuksköterskorna i några studier ansåg att de inte hade tillräcklig kunskap inom smärtlindring (25, 31, 32). Detta kan vi relatera till vår utbildning där vi endast kan komma ihåg att vi haft smärtans fysiologi på en föreläsning. Däremot har smärtlindring lyfts fram i form av hopp och lindra lidande när vi studerat omvårdnadsteorier. Annars har smärta inte återkommit i många sammanhang. När vi kommer ut i arbetslivet kan vi försöka påverka rutiner på aktuell avdelning. Att uppmuntra och berömma varandra i det dagliga arbetet kan leda till att fasta rutiner införs på avdelningen som påverkar arbetsmiljön och viljan att utvecklas inom smärtområdet. Internutbildningar samt smärtseminarium bör införas kontinuerligt.

Flera av sjuksköterskorna i några studier skattade sin egen kompetens som god, trots att resultaten visade något helt annat (25, 26, 31). Många överskattar alltså sin kunskap, vilket kan leda till felbedömningar samt att de inte tar till sig ny kunskap. Kan det vara en anledning till varför de erfarna sjuksköterskorna skattade patienternas smärta sämre än oerfarna sjuksköterskor? Många kanske tror att de kan tillräckligt, men ingen blir någonsin fullärd man lär sig ständigt något nytt inom alla områden. Det är vanligt förekommande med vid behovs medicin, vilket gör att sjuksköterskan har ett stort ansvar och graden av kunskap är avgörande för hur behandlingen blir. Det har visat sig att vid behovs medicinering är det absolut sämsta sättet att bota smärta på (12). Smärtan måste förebyggas med analgetika så att den ej bryter ut, då det vid smärtgenombrott är mycket svårare att bota. Ett återkommande problem tycks även vara läkarnas otydligt ifyllda ordinationer samt signering som t ex vid behovs medicin. Alla måste ta sitt ansvar för att patienterna skall få bästa möjliga smärtlindring, samt att analgetika ges vid bestämda tider. Men som vi nämnde i början, kan det vara bristen i kommunikation mellan patient och sjuksköterska som sätter igång hela rulljansen av inadekvat smärtlindring.

SLUTSATS

Vad sjuksköterskan bör tänka på vid bedömning av patienter med postoperativ smärta;

- Förbered patienten redan preoperativt med information ang ingreppet, smärtbehandlingsmetoder, hur/varför smärtskattningsinstrument används, vikten i att kontinuerligt redogöra för sin smärtupplevelse.
- Lära sig tolka smärta och använda smärtskattningsinstrument.
- Medverka för patientens delaktighet i smärtbedömning/ behandling.
- Ge även anhöriga stöd och information.
- Se varje patient med postoperativ smärta ur ett helhetsperspektiv där de individuella behoven skall tillgodoses.
- Varje enskild individ hanterar sin smärta olika, d v s smärtan är en unik upplevelse, även kulturella skillnader bör beaktas.
- Ställ öppna frågor för att ta reda på hur patienten mår och upplever sin smärta.
- Lyssna och ge tid, fokus skall vara på patienten.
- Skapa en god kontinuitet där förståelse och engagemang är viktigt för att öka patientens trygghet.
- Utför en noggrann smärtanalys, där anamnes och status är grundläggande vid bedömning och bör inkludera den nuvarande smärtans intensitet, typ, lokalisation, hur patienten brukar reagera på smärta samt hur smärtan ter sig under dygnets 24 timmar.
- Observera, lyssna och bedöm icke verbala tecken på smärta.
- Utnyttja och ta tillvara på yrkesgruppers kunskaper och erfarenheter, arbeta i teamwork.
- Kontinuerligt rapportera till ansvarig läkare ang smärtbehandlingen.
- Genomför planering, samordning och kontinuerlig utvärdering av vård och behandling.
- Dokumentera omvårdnadshandlingar för att uppnå en god och säker vård.
- Ta alltid patientens smärta på allvar.

Det krävs en utveckling i sjuksköterskans kommunikationförmåga för att uppnå en ömsesidig etablering av förståelse och kontakt, där patientens individuella behov skall tillgodoses. Sjuksköterskan är en viktig länk i kommunikationen med patienten. Travelbees modell/process är väl användbar i vård med patienter med postoperativ smärta och fungerar som en grund för sjuksköterskans arbete. Denna modell/process bidrar till att förstå och hjälpa patienten i sin smärta samt för att utföra en grundlig och adekvat smärtbedömning. Smärtskattningsinstrumenten som t ex VAS och POM skall fungera som ett komplement vid smärtbedömning, men brister dock i praktiken. Vad kan det bero på? Organisationen bör se över sina rutiner och riktlinjer gällande information, dokumentation, utvärdering samt användandet av smärtskattningsinstrument vilket ökar kvalitetssäkerheten. Något som även bör ses över är arbetsbelastning, arbetsmiljö samt personalens samarbete inom alla yrkeskategorier. Att erbjuda personal utbildning samt seminarium i kommunikation och smärta kan underlätta arbetet på en avdelning. För att få en välfungerande avdelning och smärtlindringen så effektiv som möjligt krävs att personalen trivs och känner sig värdesatta på sin arbetsplats. Sjuksköterskan behöver mer kunskap inom algologi för att utföra en optimal postoperativ smärtbehandling där patienten känner sig delaktig. Mer kunskap kan även leda till en bättre attityd hos sjuksköterskan vilket även kan minska underskattningen av patientens smärta samt rädslan för analgetika och dess biverkningar. Vi anser att ett kunskapslyft inom smärtområdet behövs. Ett flertal studier visar att sjuksköterskor har bristande kunskaper.

Redan på sjuksköterskans grundutbildning behövs en fördjupning inom smärtområdet för att få en bredare bas. Oavsett var vi befinner oss möter vi dagligen smärta, smärta finns överallt. Det är inte bara en utan flera faktorer som påverkar och har en betydande roll för att tillgodose patientens behov. För att uppnå en optimal smärtlindring krävs det att alla, både sjuksköterska, läkare, övrig sjukvårdspersonal samt patient bidrar med sin del i smärtlindringen. Vårt syfte var att belysa vad sjuksköterskan bör tänka på vid bedömning av patienter med postoperativ smärta, vilket vi anser är uppnått. Det man dock kan se är att smärtbedömning/behandling inom postoperativ smärta fortfarande är ett problem, vilket lyfts fram och bekräftas av artiklarna. Därav behövs fortsatt forskning inom smärtområdet vilket förhoppningsvis kan höja vårdkvaliteten och smärtproblematikens gåta.

REFERENSER

1. Hawthorn J, Redmond K. Smärta- bedömning och behandling. Lund: Studentlitteratur; 1999.
2. Lundeberg T, Nisell R. Smärta och inflammation – Fysiologi och terapi vid smärttillstånd i rörelseorganen. Lund: Studentlitteratur; 1999.
3. Redke F. Smärta. Lund: Studentlitteratur;1999.
4. Linton J-S. Att förstå patienter med smärta.studentlitteratur. Lund: Studentlitteratur; 2005.
5. Malm R. Smärtans förbannelse. Göteborg: Svenska smärtföreningen; 2005.
- 6.Nationalencyklopedin:
http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=310420&i_word=sm%e4rta
Tillgänglig: 070904.
7. Währborg P. Varför gör det ont?- om smärta och dess orsaker. Lund: ProMedicus; 1995.
8. http://www.allindra.se/index2.html?page=information_1 Tillgänglig: 070910.
9. <http://www.resochdyk.nu/vard/smartlindring.html> Tillgänglig: 070910.
10. http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=173 Tillgänglig: 070910.
11. Holm S, Hansen E. Pre- och post operativ omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2000.
12. Rawal N. Postoperativ smärta- Behandling, kvalitetssäkring och Organisation. Lund: Studentlitteratur; 1999.
13. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>. Tillgänglig: 070919.
14. SOSFS 1993:17. SoS allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 1993.
15. HSL 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet; 1982.
16. SOSFS 1993:20. SoS föreskrifter och allmänna råd om patientjournalagen. Stockholm:Socialstyrelsen; 1993.
17. Strang P, Werner M. Smärta och smärtbehandling. 1 uppl. Stockholm: Liber; 2003.
18. http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/MPH2005-31_%C3%85.Assmundson.pdf Tillgänglig: 070810.
19. http://portal.omv.lu.se/Portal/Utbildning/prof_omraden/painnet/smartanalys
Tillgänglig: 070910.

20. Apoteket AB. Läkemedelsboken 2003/2004. Uppsala: Almqvist & Wiksell; 2003.
21. http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1516 Tillgänglig: 070912.
22. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold I sygepleie. 2 uppl. Gyldendal: Norsk forlag AS; 2001.
23. Tomey Marriner A, Raile Alligood M. Nursing theorists and their work. 4th ed. USA: Mosby- Year-Book; 1998.
24. Idwall E, Berg K, Unosson M, Brudin L. Difference between nurses and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2004;11(5):444-451.
25. Watt- Watson J, Stevens B, Garfinkel D. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *J ADV NURS* 2001;36(4):535-545.
26. Sjöström B, Haljamäe H, Dahlgren L-O, Lindström B. Assessment of postoperative pain: impact of clinical experience and professional role. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997;41(3):339-344.
27. Richards J, Hubbert O- A. Experiences of expert nursing in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing* 2007;8(1):17-24.
28. Kubecka K, Simon J, Boettcher J. Pain management knowledge of hospital-based nurses in a rural Appalachian area. *J ADV NURS* 1996;23:861-867.
29. Zeits K. Nursing observations during the first 24 hours after a surgical procedure: what to do? *J CLIN NURS* 2005;14:334-343.
30. Watt-Watson J, Garfinkel P, Gallop R, Stevens B, Streiner D. The Impact of Nurses' Empathic Responses on Patients' Pain Management in Acute Care. *Nursing Research* 2000;49(4): 191-200.
31. Carr E. Refusing analgetics: using continuous improvement to improve pain management on a surgical ward. *J CLIN NURS* 2002;11:743-752.
32. Stridsberg M, Billing E. Sjuksköterskors kunskaper om smärta och smärtbedömning. *Vård i Norden* 1999;19(1):41-46.
33. Idwall E. Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice? *J NURS MANAGE* 2004;12:162-166.
34. Young Lyman J, Horto M F, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *J ADV NURS* 2006;53(4):412-421.
35. Jahren Kristoffersen N, red. Allmän omvårdnad del 1. Stockholm: Liber; 1998.