

FAKTORER SOM PÅVERKAR SJUKSKÖTERS KANS BEDÖMNING OCH BEHANDLING AV POSTOPERATIV SMÄRTA

En litteraturöversikt

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examinationsdatum: 2017-05-15
Kurs: Ht14

Författare:
Susanne Karlsson

Handledare:
Jörgen Medin

Examinator:
Carina Lundh Hagelin

SAMMANFATTNING

Smärta är ett subjektivt fenomen som påverkas av olika faktorer. Den postoperativa smärtan uppstår efter ett kirurgiskt ingrepp. Obehandlad smärta kan medföra både psykologiska och fysiologiska besvär för patienterna med ökat vårdlidande och förlängd vårdtid som resultat. Sjuksköterskan har en central roll i patientens bedömning och behandling av den postoperativa smärtan. Syftet med litteraturöversikten var att beskriva vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans bedömning och behandling av den postoperativa smärtan hos vuxna över 18 år.

Artiklar eftersöktes i databaserna PubMed och Cinahl, där nitton artiklar sedan inkluderades i studien. Artiklarna granskades och analyserades utifrån litteraturöversiktens syfte, där sju kategorier framkom: information, kommunikation, hur sjuksköterskan eftersträvar en effektiv smärtbehandling, sjuksköterskans förförståelse och fördomar, erfarenhet/kompetens, utbildning, sjuksköterskans arbetsmiljö.

Resultatet visade brister på adekvat smärtbehandling av postoperativ smärta, där riktlinjer och rutiner inte efterföljs samt där samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor utgör ett hinder för en effektivare smärtbehandling. Resultatet visade även att samarbetet mellan specialistsjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor kan utgöra ett hinder. Ytterligare en svårighet för sjuksköterskan är att inte färgas av sin förförståelse. Oerfarna sjuksköterskor samt avsaknad av postoperativ smärta i sjuksköterskeutbildning utgör ett hinder för effektiv smärtbehandling.

Som slutsats har sjuksköterskan i den postoperativa smärtbedömningen en viktig funktion. För en så optimal och effektiv smärtbehandling som möjligt är det viktigt med en god kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten. Att lindra patienternas lidande kan vara en komplex uppgift för sjuksköterskorna, sjuksköterskorna upplever ofta bristande kunskap kring den postoperativa smärtan och det är önskvärt med regelbundna utbildningar. Vid personcentrerad vård främjas utvecklingen från att vara sjukdomsorienterat till att istället vara individorienterat. Individens behov sätts i centrum och patientens egen syn på vad som är livskvalité och god hälsa ställs i fokus. Vidare forskning verkar vara nödvändig då resultatet visar att patienter lider i onödan, trots att det finns rutiner och riktlinjer.

Nyckelord: Postoperativ smärta, smärtbedömning, smärtbehandling, sjuksköterska och personcentrerad vård

ABSTRACT

Postoperative pain occurs after surgery and is an internal phenomenon influenced by numerous factors. Untreated pain can have consequence for patients both psychological, and physiological giving increased discomfort and prolonged hospitalization. The nurse has a central role in the assessment and treatment of postoperative pain for the patient. The aim was to describe the factors that influence the nurse's' assessment in the treatment of postoperative pain in adult patients age over 18 year.

The articles were searched through the PubMed and CINAHL database, they were reviewed and analysed based on study's purpose. The analyses showed eight categories: information, communication, how the nurses strived for effective pain management, the nurse's preconceptions and prejudices, experience/skills, education and the nurse's working environment.

The results showed an inadequacy in postoperative pain management, policies and procedures were not applied and the collaboration between the doctors and nurses is a barrier in achieving efficient pain management. The results also revealed a barrier in the collaboration between the nurse specialist and the graduate nurse. Another important issue is that the nurse can make a wrong judgement because of his/her prejudices. The inexperienced nurse, lacking education in pain in their nursing education is a barrier for effective pain management.

In conclusion, the nurse has an important role in the assessment of postoperative pain. To optimize and give effective pain management, it is important to have a good communication between the nurse and patient. To alleviate the discomfort for the patient can be a complex task for nurses, nurses often experience a lack of knowledge in postoperative care and it would be desirable to have regular training. Person-centered care promotes this development from illness orientated to individually orientated. The requirements of the individual needs to be in focus as well as focus on the patient's own point of view regarding their quality of life and good health. Future research is required as the results show that the patients are inevitably suffering, despite procedures and guidelines.

Keywords: Postoperative pain, pain assessment, pain management, nurse and person-centered care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Smärta	1
Smärtfysiologi.....	2
Postoperativ smärta	2
Konsekvenser av obehandlad smärta	2
Patienternas upplevelse av postoperativ smärta	3
Smärtbedömning och smärtskattningsinstrument.....	3
Sjuksköterskans kompetens	4
Personcentrerad vård	5
Problemformulering.....	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats och Design.....	6
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska övervägande	10
RESULTAT	11
Information	11
Kommunikation.....	12
Hur sjuksköterskan eftersträvar en effektiv smärtbehandling	13
Sjuksköterskans förförståelse och fördomar	14
Erfarenhet/Kompetens.....	15
Utbildning	16
Sjuksköterskans arbetsmiljö	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	21
Slutsats.....	25
Klinisk tillämpbarhet.....	26
REFERENSER	26

Bilaga 1 Artikelmatris

Bilaga 2 Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats

BAKGRUND

Akuta kirurgiska ingrepp orsakar ofta patienten betydande postoperativ smärta, flertalet studier har påvisat att postoperativ smärta är underbehandlad. Underbehandlad smärta kan leda till långvarig smärta, vilket kan orsaka patienten längre vårdtid samt ge patienten inskränkningar i vardagen. Det är viktigt att inte bara behandla patientens smärta utan se hela individen. Postoperativ smärta påverkas av flera olika faktorer och är ett multidimensionellt fenomen. Med rätt smärtlindring på ett tidigt stadium ses positiva effekter på patientens hälsa och livskvalitet.

Smärta hos inneliggande patienter är ett problem trots att kunskapen har ökat kring smärthantering (Wadensten, Fröjd, Swenne, Torsten & Gunningberg, 2011). Trots att stor vikt har lagts kring forskning om patienternas postoperativa smärta fortsätter patienterna att uppleva smärta och obehag efter kirurgiska ingrepp, vad föranleder att smärtlindringen är otillräcklig?

Sjuksköterskor möter dagligen patienter med olika grader av smärtpåverkan, både akut uppkommen smärta, långvarig samt postoperativ smärta. Rawal (1999) menar att målsättningen med en postoperativ smärtbehandling bör inriktas på att förebygga smärta i första hand istället för att enbart fokusera på att lindra smärta.

Akuta kirurgiska ingrepp orsakar ofta patienten betydande postoperativ smärta. Patientens upplevelse av smärtegrad påverkas givetvis av ingreppets omfattning, men även vilken smärtlindring patienten har ordinerats postoperativt. Rätt smärtlindring redan på ett tidigt stadium anses viktigt då det påverkar både patientens hälsa och livskvalitet på ett positivt sätt (Linton, 2005). Smärta är ett komplext fenomen och är en individuell upplevelse som skiljer sig avsevärt mellan människor. Människor som genomgår liknande kirurgiska ingrepp reagerar således olika postoperativt (Almås, 2011). Strohbuecker, Mayer, Evers och Sabatowski (2004) påvisade i sin studie att akut smärta hos inneliggande patienter på sjukhus ofta är underbehandlad och följsamhet kring rekommenderad behandlingsrekommendation är låg, smärtan anses i sig inte ha tillräcklig hög prioritet hos sjuksköterskan.

Smärta

International Association for the Study of Pain [IASP], (2011) definierar smärta enligt ”*En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada*”. Smärtan beskrivs oftast som en flerdimensionell upplevelse, där det endast är patienten som kan beskriva den upplevda smärtan. Individens upplevelse och tolkningen av smärta påverkas av känslor, tankar, tidigare smärteerfarenhet, kulturell bakgrund och sociala omständigheter (Hawtorn & Redmond, 1999). Sjuksköterskans roll blir således att alltid utgå ifrån att patienten lider av smärta och utifrån detta lyssna, tolka och besluta om patientens smärtlindring (Bergh et al, 2005).

Smärta innebär ett stort lidande för patienten men ger även ett samhällsekonomiskt problem med stora kostnader för samhället i form av sjukskrivningar och vårdkostnader. Den totala kostnaden för långvarig smärta i Sverige har beräknats av SBU att uppgå till ungefär 2,5 procent av bruttonationalprodukten (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2006), år 2012 uppgick denna kostnad till cirka 89 miljoner kronor (Svenska Läkaresällskapet, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2009) är smärta den näst vanligaste sökorsaken till att patienten söker sig till sjukvården.

Smärtfysiologi

Kroppens smärtreceptorer – nociceptorerna är de som först uppfattar smärtan. Nociceptorerna är lokaliserade till nervändorna och reagerar på olika stimuli som kyla, värme och tryck. Efter ett kirurgiskt ingrepp sker en frisättning av kemiska substanser. Nociceptorerna uppfattar smärtan och leder smärtimpulsen till ryggmärgen, därifrån vidare upp till hjärnan via de afferenta nervbanorna – det är först nu patienten uppfattar sin smärta (Molin, Lund & Lundeberg, 2010).

Smärta delas in i akut och långvarig/kronisk smärta, den akuta smärtan orsakas av en vävnadsskada och är kroppens varningssignal. Vid en akut uppkommen smärta och adekvat smärtlindring försvinner oftast den akuta smärtan när skadan är läkt. Akut smärta leder ofta till påverkan på cirkulationen och respirationen (Molin et al, 2010). Då den akuta smärtan ofta uppstår efter ett kirurgiskt ingrepp, definierar Larsson (2007) varaktigheten av smärtan till en kortare tid än en månad. Om kvarvarande smärta finns efter tre månader definieras den istället som långvarig smärta.

Postoperativ smärta

Postoperativ smärta är den smärta som uppstår direkt efter ett kirurgiskt ingrepp och är en form av akut smärta till följd av den vävnadsskada och inflammatoriska process som uppstår. Beroende på det kirurgiska ingreppets omfattning varierar smärtans omfattning och duration. Smärtan efter ett kirurgiskt ingrepp är oftast en nociceptiv och neuropatisk smärta (Werner & Leden, 2010). Rawal (1999) beskriver den postoperativa smärtan som behandlingskrävande tre till fyra dagar efter det kirurgiska ingreppet.

Postoperativ smärta är ett av de mest rapporterade postoperativa symtomen efter akut kirurgiskt ingrepp, trots att det i dagsläget finns effektivare analgetika och tydliga riktlinjer för hur smärtbehandlingen skall efterföljas (Klopper, Andersson, Minkkinen, Ohlsson & Sjöström, 2006). För att få en bättre postoperativ smärtbehandling är det viktigt att redan i ett tidigt skede kunna upptäcka och identifiera de faktorer som kan förstärka en postoperativ smärta (HuiYun, Abrishami, Peng, Wong & Chung, 2009). Studier har påvisat att cirka 40 procent av inläggande patienter uppger måttlig till svår postoperativ smärta under det första postoperativa dygnet, där smärtan beskrivs som svår, okontrollerbar samt värsta tänkbara smärtan (Joelsson, Olsson & Jakobsson, 2010; Niemi-Murola et al, 2007).

En postoperativ smärta är en riskfaktor för att utveckla långvarig smärta. Där patienten upplever stark smärta i samband med ett kirurgiskt ingrepp med inadekvat smärtlindring ökar sannolikheten för att smärtan skall övergå till en långvarig smärta och kroniskt smärttillstånd (Bardiau, Taviaut, Albert, Boogaerts & Stadler, 2003; Werner & Leden, 2010). Inadekvat postoperativ smärtlindring kan leda till längre vårdtid samt ge inskränkningar i patientens vardag (Bardiau et al, 2003). Svensk förening för anestesi och intensivvård [SFAI] (2010) uppskattar att 5 procent av alla patienter som genomgår ett kirurgiskt ingrepp kommer att utveckla en långvarig/kronisk smärta som påverkar patientens dagliga liv med ett stort personligt lidande (Werner & Leden, 2010).

Konsekvenser av obehandlad smärta

En akut obehandlad smärta ger påverkan på kroppens olika organsystem, vilket ses som förändringar i andning, njurfunktion, cirkulationen, endokrina systemet, mag- och tarmkanalen samt i det autonoma nervsystemet. Den obehandlade smärtan leder ofta till påverkan på cirkulationen genom förhöjt blodtryck och ökad puls – där arytmier kan uppstå. Påverkan ses även på respirationen där förhöjd andningsfrekvens och minskade

andningsrörelser noteras (Molin, Lund & Lundeberg, 2010). Obehandlad smärta ger dessutom upphov till metabola följderna då smärtan frisätter stresshormonerna adrenalin, noradrenalin och cortisol. En obehandlad smärta leder vidare till immobilisering vilket ger ökad risk för exempel pneumoni, tromboemboliska komplikationer såsom djup ventrombos [DVT] samt lungemboli (Rawal, 1999; Werner & Leden, 2010).

Patienternas upplevelse av postoperativ smärta

För att kunna erbjuda den bästa smärtbehandlingen är det viktigt att patienten är delaktig i sin vård och att patienten skall ses som expert på sin egen smärta (Doss, DePascal & Hadly, 2011). Patienten skall ses som en expert på sin egen smärtupplevelse då smärta är en subjektiv upplevelse, patienten har även olika förutsättningar att klara av sin smärtupplevelse då alla individer har olika smärtrösklar mot smärtpåverkan (Hawtorn & Redmond, 1999).

Patienterna upplevde en försämrad livskvalitet vid inadekvat postoperativ smärtlindring såsom onödigt lidande, obehag, oro, irritabilitet, sömnsvårigheter och svårigheter kring tidig mobilisering. Dessa faktorer kan leda till depression och ångest och patienten upplever sig förlora kontrollen över tillvaron (Bardiau et al, 2003; Mackintosh, 2007; Rawal, 1999). Patienterna upplevde ofta att smärtåtgärderna inte var individanpassade utefter patientens behov, utan mer rutinmässiga och med kortsiktigt tänkande kring smärtlindringen (Idvall, Bergqvist, Silverhjelm & Unosson, 2008). Almås (2011) beskriver att patienten ofta förväntar sig smärta efter ett kirurgiskt ingrepp och att patienterna tror att smärtan är oundviklig, vilket kan leda till att de uthärdar sin smärta utan att be om smärtlindring. Flera studier (Nilson, Unosson & Kihlgren, 2006; Sommer, de Rijke, van Kleef, Kessels, Peters. et al, 2010) visade att patienternas största orosmoment inför kirurgiska ingrepp är den postoperativa smärtan, de menade även på att riskfaktorer för ökad postoperativ smärta utgörs av ett katastroftänkande kring den postoperativa smärtan. Där patienten redan innan ingreppet har smärta samt rädsla inför förestående ingrepp, samt där patienten upplever oro och ångest över en bristande kontroll på livssituationen är de som har en högre risk att överdriva eller förneka sin smärta.

Mackintosh (2007) beskrev i sin studie att patienterna drog sig för att störa sjuksköterskan då de inte vill vara till besvär och vara duktiga patienter, detta leder till att smärtan underbehandlas och smärtbehandlingen upplevs inadekvat av patienter och dess anhöriga. Almås (2011) påpekar dessutom att negativa erfarenheter från tidigare kirurgiska ingrepp påverkar smärtupplevelsen, såsom där smärtlindringen har varit dåligt kontrollerad och där patienten har upplevt sig förlora kontrollen över situationen på grund okontrollerbar smärta. I de fall patienten upplevde sig väl smärtlindrad sågs mindre postoperativa komplikationer, patientens välbefinnande främjades och ineliggande sjukhusvård minskade (Fredheim et al, 2011).

Smärtbedömning och smärtskattningsinstrument

Där patienten har genomgått ett kirurgiskt ingrepp är det av vikt att sjuksköterskan skattar patientens postoperativa smärta. Till hjälp finns det olika smärtskattningsinstrument att tillgå för att sjuksköterskan skall kunna utvärdera patientens smärta. De vanligaste förekommande smärtskattningsinstrument som används är visuell analog skala [VAS], numerisk skala [NRS] och verbal skala. Patientens egen beskrivning av den upplevda smärtan kan tillsammans med vitalparametrar och patientens beteende ge en mer total smärtbedömning (Bergh, Jakobsson, Sjöström & Steen, 2005; Hawtorn & Redmond, 1999).

I sina riktlinjer påpekade SFAI (2010) att en effektiv postoperativ smärtbehandling ger minskad risk för postoperativa komplikationer, dessutom minskar risken för utveckling av

kronisk smärta. I studien av Fredheim et al, (2011) betonades vikten av god smärtlindring postoperativt för att patienten inte skall utveckla kronisk smärta, det föreligger en högre risk vid underbehandlad smärta att patienten utvecklar kronisk smärta. Som komplement kan andra omvårdnadsmissiga metoder användas för att lindra patientens postoperativa smärta, i studier av Bauer et al, (2011) och Good et al, (2010) framkom att musik och avslappning var ett bra komplement till analgetika och kunde lindra patienternas oro och ångest.

Patienten bör i den mån det är möjligt själv skatta sin smärta med de validerade instrument som finns tillgängliga och bör ske i både vila och rörelse (SFAI, 2010). Det är dessutom av vikt att smärtskattningen dokumenteras och utförs regelbundet under det första postoperativa dygnet för att kunna utvärdera patientens smärta (Werner & Leden, 2010). Werner och Leden (2010) menar vidare att de första timmarna på den postoperativa avdelningen bör smärtskattningen ske med täta intervaller för att sedan glesas ut till var tredje/fjärde timme när patienten är tillbaka på vårdavdelningen.

Sjuksköterskans kompetens

Hawtorn och Redmond (1999) beskriver att sjuksköterskan har en viktig roll i patientens smärtbehandling och skall utgå ifrån patientens individuella behov, således har sjuksköterskans ett stort ansvar för hur den postoperativa smärtbehandlingen efterföljs. Detta genom att bedöma och utvärdera smärtan och dokumentera i patientens journal. Den postoperativa smärtbehandlingen bör inrikta sig på att vara förebyggande, målsättningen bör därmed inriktas på att patienten skall vara så smärtlindrad som möjligt under den postoperativa fasen. För en optimal smärtbehandling måste sjuksköterskan efterfölja de riktlinjer, mål och behandlingsregim som idag finns, sjuksköterskan har en huvudposition i patientens postoperativa smärtbehandling. I studien av Manias, Bucknall och Botti (2004) beskrivs sjuksköterskans roll till stor del läggs till att bedöma patientens upplevda smärta, vilket kan vara mycket komplicerat och medföra svårigheter för sjuksköterskan att ge adekvat smärtlindring. Vidare beskrivs hur stor del av sjuksköterskans tid läggs på att identifiera lämpliga strategier för den postoperativa smärtlindringen.

International Council of Nurses [ICN] (2011) främsta mål är att arbeta med att säkerhetsställa en hög vårdkvalité, ge ökad professionell omvårdnad och påverka hälso- och sjukvårdspolitik i världen. En etisk kod har utarbetats av ICN (2011) vilket bidrar med riktlinjer och är kompetenshöjande. De fyra grundläggande ansvarsområdena är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande hos patienten. I sjuksköterskans yrkesutövning är det av vikt att denne leds av etiska principer och att ett etiskt förhållningssätt tas till den etiska koden (ICN, 2011). Således är en av sjuksköterskans främsta uppgifter att så långt som möjligt upprätthålla så hög livskvalité som möjligt för patienterna samt att förebygga de komplikationer som kan uppstå av postoperativ smärta, såsom av långvarig smärta (Hawtorn & Redmond, 1999). Oavsett ålder, sexuell läggning, sjukdom, kön, funktionsnedsättning och etnisk bakgrund så har patienten rätt till en så god vård och omsorg som möjligt, där ett av sjuksköterskans kanske viktigaste ansvarsområden är att kunna identifiera patientens vårdlidande och kunna tillgodose patientens behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

En nyutbildad sjuksköterska går igenom olika processer för att skaffa sig erfarenheter från kliniskt arbete, Benner (1993) beskrev dessa processer i fem olika steg: *Novis – Avancerad Nybörjare - Kompetent – Skicklig och Expert*. Benner (1993) beskriver hur sjuksköterskans prestationer förbättras när denne inte längre förhåller sig till enbart regler och riktlinjer utan även har erfarenhet. Till en början är sjuksköterskan novis eller avancerad nybörjare och har svårt att uppfatta helheten av en situation, som novis kan sjuksköterskan behöva hjälp att

prioritera. I nästa steg ses sjuksköterskan som kompetent, denne har nu skaffat sig en del erfarenhet och kan prioritera sina arbetsuppgifter och har ett kritiskt tänkande. Den kompetenta sjuksköterskan kan även klara av oförutsedda händelser som kan uppstå kring patienterna, dock är den kompetenta sjuksköterskan ännu inte lika snabb som den skicklige/expert sjuksköterskan. I dessa två processer ser sjuksköterskan helheten i omvårdnaden och kan även upptäcka oförutsedda händelser i tidigare stadier, sjuksköterskan vet vad som förväntas av denne i en specifik situation och har lätt för att fatta snabba och egna beslut. Efter cirka 5 år i yrket räknas sjuksköterskan som expert, sjuksköterskan kan nu fokusera på det centrala i de olika uppkomna situationerna samt att sjuksköterskorna i expertnivån nu ser helhetsperspektivet kring patienten (Benner, 1993).

I framtiden antas hälso- och sjukvården bli alltmer kvalificerad och specialiserad, detta ställer högre krav på sjuksköterskan och kräver en god sammansatt kompetens med en specifik och ökad kunskap som anses nödvändiga för vårdens profession (Quality and Safety Education for Nurses [QSEN], 2013). I svenska sjuksköterskeföreningens strategi anges sex olika kärnkompetenser, vilka internationellt anges som kompetenskategorierna. Kärnkompetenserna ses som ett verktyg för att kunna stödja sjuksköterskan i sitt arbete med att kunna ge en så säker och god vård som möjligt till patienterna, dessutom så är dessa kompetenser centrala för planering, genomförande, utvärdering och utvecklingen av omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Sjuksköterskans sex kärnkompetenser är: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik (Edberg et al, 2013; QSEN, 2013).

Personcentrerad vård

Doss, DePascal och Hadly (2011) påpekar i sin studie vikten av att göra patienten delaktig i vården och vara delaktigt i beslutsfattande som rör dennes vård. För att kunna göra patienten mer delaktig i sin egen vård bör vården anpassas till att bli mer personcentrerad, idag utgår en stor del av vården till att vara sjukdomscentrerad där sjuksköterskans ses som experten och patienten som novis.

Personcentrerad vård innebär att sjuksköterskan i planeringen av den enskilde patientens vård skall ta hänsyn till patientens förväntningar och önsknings, samtidigt som patienten integritet och värdighet bevaras. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2016a) är det av vikt att all vårdpersonal arbetar utefter dessa kärnkompetenser. Människan skall inte som tidigare synsätt betraktas utifrån sin sjukdom, funktionshinder eller tillstånd utan främst som en person i behov av vård - utifrån detta kan fokus på vården anpassas kring de resurser människan innehar. Vid personcentrerad vård skall sjuksköterskan ha förmågan att kunna sätta patienten framför sin sjukdom och dessutom kunna identifiera patientens resurser, patienten skall ses som expertisen på sin egen kropp och patientens delaktighet i vården skall ses som nödvändig (McCane, McCormack & Dewing, 2011). För att inte patienten skall bli passiv i vården, bör sjuksköterskan tillsammans med patienten planera och genomföra vården så att patienten känner sig delaktig (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlen, 2013).

Patienten befinner sig i en beroendeställning när denne söker vård, för att patienten skall kunna delta och vara aktiv i sin egenvård så behöver det finnas en relation mellan patienten och sjuksköterskan (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b). Förhållningssättet hos sjuksköterskan är avgörande för hur relationen kommer att utvecklas. Där sjuksköterskan visar respekt för patientens integritet, sårbarhet, värdighet och självbestämmande ökar möjligheten för patienten att känna tillit, hopp och menighet. Vårdrelationen styrs av sjuksköterskans sociala kompetens där intresse och viljan till att lära känna patienten är

central (Price, 2006), när sjuksköterskan väljer att arbeta utefter personcentrerad vård upplever både patienten och dennes närstående respekt, trygghet och delaktighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010b).

Där vården bedrivs enligt personcentrerad vård minskade det missnöje som kan uppstå där patienten upplever att de ej lyssnas på, blir uppmärksammade eller ej får tillräckligt med information. Forskning har påvisat att införandet av personcentrerad vård minskar antalet besök inom vården då patienten upplever att de får ett ökad inflytande över sin delaktighet i vården (Bertakis & Azari, 2011).

Problemformulering

Flertalet studier påvisar att obehandlad smärta är ett vanligt förekommande problem inom sjukvården, där upptill 40 procent av patienterna upplever sin postoperativa smärta som måttlig eller svår det första postoperativa dygnet efter ett kirurgiskt ingrepp. Detta trots att det finns riktlinjer framtagna för hur smärta skall bedömas och behandlas. Sjuksköterskan har en central roll kring den postoperativa smärtbehandlingen av patienten, smärtbedömningen kan för sjuksköterskan vara mycket komplicerad vilket kan leda till inadekvat smärtlindring för patienten. Vid otillräcklig smärtbehandling ses onödigt lidande för patienten vilket kan ge negativa konsekvenser såsom fördröjd återhämtning, mobilisering och rehabilitering, och ökad risk för postoperativa komplikationer. Inadekvat smärtbehandling leder till försämrad livskvalité och lidande för patienten.

Smärta är ett väl utforskat område både utifrån sjuksköterske- och patientperspektiv, trots detta fortsätter postoperativ smärta att vara ett stort problem. Då sjuksköterskan har en sådan central roll i patientens smärtbehandling är det angeläget att beskriva vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning och smärtbehandling.

SYFTE

Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans bedömning och behandling av postoperativ smärta.

METOD

Ansats och Design

För att besvara syftet valdes en litteraturöversikt som metod. En litteraturöversikt används för att kritiskt granska och sammanställa tidigare forskning, detta i syfte för att få en överblick av kunskapsläget inom ett område (Forsberg & Wengström, 2013; Friberg, 2012). Enligt Polit och Beck (2012) skall en litteraturöversikt med hög kvalitet bygga på aktuell information inom det valda området samt vara omfattande och reproducerbar, med detta avses att studien skall kunna genomföras av andra forskare och att dess slutsats skall vara liknande i evidens.

Till denna litteraturöversikt användes en induktiv ansats vilket innebär att författaren förutsättningslöst samlat in material analyserar och tolkar texterna, för att sedan dra en slutsats (Polit & Beck, 2012). En litteraturöversikt innehåller flera steg med systematisk ansats för att hitta information som skall tillföras litteraturöversikten. När ett problemområde har identifierats kan sökord formuleras och detta ligger sedan till grund för litteratursökningen (Forsberg & Wengström, 2013). Litteraturöversikt används för att kritiskt granska och sammanställa den forskning och litteratur som finns inom det aktuella ämnet och därigenom få en överblick över kunskapsläget (Forsberg & Wengström, 2013). I ett första steg formuleras en forskningsfråga, ett ämne som är intressant för forskaren, i det andra steget

formuleras sökstrategin, där sökorden formuleras och vilka databaser insamlade data kommer att ske ifrån. Sökningsförfarandet skall under denna fas noga dokumenteras, insamlad data skall sedan utvärderas kritiskt med hjälp av formulär. Analyserad data delas sedan in i kategorier som i ett sista steg diskuteras (Polit & Beck, 2012).

Urval

Till litteraturöversikten skall inklusions- och exklusionskriterier tydligt beskrivas, detta för att utomstående skall kunna komma fram till liknande resultat vid val av samma ämne (Polit & Beck, 2012).

Inklusionskriterier:

För att på bästa sätt inkludera relevanta vetenskapliga artiklar som svarar till litteraturöversiktens syfte formulerades inklusionskriterier. De artiklar som ingick i resultatdelen skulle finnas tillgängliga som fulltext, samt vara peer reviewed, ålderbegränsning valdes till vuxna över 18 år, publiceringsspråket skall vara svenska eller engelska, artiklarna skall vara publicerade mellan år 2000-2016. Artiklarna skulle även hålla hög kvalitetsnivå och granskades utefter Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (nivå 1 eller 2), samtliga artiklar som inkluderades till litteraturöversikten skulle även ha ett etiskt godkännande.

Exklusionskriterier:

De artiklar som bedömdes ha en låg kvalitetsnivå exkluderades då författaren till studien hade ett stort antal sökträffar och ville att artiklarna skulle ha så hög kvalitet som möjligt, även de artiklar som handlade om barn under 18 år exkluderades. Författaren till litteraturöversikten valde även att exkludera artiklar som handlade om postoperativ smärta vid demenssjukdom.

Datainsamling

Till litteraturöversiktens resultat valdes nitton vetenskapliga artiklar, artiklarna var publicerade i databaserna PubMed och CINAHL mellan åren 2005-2016. De databaser som artiklarna eftersöktes i, innehåller vetenskapliga artiklar som publicerats i tidskrifter inom ämnena medicin, omvårdnad samt ontologi (Forsberg & Wengström, 2013).

Databassökning pågick mellan december 2015 till mars 2016, ny genomsökning gjordes under september-december 2016 - för att några nyare artiklar som motsvarar litteraturöversiktens syfte ej skulle gå förlorat. För att kunna använda de sökord som valts när problemområdet hade identifierats gjordes dessa om till MeSH termer för sökningar i PubMed och till Subject Headings för sökningar i CINAHL (se tabell 1).

Tabell 1. Sökordsöversikt

Sökord	PubMed MeSH	Cinahl Headings
Postoperativ smärta	Postoperative pain, pain Fritextsökning: Pain, postoperative, nursing	Postoperative pain
Sjuksköterska	Nurs*	Nurs*
Sjuksköterske- patient relation	Nurse patient relation	
Smärtbehandling	Pain management	Pain management
Smärtskattning	Pain measurement/standards	
Svårighet	Challenge*	Challenge*

I den första sökningen gjordes en fritextsökning för att få en övergripande uppfattning om vad som är publicerat inom ämnet utan exklusionskriterier, denna fritextsökning gjordes även för att minimera att artiklar som ej återfanns under de sökord som valdes skulle gå förlorade (Friberg, 2012). Denna sökning gjordes även för att se om tillräckligt med material kunde återfinnas för att kunna göra en litteraturöversikt. Fritextsökningen resulterade i ett mycket stort antal sökträffar, sökorden kombinerades då med det booleska sökordet AND och OR för att kunna begränsa sökordsträffarna tills sökresultatet ansågs mer hanterbart (se tabell 2 och 3). Trunkering (*) användes för att täcka in olika varianter av ett begrepp, detta innebär att man i början eller slutet av ordet ersätter ordet med en asterisk (*) (Forsberg & Wengström, 2013).

Även databassökning i PsycINFO gjordes för att relevanta artiklar ej skulle gå förlorade, dock återfanns inga nya artiklar till litteraturöversikten i denna sökning. Fritextsökning gjordes på Google Scholar för att se om några andra relevanta artiklar kunde identifieras, i denna sökning återfanns artiklar som redan hittats i PubMed och CINAHL.

Efter detta kunde abstract genomläsas, om abstract verkade motsvara litteraturöversiktens syfte valdes artikeln ut för vidare kvalitétgranskning och genomläsning i heltext. En manuell sökning gjordes även för att inte missa någon aktuell studie (Forsberg & Wengström, 2013). Tre av de vetenskapliga artiklarna återfanns i båda databaserna, i detta fall exkluderades artikeln i en av sökningarna. De identifierade sökorden kombinerades på olika sätt (se tabell 2 och 3) för att få fram relevanta artiklar som skulle svara på litteraturöversiktens syfte och frågeställning. Alla artiklar som identifierades var peer reviewed vilket innebär att en författare vetenskapligt har granskat och sammanställt och ger sin feedback på studien (Polit & Beck, 2012).

Tabell 2. Databassökning PubMed

Sökord	Antal träffar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
Postoperative pain, pain AND nurse patient relation. Limits: Published in the last 10 years, all adults 19+, language: English Sökdatum: 161110	12	12	5	4
Postoperative Pain AND nurs* Limits: Free full text, Published in the last 10 years, all adults 19+, language: English Sökdatum: 161110	139	79	15	5
Pain measurements /standards AND Postoperative pain AND nurs*	8	8	4	2

Limits: Published in the last 10 years, all adults 19+, language: English Sökdatum: 161122				
Postoperative pain AND Nurse AND pain management AND pain measurement Limits: Published in the last 10 years, all adults 19+, language: English Sökdatum: 161122	56	25	5	1
Postoperative pain AND Nurse AND pain measurement Limits: Published in the last 10 years, all adults 19+, language: English Sökdatum: 161110	116	19	7	1

Tabell 3. Databassökning CINAHL

Sökord	Antal träffar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
Postoperative Pain AND nurs* Limits: Publication date: 2000-2016, language: English, all adult, abstract available Sökdatum: 160317	183	29	6	2
Nurs* AND pain management AND challenge* Limits: Publication date: 2000-2016, language: English, all adult, abstract available Sökdatum: 160317	59	13	6	1
Postoperative pain AND nurse AND pain management Sökdatum: 160317	143	35	7	1
Postoperative pain AND Nurse AND pain management AND pain measurement	75	42	7	2

Sökdatum: 160317				
------------------	--	--	--	--

Dataanalys

Syftet med att göra en dataanalys är enligt Polit och Beck (2012) att organisera, förstå den insamlade data och skapa struktur. Under artikelsökningen identifierades 19 vetenskapliga artiklar som motsvarade litteraturöversiktens syfte. Artiklarna sammanställdes i en matris (Bilaga 1) där de granskas utifrån sin vetenskaplighet och kvalitet, granskningen har skett med hjälp av Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för kvalitet och vetenskaplig klassificering (Berg, Dencker & Skärsäter, 1999; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011) - (Bilaga 2). De godkända artiklarnas syfte, metod och resultat fördes fortlöpande in i matrisen. När matrisen var ifylld påbörjades dataanalysen. De insamlade artiklarna skulle ha en tydlig beskriven metod, deltagarurval, datainsamlingsmetod, analysdel samt resultat, varje artikel skulle dessutom ha ett etiskt godkännande från en etisk kommitté.

När insamlingen av artiklarna var klara till resultatdelen, lästes artiklarna igenom ett flertal gånger för att analysera om det fanns några gemensamma nämnare, men även för att identifiera olikheter i artiklarna. Nästa steg var att hitta en strategi för att sammanställa och se gemensamma nämnare till litteraturöversiktens resultatdel. Artiklarna kodades för att sedan delas in i huvudkategorier, under huvudkategorierna bildades sedan subkategorier (Forsberg & Wengström, 2013; Polit & Beck, 2012). Under analysarbetet har författaren tagit hjälp från kollegor samt fått handledning kring de frågetecken som uppstått i samband med utformningen av de kategorier/subkategorier som framkommit.

Forskningsetiska övervägande

Oavsett forskningsdesign eller ansats skall alltid ett forskningsetiskt övervägande utföras, syftet med all forskning är att upptäcka ny evidens för att kvalitén inom exempelvis vården skall höjas. De artiklar som ska ingå i litteraturöversikten skall enligt Forsberg och Wengström (2013) objektivt analyseras med korrekt källhänvisning, de påpekar vidare att även de artiklar som eventuellt inte stärker forskarens eventuella hypotes skall presenteras. De artiklar som inkluderades till litteraturöversikten är granskade med ett forskningsetiskt övervägande, där det klart skall framgå att ett etiskt ställningstagande har gjorts, detta innebär att studien har granskats och godkänts av etisk kommitté (Polit & Beck, 2012).

Då denna litteraturöversikt är en presentation av tidigare forskning och författaren enbart presenterar en sammanställning av dessa, behövs ingen ansökan till etiska kommittén för etiskt godkännande. Dessutom så är inga patienter involverade i översikten då det endast är en sammanställning av tidigare forskning. Samtliga artiklar som inkluderas i litteraturöversiktens resultatdel innehar ett etiskt godkännande, det är viktigt att utgå ifrån de etiska aspekterna när ny kunskap inhämtas för att ta hänsyn och skydda de individer som deltar i forskningen (Forsberg & Wengström, 2013). Forsberg och Wengström (2013) beskriver att god forskning skall göras på ett objektivt sätt. Artiklarnas bearbetning skall vara objektiv och författarens egna åsikter skall ej framkomma, att enbart presentera artiklar som överensstämmer med författarens åsikter ger falsk och oriktig bild kring det identifierade problemområdet och anses oetiskt. Sanningsprincipen har inte underminerats genom att författaren medvetet har gjort ett missvisande urval av den insamlade datan. Forskaren skall på så sätt inte fabricera, förfalska eller plagiera någon annans text. De material som inkluderats i denna litteraturöversikt har bearbetats på ett objektivt sätt för att författarens åsikter inte skall komma att färga resultatet.

Vetenskapsrådet (2011) beskriver att bedömning av en studies tillförlitlighet görs genom att material och metod beskrivs på ett noggrant sätt, samt att citat och referenser är korrekt skrivna så att läsaren skall kunna bedöma en studies kvalité. Den översättning som gjorts från engelska till svenska har genomförts utan att förvränga texten. Författaren har inte heller använt data som är insamlat av andra forskare utan källhänvisning. Källhänvisning skall redovisas noggrant för att oklarheter ej skall uppstå kring ursprunget (Forsberg & Wengström, 2013).

RESULTAT

Efter granskning och genomgång av de artiklar som inkluderats i litteraturoversikten framkom sju kategorier, där det även framkom subkategorier under kommunikation (bristande kommunikation och god vårdrelation) samt under sjuksköterskans arbetsmiljö (samarbete sjuksköterskor – läkare och samarbetet sjuksköterskor sinsemellan) som påverkar sjuksköterskans bedömning och behandling av patientens postoperativa smärta, redovisas i (tabell 4):

Tabell 4. Sammanställning av kategorier och subkategorier till resultatet

Kategorier	Subkategorier
Information	-
Kommunikation	Bristande kommunikation God vårdrelation
Hur sjuksköterskan eftersträvar en effektiv smärtbehandling	-
Sjuksköterskans förförståelse och fördomar	-
Erfarenhet/Kompetens	-
Utbildning	-
Sjuksköterskans arbetsmiljö	Samarbete sjuksköterskor - läkare Samarbetet sjuksköterskor sinsemellan

Information

Där patienterna hade fått information kring ingrepp samt den efterföljande postoperativa vården kunde de lättare hantera sin smärta (Manias, Bucknall & Botti, 2005; Rejeh, Ahmadi, Mohammadi, Kazemnejad & Anooshed, 2009). Manias et al, (2005) beskrev patienternas vilja till delaktighet i sin vård och man pratade om ”empowerment” (egenvård) där patienten krävde delaktighet i sin smärtbehandling. Sjuksköterskorna upplevde att information som gavs postoperativt kring patientens smärta var avgörande för hur patienterna skulle kunna hantera sin smärta. Sjuksköterskorna upplevde även att där information gavs innan ingreppet gav patienterna möjlighet att kunna förstå att det är naturligt med viss smärta efter ingreppet, men även en möjlighet att kunna förbereda sig och säga till i tid kring sin smärta. Sjuksköterskorna uppmanade patienterna att säga till i tid innan smärtan blev för outhärdlig, men även vikten av att vara så optimalt smärtlindrad inför mobilisering som möjligt. I andra studier framkom dock att informationen som gavs preoperativt gällande postoperativ smärta var bristfällig och endast gavs när patienterna efterfrågade informationen (Dihle, Bjøseth & Helseth, 2006; Johnsen, Mahaffey, Egan, Twagirumugabe & Parlow, 2015). Genom att samtala med patienterna kan sjuksköterskorna ge information för att stödja eller trösta patienterna (Dihle et al, 2006).

Pogatzki-Zahn, Kutschar, Nestler och Osterbrink (2015) påpekade i sin studie fördelarna att ha ett tvärvetenskapligt perioperativt undervisningsprogram där alla kategorier av vårdpersonal kring patienten skall kunna medverka/informera för att kunna ge så optimal vård som möjligt. Författarna menade att sjuksköterskorna kan medverka till en förbättring av den postoperativa smärtan, dock påpekades att den grupp som fokus bör läggas på är den patientgrupp som redan innan ingreppet har smärta.

Kommunikation

Richard och Hubbert (2007) menade att sjuksköterskans helhetsperspektiv är viktigt för smärtbedömningen, detta stärks även i andra studier där författarna beskrev hur sjuksköterskorna samtidigt observerade patienterna för att skaffa sig en helhetsbedömning. Sjuksköterskorna beskrev att deras egen uppfattning av patienternas smärta var en viktig del av den totala bedömningen av smärtan, där sjuksköterskorna även valde att studera patienternas kroppsspråk och ansiktsmimik (Abdalahim, Majali & Bergbom, 2010; Aziato & Adejumo, 2014; Hjelpdahl-Sjövelan & Leegard, 2012).

Richard och Hubbert (2007) beskriver således att smärtbedömningen inte bör fokusera på enstaka tecken till smärta utan sjuksköterskan skall istället observera hela patienten. En viktig faktor för bra smärtbedömning är interaktionen mellan patienter och sjuksköterskor, samt att lindra patienternas oro. Sjuksköterskorna bör ta sig tid till att sitta ner hos patienterna för att få en uppfattning av patienternas upplevda smärta. Sjuksköterskorna påtalade att där tid fanns för att observera samt samtala kring smärta, skapar sjuksköterskorna sig en uppfattning kring patienterna och deras behov. Richard och Hubbert (2007) samt Johnsen, Mahaffey, Egan, Twagirumugabe och Parlow (2015) påpekade vikten av att sjuksköterskorna måste lita på vad patienterna säger och att detta bör vara det pålitligaste sättet att uppskatta patienternas postoperativa smärta.

Verbal kommunikation för att bedöma smärta användes i flertalet av studierna (Blondal & Hallorsdottir, 2008; Hjelpdahl-Sjövelan & Leegard, 2012; Johnsen et al, 2015; Leegard, Husby, Berge & Rustöen, 2011; Lindberg & Engström, 2011). I studien av Dihle et al, (2006) beskrevs att där sjuksköterskorna antog ett aktivt förhållningssätt till den postoperativa smärtlindringen så underlättades kommunikationen mellan patienterna och sjuksköterskorna. Med ett aktivt förhållningssätt menades att sjuksköterskorna använde sig av öppna frågor vilket underlättade för patienterna att redogöra för sin smärta. Detta förhållningssätt gentemot patienterna förbättrade patienternas smärtlindring och deras vårdkvalité höjdes. Vidare påpekade Dihle et al, (2006) att där sjuksköterskorna använde sig av mer direkta frågor kring smärta såsom att fråga ”Har du ont” skapade en öppning till en dialog och sjuksköterskorna upplevde att patienterna lättare bjöds in i samtalet kring sin smärta. Sjuksköterskorna upplevde även att där indirekta frågor kring smärtan ställdes ”Hur mår du?” att de inte alltid uppfattade att patienterna hade smärta. Abdalahim, Majali, Warren-Stomberg och Bergbom (2010) påpekade i sin studie att en effektiv postoperativ smärtbehandling är en viktig del av god kvalité på vården, för att skaffa en uppfattning kring patientens postoperativa smärta ser sjuksköterskan kommunikationen som en del i bedömningen av detta.

Smärtskattningsinstrument användes i flertalet studier (Blondal & Hallorsdottir, 2008; Hjelpdahl-Sjövelan & Leegard, 2012), sjuksköterskorna påpekade dock att de ofta använde sig av verbal kommunikation som komplement till smärtskattningsinstrumenten. Sjuksköterskorna uppgav att de till och med skattade den verbala kommunikationen något högre än användandet av smärtskattningsinstrumenten. I sin studie påpekade dock Blondal

och Hallorsdottir (2008) att sjuksköterskans upplevda hinder till användandet av smärtskattningsinstrument framför allt utgjordes av kraftig smärtpåverkade patienter eller där patienterna helt enkelt inte förstod instrumentet.

Bristande kommunikation

Sjuksköterskorna i studien av Leegard et al, (2011) påpekade att kulturella skillnader kan påverka hur patienten uttryckte sin smärta, i vissa kulturer anses det dåligt att visa sin smärta samt att smärtan skall uthärdas då det anses nödvändigt för läkningsprocessen.

Sjuksköterskans uppgift blir i dessa fall att informera patienterna om smärtans negativa effekter samt vikten av att erhålla smärtlindring. Bristande kommunikation är ett hinder som försvårar smärtbedömningen av patienterna, sjuksköterskorna i studien upplevde att språkförbistring (sjukdom eller att patienterna talade annat språk) samt kulturella skillnader var hinder som ledde till bristande kommunikation. Den bristande kommunikation ledde ofta till att patienterna inte erhöll en adekvat smärtlindring, då sjuksköterskan inte förstod patientens smärta och patienterna heller inte kunna förmedla sin postoperativa smärta (Harper, Ersser & Gobbi, 2007; Leegard et al, 2011).

God vårdrelation

Sjuksköterskorna i flertalet studier (Blondal & Hallorsdottir, 2008; Rejeh, Ahmadi, Mohammadi, Kazemnejad & Anooshed, 2009) menade att en god vårdrelation underlättade för sjuksköterskorna att få en bättre förståelse för patienternas smärta och utifrån den goda vårdrelationen kunna bedöma och observera patientens symtom på smärta. Den goda vårdrelationen ansågs nödvändig för god postoperativ smärtbehandling, där effektiv kommunikation, respekt för patientens behov och ge patienten uppmärksamhet ansågs vara viktiga faktorer i den professionella vårdrelationen.

I studier av Abdalrahim, Majali och Bergbom, (2010) samt Aziato och Adejumo, (2014) påpekade sjuksköterskorna att där de själva hade upplevt postoperativsmärta, i högre grad kände empati för patienterna. De menade även att ett bra bemötande kräver att förförståelsen läggs åt sidan och att patienten ej skall bli bedömd utifrån sjuksköterskans tidigare erfarenheter. Enligt Rejeh et al, (2009) utgjordes hinder till en god vårdrelation av tidsbrist och hög arbetsbelastning för sjuksköterskan. Ytterligare faktorer som utgjorde hinder till god vårdrelation och effektiv smärtbehandling var vid ineffektiv kommunikationen, dock uttryckte sjuksköterskorna en vilja till att lära känna patienten för att på så sätt skapa en god förutsättning för en god vårdrelation där kommunikationen mellan patienten och sjuksköterskan var ömsesidig och effektiv. I studien av Lindberg och Engström (2011) uttryckte sjuksköterskorna en önskan om att vara närvarande och kunna hitta tiden för patienterna.

Hur sjuksköterskan eftersträvar en effektiv smärtbehandling

Flertalet studier beskrev att sjuksköterskorna i första hand använde sig av farmakologisk smärtbehandling då denna behandling ansågs som mest effektiv (Blondal & Halldorsdottir, 2008; Dihle et al, 2006; Manias et al, 2005). I andra hand användes ickefarmakologisk smärtbehandling som komplement till analgetikan (Blondal & Halldorsdottir, 2008; Dihle et al, 2006). I den icke farmakologiska behandlingen exempelvis genom avslappning, musik, akupunktur påpekade sjuksköterskorna i studien av Blondal och Hallorsdottir (2008) att de upplevde en känsla av självständigt beslutande kring smärtbehandling och en viss makt att kunna påverka denna. Sjuksköterskorna menade på att deras handlande lindrade patienternas lidande och på så sätt bekräftade deras yrkesidentitet, situationen kändes mer kontrollerbar när man hade provat allt i smärtbehandlingsväg. I de fall sjuksköterskorna inte lyckades

smärtlindra patienterna upplevde sjuksköterskorna negativa känslor och ett slags misslyckande i sin yrkesroll.

Författarna till två av studierna (Hjelpdahl-Sjövelan & Leegard, 2012; Manias et al, 2005) påpekade att sjuksköterskorna ofta gav patienterna förbyggande läkemedel vid mobilisering för att förhindra smärtgenombrott, samt att sjuksköterskorna uppmuntrade patienterna att säga till i tid. Dock beskrevs att där patienten påtalade smärta under pågående mobilisering genomfördes den planerade mobiliseringen utan att patienten fick extra smärtlindring, sjuksköterskan berömde istället patienten under mobiliseringen. Dihle et al, (2006) menade i sin studie att när patienterna kände tveksamheter kring sin smärtlindring försökte sjuksköterskorna att intala patienterna att vara adekvat smärtlindrade för att kunna underlätta mobilisering och undvika komplikationer som annars kan uppstå i samband med att patienterna har för mycket smärta.

Hinder som kan leda till undermålig smärtbehandling är sjuksköterskornas förmåga att uppmärksamma och tolka symtom på smärta hos patienten, oregelbunden smärtlindring samt utebliven utvärdering av administrerad analgetika (Dihle et al, 2006; Manias et al, 2005). Ytterligare orsaker till underbehandlad smärtbehandling påpekades i flertalet studier där sjuksköterskorna uttryckte rädsla för läkemedelsbiverkningar som en bidragande orsak till att patienterna inte blev ordentligt smärtlindrande. Resultatet av rädslan gjorde att patienterna fick vänta för länge på sin smärtlindring, men även att sjuksköterskorna var mer benägna att ge den lägsta dosen av de opioider som var ordinerade (Aziato & Adejumo, 2014; Blondal & Hallorsdottir, 2008; Leegard et al, 2011; Powell & Davies, 2012).

Sjuksköterskorna upplevde i studien av Abdalrahim et al, (2010) att vissa patienter blev hotfulla och aggressiva när de led av smärta, en följd av detta blev inadekvat smärtlindring då sjuksköterskorna upplevde rädsla för dessa patienter. Sjuksköterskorna upplevde även att det var jobbigt att konfronteras med anhörigas oro och misstänksamhet, detta kan skapa ett hinder i patientens smärtbehandling då anhöriga kan upplevas hotfulla och skapa oro kring patienten. I studien av Shoqirat (2015) menade sjuksköterskorna till och med att anhöriga sågs som ett störande moment, med krav kring patientens smärtlindring och deras okunnighet gentemot sjuksköterskans expertis.

Sjuksköterskans förförståelse och fördomar

Sjuksköterskorna beskrev i två studier av Harper et al, (2007) samt Machintosh-Franklin, (2014) att de genom deras erfarenhet hade skaffat sig en kunskap kring olika patientkategorier och ingrepp, och på så sätt kunna ”veta” hur ont patienterna förväntades ha. Sjuksköterskorna menade på att de hade en viss förförståelse kring patienternas smärtintensitet efter ett visst ingrepp. Där patienternas smärta höll sig inom ramen för den förväntade postoperativa smärtan var detta acceptabelt för sjuksköterskan, dock menade de på att det inte alltid var en tillförlitlig metod att påverkas av förutfattade meningar. Vissa sjuksköterskor använde sig av denna förförståelse kring smärtan för att på så sätt veta om patienterna under- eller överskattade sin smärta, sjuksköterskorna menade på att denna kunskap var överordnad patientens egen berättelse kring smärta. Även ytterligare studier av Blondal och Hallorsdottir (2008) samt Richard och Hubbert (2007) påpekade hur svårt sjuksköterskorna hade att lägga sina egna värderingar, förförståelse och subjektiva åsikt åt sidan vid smärtbedömningen, dock upplevdes det av sjuksköterskan som nödvändigt för att ge en rättvis bedömning. Tvivel uppstod oftast i samband där patienten hade oklar smärta eller där smärtan var okontrollerbar.

Sjuksköterskorna menade att patienternas egen berättelse kring smärtan endast skulle vara som komplement till sjuksköterskans förförståelse kring hur ont patienten hade, dock beskrev sjuksköterskorna att om patienterna uppvisade ett smärtbeteende eller om sjuksköterskan såg förändringar i patientens vitala funktioner så kunde patientens egen upplevda smärta väga tyngre än sjuksköterskans förförståelse kring den postoperativa smärtan (Richard & Hubbert, 2007). Där patienternas och sjuksköterskornas uppskattade smärtintensitet ej överensstämde, menade Harper et al, (2007) att sjuksköterskorna såg sig som experten på den postoperativa smärtan och att patientens upplevda smärta var sekundär.

Vissa sjuksköterskor ansåg att patienterna överdrev sin smärta genom sitt sätt att uttrycka smärta, de mest högljudda hade inte alltid mest ont utan de kunde vara de som istället var tysta som hade mest smärta. Sjuksköterskorna upplevde att de patienter som var för uppmärksamhetssökande inte alltid erbjöds den smärtlindring som patienten behövde utan sjuksköterskan ignorerade dessa patienter (Aziato & Adejumo, 2014; Lindberg & Engström, 2011; Shoqirat, 2015). Dock uttryckte sjuksköterskorna i studien av Harper et al, (2007) en grundtro till patienternas smärta, misstron hos sjuksköterskan ansågs istället var för att patienterna överdrev sin smärta för att få mer smärtlindring. I studien framkom även att sjuksköterskorna ofta trodde att patienterna över- eller underskattade sin smärta. De menade att faktorer såsom att patienterna inte förstod smärtskattningsinstrumenten eller där patienterna inte ville vara till besvär gjorde att patienten hade smärta som borde behandlas, fast och andra sidan menade man även på att vissa patienter överskattade sin smärta för att på så sätt kunna få erhålla extra analgetika. Även genus och kulturella skillnader togs upp som faktorer som kunde påverka under- samt överskattning av sin smärta.

Erfarenhet/Kompetens

I sina studier påpekade Powell och Davies (2012) samt Rejeh et al, (2009) att det fanns faktorer som påverkade sjuksköterskornas smärtlindring ifrån att vara optimal, dels menade de att det fanns en avsaknad av kunskap kring smärta och smärtbehandling hos sjuksköterskorna, men även att det är en brist under utbildningen. Detta medförde att sjuksköterskorna inte ville ta på sig ökat ansvar och utökade befogenheter när det gäller patienternas smärtlindring. Rejeh et al, (2009) påtalar även ytterligare faktorer som försvårade en optimal smärtlindring var hos patienter som hade missbruksproblematik i bakgrunden, sjuksköterskorna upplevde i dessa fall en påtaglig avsaknad av kompetens samt okunskap kring smärtbehandlingen.

Författarna till studien av Dihle et al, (2006) beskrev hur sjuksköterskornas syn på postoperativ smärtlindring skiljde sig åt, i studien framkom en diskrepans om vad sjuksköterskorna påtalade att de gjorde mot vad de egentligen gjorde, författarna betonade att sjuksköterskornas kunskapsnivå kring smärta och smärtbehandling måste öka för att en effektivare smärtlindring skall kunna uppnås. Utöver den teoretiska kunskap kring smärta sjuksköterskorna innehar kan de behöva förbättra sin smärtbehandling, detta kan göras genom att vägledas av en mer erfaren sjuksköterska. Medrzycka-Dabrowska, Dabrowski och Basinski (2016) identifierade även de problemområden som gör att den postoperativa smärtlindringen inte är optimal. De problemområden som framkom i studien utgjordes av sjuksköterskornas okunnighet att kunna mäta smärtintensitet, samt att de ej förstod användningen av smärtskattningsinstrumenten. Studien belyste även sjuksköterskornas tidspress samt att tiden ej fanns för att sitta ner hos patienterna som ytterligare hinder till en optimal smärtbehandling.

Trots tillit till patienternas upplevda smärta, misstrodde sjuksköterskorna i flera studier patienternas smärtskattning, detta var särskilt tydligt hos de mer erfarna sjuksköterskorna där deras smärtskattning av patienten ej överensstämde med patientens egen smärtskattning. Smärtbehandlingen blev lidande då den inte prioriterades och sjuksköterskorna var inte lika effektiva kring smärtbehandlingen, i studierna påpekades även att sjuksköterskor med längre erfarenhet hade lättare att lägga sin förförståelse åt sidan (Aziato & Adejumo, 2014; Richard & Hubbert, 2007).

Lindberg och Engström (2011) samt Richard och Hubbert (2007) beskrev att specialistsjuksköterskor som arbetar kliniskt främjade utvecklingen av sjukvården. I studien påpekades detta var en optimal läromiljö att utbyta kunskap samt erfarenhet kollegor sinsemellan. Sjuksköterskor med mindre erfarenhet rådfrågade ofta mer erfarna kollegor då de upplevde att de själva ej hade utvecklat förmågan att notera vitala förändringar hos patienten till smärta, de menade på att erfarna sjuksköterskor hade bättre förståelse för smärthantering och smärtbehandling.

I den postoperativa smärtbedömningen använde sig sjuksköterskorna av den ”kliniska blicken” som en stor del av den totala smärtbedömningen, genom observera patienten och dennes vitala parametrar kan sjuksköterskan notera patienters hållning, ansiktsmimik, ansiktsfärg, andningsmönster och känslor. Observationer och vitalparametrar som avviker ger sjuksköterskorna en hint om att patienterna hade smärta, i de fall patienterna hade svårt att förmedla smärta men upplevdes oroliga tolkade sjuksköterskorna det som om patienterna led av smärta (Lindberg & Engström, 2011). Även i studierna av Blondal och Hallorsdottir (2008) samt Richard och Hubbert (2007) menade sjuksköterskorna att den objektiva bedömningen är primär och den verbala skattningen sekundär.

Utbildning

I flertalet studier beskrevs sjuksköterskeutbildningen kring smärta som bristfällig (Abdalahim et al, 2010; Johnsen et al, 2015), detta beskrevs även i studien av Rejeh et al, (2009) utbildningen fokuserade för mycket på farmakologi och teknisk handhavande vid administrering. Sjuksköterskorna uttryckte en stark önskan om att få mer utbildning kring smärta och smärthantering under utbildningen för att på så sätt skaffa sig djupare kunskap om postoperativ smärta, fortlöpande utbildning samt reflektion kring patienternas behov ansågs nödvändigt.

Johnsen et al, (2015) påpekade i sin studie att det inte fanns tid för interna utbildningar kring postoperativ smärta då narkosläkare och kirurger inte hade tid att undervisa sjuksköterskorna på vårdavdelningarna. I studien framkom även läkarnas missnöje kring sjuksköterskornas bristande erfarenhet kring smärtbedömning och smärthantering. Dock visade studien av Abdalahim et al, (2010) att där införandet av ett utbildningsprogram kring smärthantering och behandling gjordes så ökade sjuksköterskornas kunskap kring smärta och man uppmärksammande en förbättring i sjuksköterskornas smärtdokumentation. I studien önskade sjuksköterskorna att det fanns ett ”smärteam” att vända sig till för att på så sätt höja vårdkvaliteten, men även för att kunna ge en etablerad och säker smärtlindring. Även i studien av Pogatzki-Zahn, Kutschar, Nestler och Osterbrink (2015) beskrevs en minskning av den postoperativa smärtan efter införandet av utbildningsprogram inom smärta.

Sjuksköterskans arbetsmiljö

Författarna i flertalet studier påpekade sjuksköterskorna hur de såg sig som patienternas beskyddare med viljan att ta ansvar för sina patienter. Genom att lindra patienternas lidande

upplevde sjuksköterskorna sitt yrke som meningsfullt. Sjuksköterskorna uttryckte yrkesstolthet (Aziato & Adejumo, 2014; Blondal & Hallorsdottir, 2009; Lindberg & Engström, 2011; Richard & Hubbert, 2007). Sjuksköterskorna i studien av Rejeh et al, (2009) uttryckte att där de misslyckades i patienternas smärtlindring ansågs som ett misslyckande i yrkesrollen. Sjuksköterskorna påpekade i flertalet studier att ambitionen fanns för att kunna smärtlindra patienterna. Hinder som uppmärksammades till effektiv smärtbehandling var den begränsade tillgången till medicinsk utrustning på vårdavdelningarna, läkemedel som ej fanns på avdelningarna och som sjuksköterskorna tvingades eftersöka på andra avdelningar på sjukhuset, samt till stor del en för låg personalbemanning. Dessa faktorer ledde till för hög arbetsbörda för sjuksköterskan för att kunna göra den postoperativa smärtbehandlingen så effektiv som möjligt (Abdalrahim et al, 2010; Aziato & Adejumo, 2014; Mahaffey et al, 2015).

I två av studierna påpekade sjuksköterskorna vikten av att finnas till, stötta och trösta patienterna när de har smärta, dock upplevde sjuksköterskorna att tiden var bristfällig och de kände sig otillräckliga. Sjuksköterskorna upplevde att tidsbristen orsakades av för många kringsysslor, vilket hindrar sjuksköterskan att kunna skaffa sig en helhetsbild av patienten. Sjuksköterskorna upplevde sig inte ha tid att lära känna patienterna (Lindberg & Engström, 2011; Rejeh et al, 2009). Manias et al, (2005) menade dock i sin studie att sjuksköterskan trots vetskapen om patientens postoperativa smärta kunde prioritera andra sysslor på avdelningen, patienternas postoperativa smärta nedprioriterades gentemot andra sysslor, såsom läkemedelsutdelning och omvårdnad av andra patienter. Ytterligare orsaker till att patienten får vänta uppmärksammas i flertalet studier till hög arbetsbörda, underbemanning samt tidspressen hos sjuksköterskorna. Tidsbrist gav en begränsad patientkontakt och utgjorde därmed ett hinder för effektiv smärtbehandling (Aziato & Adejumo, 2014; Rejeh et al, 2009; Shoqirat, 2015). Sjuksköterskornas ambition utgick alltid ifrån att smärtlindra patienterna med hög prioritet, de upplevde dock att det på grund av högt patientflöde inte kunde använda sig av sin kunskap gällande smärta (Abdalrahim et al, 2010; Blondal & Hallorsdottirs, 2008).

Sjuksköterskorna i studierna uttryckte ett behov av att utveckla riktlinjer samt ha gemensamma mål samt arbetssätt kring den postoperativa smärtlindringen (Abdalrahim et al, 2010; Aziato & Adejumo, 2014). Johnsen et al, (2015) beskrev dock att det fanns befintliga smärtprotokoll på vårdavdelningarna, men att de inte användes kontinuerligt. Detta styrktes även i studien av Medrzycka-Dabrowska et al, (2016), i den sistnämnda studien påpekade sjuksköterskorna även avsaknaden av rutiner och riktlinjer att luta sig emot för vad som är acceptabel smärtintensitet. I studien av Powel och Davies (2012) framkom ovilja hos både sjuksköterskor och läkare att ändra på sina yrkesroller och det ansvar de förde med sig, vilket försvårar en optimal smärtbehandling. Försök till att implementera nya rutiner som bland annat innefattade postoperativ smärta bemöttes av ovilja från båda yrkeskategorier.

Samarbetet mellan läkare - sjuksköterskor

Sjuksköterskorna upplevde ett undermåligt samarbete med läkarna i flertalet studier (Abdalrahim et al, 2010; Aziato & Adejumo, 2014; Blondal & Hallorsdottirs, 2008; Medrzycka-Dabrowska et al, 2016; Powell & Davies, 2012), då de inte fick gehör för sina synpunkter gällande patienternas smärtbehandling. Sjuksköterskorna upplevde att läkarna inte lyssnade på dem trots att de hade sett behovet av smärtlindring hos patienten och att detta skapade ett problem i samarbetet. Abdalrahim et al, (2010) visade även i sin studie att läkarna upplevde att sjuksköterskorna inte var tillräckligt kompetenta att bedöma samt ha åsikter kring patienternas smärta.

I flertalet studier (Lindberg & Engström, 2011; Rejeh et al, 2009; Shoquirat, 2015) uttryckte sjuksköterskorna att de upplevde att läkarna hade för mycket makt i förhållande till sjuksköterskorna och patienterna. Sjuksköterskan upplevde sig vara i beroendeställning och kände frustration när inte läkarna lyssnade på dem gällande patienternas smärtbehandling. Sjuksköterskorna upplevde även att läkarna inte var tillmötesgående vid rådgivning eller där sjuksköterskan hade synpunkter på dosändringar/preparatförändringar i patienternas smärtlindring. Dock upplevde sjuksköterskan i högre grad att där flertalet generella ordinationer fanns tillgängliga en ökad självständighet och viss makt att kunna påverka patienternas smärtbehandling.

Sjuksköterskorna upplevde i två studier (Abdalahim et al, 2010; Manias et al, 2005) att läkarna ofta har en tendens att ordinera för låga doser av smärtlindring att ge vid behov, samt att det inte fanns någon rutin eller kontinuitet kring smärtlindringen. Den postoperativa smärtbehandlingen styrdes till stor del av läkarna och hur de valde att prioritera smärtbehandlingen, man observerade även att sjuksköterskan var återhållsam och hellre gav en lägre dos än ordinerat. Studier av Blondal och Hallorsdottirs (2008) samt Leegard et al, (2011) påvisade även att sjuksköterskorna drog sig för att söka läkare, då patienterna hade mer smärta postoperativt än förväntat och ordinationen av smärtlindring behövde överskridas. Sjuksköterskorna upplevde ett obehag att argumentera mot läkarna kring patienternas smärtlindring. Powell och Davies (2012) beskrev att sjuksköterskorna istället föredrog att konsultera andra sjuksköterskor i frågan kring patienternas smärtbehandling. Sjuksköterskorna i studien av Medrzycka-Dabrowska et al, (2016) påpekar läkarnas ovilja att ordinera och föreskriva lämpliga analgetika till patienterna och att detta i synnerhet gäller de äldre patienterna.

Ett hinder i som framkom i tre av studierna (Leegard et al, 2011; Medrzycka-Dabrowska et al, 2016; Shoquirat, 2015) är hur sjuksköterskorna upplevde att patienterna hade ett högre förtroende till läkarna, detta medförde att de beskrev sin smärta olika för läkarna kontra sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna upplevde att detta påverkade patienternas följsamhet/villighet att efterfölja de omvårdnadsplaner sjuksköterskorna föreslog.

Samarbetet sjuksköterskor sinsemellan

Kommunikationen mellan sjuksköterskorna beskrevs som bristfällig i studien av Abdalahim et al, (2010). Sjuksköterskorna påpekade att utebliven dokumentation och smärtskattning, men även misstro av kollegors smärtskattning av patienterna utgjorde ett hinder för effektiv smärtbehandling. Sjuksköterskorna i Powell och Davies (2012) studie påpekade att det fanns samarbetsproblem sjuksköterskorna sinsemellan. Detta var särskilt tydligt vid specialistsjuksköterskors försök till att implementera förbättringsåtgärder för behandling av postoperativ smärta, förslagen mottogs med ovillighet att ta till sig nya riktlinjer/rutiner av övriga sjuksköterskor. En viss spänning fanns mellan de grundutbildade sjuksköterskorna och specialistutbildade sjuksköterskor, där de förslag till förändringar som specialistsjuksköterskorna föreslog mottogs med ovilja hos de grundutbildade sjuksköterskorna.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte eftersöktes och analyserades redan genomförda studier, för att stärka tillförlitligheten i litteraturöversikten och få så aktuell forskning som möjligt inom det valda området begränsades artiklarna att vara från år 2000 eller senare. Det breda tidsspannet

kan ses som en svaghet, då Forsberg och Wengström (2013) betonar att artiklar är en färskvara, artiklar bör alltså inte vara äldre än fem år. Dock upplevde författaren det svårt att enbart hitta artiklar som var inom tidsspannet 2011-2016, därav ökade författaren på tidsspannet. Merparten av artiklarna (13 stycken) som inkluderades är från 2010 och framåt, de övriga sex artiklarna inkluderades då de svarade på syftet och hade ett mycket intressant resultat. Behovet av litteraturöversikter är stort då det forskas i stor omfattning och en stor mängd artiklar publiceras, för att få en överblick inom ett valt område bildas en samlad resultatbild i litteraturöversikten där flera artiklar presenteras (Forsberg & Wengström, 2013). Till denna litteraturöversikt fanns det en stor mängd artiklar tillgängligt inom området postoperativ smärta ur ett sjuksköterskeperspektiv.

En annan lämplig metod istället för en litteraturöversikt hade varit att göra en intervju- eller en empiriskstudie som svarade på syftet, dock insåg författaren att tiden inte räckte till. En intervjustudie hade varit intressant att utföra då resultatet av intervjuerna hade kunnat mynna ut i ett förbättringsförslag om problem framkom, det hade även varit intressant att se om det var liknande faktorer som sjuksköterskorna såg som hinder i Sverige som sjuksköterskor i övriga världen. I litteraturöversikten finns studier inkluderade från länder runt om i världen, även en från Sverige inkluderades. Dock tror inte författaren att denna enda artikel riktigt speglar hur verkligheten ter sig för sjuksköterskorna i Sverige. En litteraturöversikt gör dock att perspektivet blir lite bredare än vid en intervjustudie då dessa oftast bara har några få personer inkluderade. Litteraturöversikter ger möjligheten att få en sammanställning av kunskapsläget inom valt ämne utifrån tidigare empirisk forskning. Författaren tror dock att en empirisk studie hade kunnat visa ett annat resultat, då resultatet i en empirisk studie baseras på forskarens egen tolkning av insamlade data.

Sökningen av artiklar till litteraturöversikten gjordes ett flertal gånger i databaserna PubMed och Cinahl, dessa databaser ansågs vara relevanta för sökning efter artiklar, då dessa databaser innehåller artiklar inom medicin och omvårdnad (Polit & Beck, 2012). Ytterligare databaser finns tillgängliga, men författaren ansåg att dessa databaser gav tillräckligt med material för en litteraturöversikt. Vid eftersökningen i databaserna gjordes begränsningen till att artiklarna skulle vara free fulltext, fem av de artiklar som författaren hittade gick ej att få tillgång till gratis. Detta kan ses som en svaghet då de artiklar som inte kunde skrivas ut på detta sätt föll bort som hade kunnat svara på litteraturöversiktens syfte.

Avsikten var från början att endast ta med kvalitativa artiklar. Dock gjorde författaren till denna litteraturöversikt undantag då 3 stycken kvantitativa artiklar kändes relevanta att ta med då det förstärker det resultat som framkommit i de kvalitativa artiklarna, detta stärker även trovärdigheten i litteraturöversikten (Forsberg & Wengström, 2013).

Ett stort antal abstract (262 stycken) lästes igenom, av dessa lästes 62 artiklar i sin helhet. Litteraturöversiktens resultat baseras på 19 stycken artiklar, varav 16 stycken är kvalitativa och 3 stycken är av kvantitativ karaktär. Där litteraturöversikter innehåller både kvalitativa och kvantitativa studier menar vissa att det kan vara en fördel för att man på så sätt kan studera problemen från olika perspektiv (Forsberg & Wengström, 2013). Då databaserna hela tiden uppdateras och det hela tiden inkommer nya artiklar hade författaren svårt att sluta söka artiklar vilket ledde till att ett stort antal artiklar genomlästes, författaren var rädd att förbise någon artikel av nyare datum som var relevant för litteraturöversikten.

I inklusionskriterierna valdes att patienterna skulle vara över 18 år då detta är en myndighetsålder i Sverige och man då anses vara vuxen, vid eftersök i PubMed fanns endast

begränsningar 19+ samt vid eftersökningar i Cinahl all adults. Dock har författaren till denna litteraturöversikt noga läst artiklarna för att utesluta patienter yngre än 18 år. Författaren var även noga med att materialet som inkluderades skulle vara primärkällor, författarens förutfattade åsikter lades åt sidan och ett kritiskt tänkande under hela arbetet har funnits. Författaren till litteraturöversikten har genom att tänka kritiskt - reflekterat, värderat och ifrågasatt det lästa materialet kunna göra egna bedömningar av det resultat som framkom i artiklarna. Författaren förutfattade meningar lades även dessa åt sidan för att ge möjlighet till en förståelse för vad författarna till artiklarna ville framföra i sina artiklar.

För att hitta rätt sökord provade sig författaren först fram med fritextsökningar vilket snabbt uteslöts då författaren fick ett stort antal sökträffar, författaren fick hjälp till att hitta sökord via lästa artiklar där deras sökord fanns angivet. Utifrån problemformuleringen formulerades sedan sökorden och avgränsades för att svara till syftet. Några av sökorden togs bort för att de inte svarade på syftet. När syftet och problemformuleringen till litteraturöversikten var bestämt, genomförde författaren sökningar med valda sökord. För att kombinera de olika sökorden användes booleska sökorden AND och OR, men även för att begränsa antalet sökträffar till ett hanterbart antal att läsa igenom. Alla sökord kombinerades inte med varandra, vilket skulle kunna utgöra en brist i litteraturöversikten, med fler kombinationer av sökorden hade litteraturöversikten möjligtvis varit mer heltäckande.

Artiklarna är från olika delar av världen vilket även det kan ses som en styrka, då det framkommer ungefär liknande faktorer som påverkar sjuksköterskan oavsett vart man arbetar som sjuksköterska. Artiklarna har översatts till svenska och bearbetats av författaren för att sedan sorteras in under olika teman som sedan kom att bilda denna litteraturöversikts resultat. En svaghet i litteraturöversikten kan vara att författaren valde att exkludera artiklar som var skrivna på annat språk än engelska, denna exkludering berodde främst på att författaren inte känner sig bekväm med de artiklar som hittades på spanska och italienska. Dessa artiklar hade behövts översättas av tredje person vilket författaren inte kände sig bekväm med, då detta är översättarens tolkning som råder, då författaren inte alls behärskar språket skulle författaren inte ha någon möjlighet att kontrollera om översättaren faktiskt har översatt korrekt. Enligt Forsberg & Wengström (2013) bör studier endast innefatta de språk som författaren behärskar. En begränsning av författarens språkkunskap kan ha bidragit till att artiklar med god kvalitet exkluderades.

Resultaten från samtliga artiklar visar på ungefär samstämmigt resultat vad som utgör hinder för en effektiv postoperativ smärtlindring, detta kan ses som en styrka i trovärdighet till litteraturöversikten. Artiklarna till litteraturöversikten granskades enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats (Berg et al, 1999; Willman et al, 2011) – (se bilaga 2), enbart artiklar med kvalitets grad I eller II inkluderades till litteraturöversikten då kvalitetsgrad III av författaren ansågs ha för låg kvalitet. De som klassificerades som kvalitets grad II låg på gränsen till grad I, osäkerheten hos författaren gjorde då att dessa klassificerades som kvalitets grad II, detta kunde vara oredovisat eller stort bortfall samt liten mängd deltagare. I de artiklar som inkluderades var dock metod och resultatdel av god vetenskaplig kvalitet att inkluderas i litteraturöversikten samt utgick från sjuksköterskors perspektiv.

Författaren till denna litteraturöversikt önskar i efterhand att en jämförelse endast hade gjorts i Skandinavien, arbetssättet skiljer sig visserligen åt, även ansvaret samt utbildning. En mer avgränsad litteraturöversikt hade troligtvis speglat de problem vi har i Sverige. Från början

var tanken att enbart inkludera artiklar från Sverige, dock blev artiklarna vid fritextsökningen av äldre datum och motsvarade inte helt syftet till litteraturöversikten, varvid författaren valde att inkludera från världen över. Författaren upplevde dock att det fanns många likheter i de hinder som beskrevs i artiklarnas resultat oavsett vart i världen sjuksköterskan arbetar.

Ett analysarbete kan färgas av författarens förförståelse och egna åsikter vilket kan komma att påverka resultatet, för att stärka tillförlitligheten kan det vara av vikt att låta andra granska de kategorier som framkommer under resultatdelen. Under hela processen genom skrivandet är det viktigt att reflektera omkring sitt egna synsätt och ha ett kritiskt tänkande vid tillvägagångssättet (Friberg, 2012). Kategorierna har granskats av utomstående och har genom skrivandet erhållit handledning vilket resulterat i konstruktiv kritik, detta anser författaren stärka litteraturöversiktens verifierbarhet. I analysdelen har författaren tagit hjälp av andra personer som är insatta i forskning och som hjälpt författaren att kritiskt granska de kategorier som framkommit. Under hela analysprocessen försökte författaren att hålla objektivitet till materialet där artiklarna lästes igenom så förutsättningslöst som möjligt, dock upplevde författaren stundtals under arbetets gång, svårigheter att inte färgas av sin förförståelse vid tolkningen av texterna. De gånger svårigheterna upplevdes läste författaren återigen om resultatet och hade en diskussion med utomstående kollegor för att få ett annat perspektiv på det ansedda och där författaren hade en förutfattad mening. Detta hjälpte författaren att få ett annat perspektiv på det resultatet i artikeln speglade. Forsberg och Wengström (2013) påpekar att tolkningen av insamlad data alltid är beroende av den förförståelsen eller det perspektiv författaren har att utgå ifrån. Litteraturöversiktens resultat hade med största sannolikhet blivit annorlunda där någon annan författare hade utfört analysmetoden då dessa författare hade kondenserat och kodat artiklar efter sin egen förförståelse.

Ett noggrant beskrivet analysarbete ökar tillförlitligheten till litteraturöversikten, analys av text görs till primärkälla och textmassan får varken vara för stor eller för liten då information då kan komma i skymundan eller gå förlorad. I analysmetoden till denna litteraturöversikt har författaren läst igenom artiklarna flertalet gånger, under analysmetoden utkristalliserade sig flera olika viktiga teman/kategorier inom varje artikel. De gånger resultatet har varit svårtolkat eller där författaren helt enkelt inte har förstått innebörden av texten i artiklarna då författaren inte har engelska som modersmål, togs hjälp av tredje person med engelska som modersmål. I Forsberg och Wengström (2013) ses detta som en styrka då det inte enbart är författarens tolkning av textenheten utan faktiskt konkret översättning av engelsktalande person. När artiklarna hade genomlästs blev nästa steg kondensering samt kodning av det som framkommit i artiklarna, kategorier bildades och författaren kodade varje artikel med olikfärgade post-it lappar där kategorier och subkategorier framkom. Likheter i artiklarna kodades med samma färg. I nästa steg jämfördes de skillnader och likheter som hade framkommit i artiklarna vilket sedan underlättade för författaren att sammanställa de kategorier som sedan sammanställdes i litteraturöversiktens resultatdel.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning och behandling av postoperativ smärta. Resultatet har påvisat flera faktorer som kan effektivisera den postoperativa smärtlindringen. I de artiklar som inkluderades till resultatet upplevde författaren till denna litteraturöversikt att det generellt fanns en röd tråd där sjuksköterskorna upplevde liknande hinder till effektiv smärtbehandling, bristande samarbete, underbemanning samt obefintliga eller bristande följsamhet till de rutiner gör det svårt för sjuksköterskan att kunna vårda patienter med postoperativ smärta på ett optimalt sätt. Vidare i resultatet påvisades hur sjuksköterskans attityd, kunskap samt tidigare erfarenhet

kring smärta påverkar smärtbedömningen samt behandlingen kring den postoperativa smärtlindringen.

Vid genomläsning av artiklar inför inkluderande till litteraturöversikten påpekades i flertalet studier hur patienterna i dagens samhälle är mer medvetna kring sin egen hälsa och söker information kring sitt hälsotillstånd. I studien av Manias et al, (2005) beskrivs hur patienterna ville vara delaktiga i sin vård och man pratade om empowerment där patienterna krävde delaktighet i sin behandling. Patienterna vill själva kunna påverka och behöver på så sätt mer information vilka möjligheter som finns i smärtbehandlingsväg. Information skapade trygghet för patienten och det visade sig i studier att där information gavs innan ingreppet så hade patienterna högre tolerans mot smärta (Manias et al, 2005; Rejeh et al, 2009). Dock menar författaren till litteraturöversikten att det är viktigt att ge patienterna fortlöpande information gällande den postoperativa smärtan under hela vårdtiden. I en studie av Ekwall (2013) som gjordes på en akutmottagning, menade patienterna på att där information dröjer eller inte ges skapar oro och ångest. Patienterna ville vara delaktiga i sin vård såsom också sker vid personcentrerad vård. Författaren till litteraturöversikten menar på att det är viktigt för sjuksköterskorna att göra patienterna delaktiga för på så sätt kunna förbereda dem på bästa sätt, där en av faktorerna är att informera patienten.

I studien av Ekwall (2013) påvisades att patienternas oro minskade där sjuksköterskan och patienten hade en effektiv kommunikation, sjuksköterskorna i studien menade på att det var viktigt att bekräfta patienternas smärta samt oro, vilket ledde till att patienterna kände sig sedda och skapade ett förtroende för sjuksköterskorna. Även tidigare forskning har visat att där patienterna känner sig bekräftade och delaktiga, upplever en mer effektiv smärtlindring (Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2006). Författaren till denna litteraturöversikt menar att kommunikationen är av vikt då sjuksköterskan kan observera tecken till smärta men även kunna ha en dialog med patienten kring smärtan och patientens upplevda situation. Patienterna kan därmed bekräfta eller dementera det som sjuksköterskan antar/tror sig veta.

När sjuksköterskorna väljer att arbeta utefter den personcentrerade vården görs patienten mer delaktig och patienten upplever en ökad trygghet (Doss, DePascal & Hadly, 2011), i sitt yrkesutförande bör sjuksköterskorna visa respekt för patienternas integritet, sårbarhet, värdighet samt självbestämmande vilket leder till att patienterna känner tillit, hopp och menighet. Price (2006) menade på att vårdrelationen styrs av sjuksköterskans sociala kompetens där intresse och viljan att lära patienten är viktiga delar för en god vårdrelation. Flera studier i resultatet påpekar hur en god vårdrelation underlättar för sjuksköterskorna att få en ökad förståelse för patienternas smärta och man menar på att den goda vårdrelationen anses nödvändig för en god postoperativ smärtbehandling (Blondal & Hallorsdottir, 2008; Rejeh et al, 2009).

En stor del av vården utgår idag ifrån att vara sjukdomscentrerad, men för att göra patienterna mer delaktiga krävs att vården personcentreras där inte längre sjuksköterskan skall vara experten utan att patienten skall ses som expert. Genom att arbeta utefter personcentrerad vård anpassas vården till att utgå ifrån patienternas vårdbehov, fokus läggs nu istället på de resurser patienten innehar istället för som vid tidigare synsätt där patienterna betraktades utifrån sin sjukdom eller funktionshinder. För att öka vårdkvaliteten och patientnöjdheten är det av vikt att vården blir mer evidensbaserad men även mer personcentrerad, detta görs genom att sjuksköterskan tar hänsyn till patienternas önskningar och förväntningar, samt bevarar dennes integritet och värdighet såsom vid personcentrerad vård (Muntlin et al, 2006). Där arbetet bedrivs enligt personcentrerad vård minskar missnöjet hos patienterna, patienterna upplever

istället att de uppmärksammas, får information gällande sin hälsosituation och känner att det får vara delaktiga i sin behandling, detta styrks även i studien av Bertakis och Azari (2011).

Akut postoperativ smärta på sjukhuset är ofta underbehandlad, där följsamheten kring behandlingsrekommendationerna inte efterföljs. Sjuksköterskorna prioriterade andra sysslor än smärta högre (Strohbecker et al, 2004). I studien av Rejeh et al, (2009) diskuterades otillräckliga resurser samt underbemanning som faktorer som ledde till sämre postoperativ smärtlindring. Dock menade Powell och Davies (2012) att där sjuksköterskorna gör regelbundna smärtbedömningar leder detta till förbättrad smärtlindring. Författaren till denna litteraturöversikt anser att sjuksköterskan genom att ta sig tiden att observera patienten (kliniska blicken) samt lyssna på patienten och sammanväva detta möjliggör en bra smärtbedömning. Faktorer påverkar smärtbedömningen, dock väger patientens ord kring smärta högt samt vad sjuksköterskans objektiva bedömning. I resultatet framkom att sjuksköterskorna bedömde den verbala kommunikationen som den mest pålitliga faktorn för smärtbedömning (Richard & Hubbert, 2007). Harper et al, (2007) betonade dock i sin studie att det var viktigt att sjuksköterskorna behandlade varje patient individuellt, många sjuksköterskor såg sin erfarenhet och kunskap som överordnad patientens egen redogörelse av smärtan, detta fråntar patienten dennes rätt till att vara expertis på sin egen hälsosituation såsom vid personcentrerad vård.

I några av studierna upplevdes smärtlindringen som inadekvat hos patienterna trots att det i dagsläget för det mesta finns klara riktlinjer för smärtbehandling och smärtbedömning (Dolin et al, 2002; Joelsson et al, 2010; Svensson et al, 2000). Det är viktigt att effektiv postoperativ smärtlindring efterföljs då det annars kan leda till inskränkningar i patientens vardag såsom försämrad livskvalité. Sjuksköterskorna bör alltid utgå ifrån att patienterna lider av smärta om de påtalar detta och utifrån detta tolka och besluta kring patientens smärtlindring (Bergh, Gunnarsson, Allwood, Oden, Sjöström & Sten, 2005). I studien av Muntlin et al, (2006) påpekades dessutom att patienterna upplevde en sämre vårdkvalité när sjuksköterskan inte visade intresse för patienternas individuella behov. Sjuksköterskorna bör för att få en sådan effektiv smärtbehandling som möjligt alltid utvärdera den givna smärtlindringen, detta styrks i studien av Dihle et al, (2006) som betonar vikten av att alltid utvärdera patientens smärta både innan och efter given analgetika. Tidsbrist ses som en av orsakerna till att sjuksköterskorna inte prioriterar smärtbedömningen av patienterna, de prioriterar andra sysslor före bedömningen och upplever stress över att inte hinna sätta sig ner och förstå patienten och dennes behov (Aziato & Adejumo, 2014; Rejeh et al, 2009; Shoqirat, 2015).

Sjuksköterskors attityd, tidigare erfarenhet samt kunskap påverkar smärtbedömningen och smärtbehandlingen, för att kunna ge en sådan effektiv smärtbehandling som möjligt är det även viktigt att sjuksköterskorna har kunskap om att synsättet kring smärta skiljer sig åt mellan kulturer och att det även kan finnas skillnader i smärtbeteende mellan könen (Harper et al, 2007). I dagens mångkulturella samhälle kommer sjuksköterskorna ofta i kontakt med människor från olika kulturer, där patienterna har olika synsätt på vad som är acceptabel smärta. I vissa kulturer är det godtyckligt att öppet visa sin smärta när det inom andra kulturer är hedervärt att inte visa sin smärta (Hanssen, 2007). Författaren till denna litteraturöversikt menar på att det lätt kan uppstå kommunikationssvårigheter då språkförbistringar uppstår och att detta kan vara en bidragande orsak till sjuksköterskans felbedömning (under-/överskattning) av patienternas smärta, men även att sjuksköterskan bör ha kunskapen att patienterna upplever smärta olika och att kulturella skillnader även kan påverka hur patienten uttrycker smärta. Patienterna skall inte behöva drabbas av sjuksköterskornas fördomar kring postoperativ smärtbehandling, och därigenom få ett ökat lidande när inte smärtlindring ges. I

studien av Richard och Hubbert (2007) påpekar sjuksköterskorna svårigheten att inte färgas av sina egna uppfattningar kring smärta. Sjuksköterskorna menade att det var svårt att lägga fördomarna åt sidan och lita på vad patienterna uttryckte. I studien av Svensson, Sjöström och Haljamäe (2000) påpekades hur sjuksköterskorna ofta bedömde patienterna efter tidigare erfarenheter av liknande situationer, detta menar författaren till denna litteraturöversikt inte sätter patienten i fokus och som även styrks i studien av Richard och Hubbert (2007) att bedömningen bör utgå ifrån ett helhetsperspektiv med ett holistiskt synsätt som utesluter andra faktorer som kan påverka smärtbedömningen.

I resultatet framkom att sjuksköterskans erfarenhet har betydelse vid bedömning samt hantering kring postoperativ smärtlindring (Lindberg & Engström, 2011; Rejeh et al, 2009; Richard & Hubbert, 2007). I en studie av Zalon (1993) menade författaren på att de sjuksköterskor som hade jobbat mellan sex och tio år skattade den postoperativa smärtan närmast patientens egen skattade smärta. Detta styrks även i Patricia Benner (1993) utvecklingsprocess där hon menar att den nyutbildade sjuksköterskan genomgår olika processer för att skaffa sig erfarenhet från kliniskt arbete. Dock visade Zalon (1993) att sjuksköterskan med lång erfarenhet kring postoperativa smärtskattning inte alltid överensstämde med patientens egna skattade smärta, Zalon (1993) menade att den mer erfarna sjuksköterskan hade lättare att låsa sig kring sin förförståelse kring vissa patientgrupper och tidigare erfarenhet kring smärtbedömning. Författaren till denna litteraturöversikt anser att sjuksköterskorna inte bör fastna i ett gammalt invariant mönster eller som nyutbildad sjuksköterska ta efter felaktiga vanor/beteenden är det viktigt att vården som utförs skall vara evidensbaserad. Författaren till litteraturöversikten upplever vidare att sjuksköterskor genom sin erfarenhet har lättare att bekräfta patienterna och på så sätt inge förtroende, möjligtvis även känna högre empati till patienternas upplevda smärta. Sjuksköterskornas erfarenhet kan även bidra till en ökad trygghet hos både patienterna men även mindre erfarna kollegor. I resultatet framkom att det är viktigt med fortlöpande utbildning/kompetensutveckling samt att sjuksköterskorna som vårdar patienter med postoperativ smärta har relevant och aktuell kunskap kring postoperativ smärtbehandling (Blondal & Hallorsdottir, 2009).

Sjuksköterskornas roll är att bedöma patienternas upplevda smärta vilket kan vara en mycket komplex uppgift. För en sådan optimal smärtbehandling som möjligt måste sjuksköterskorna eftersträva att följa de riktlinjer, mål och behandlingsregim som idag finns. Sjuksköterskorna har en huvudposition i patienternas postoperativa smärtbehandling och bör ha intresset att hålla sig uppdaterad kring rekommendationer och nya riktlinjer (Haynes & Gordon, 2015). Under sjuksköterskeutbildningen upplevdes en bris på kunskap kring postoperativ smärta som påtaglig (Abdalrahim et al, 2010). Samma studie visade även att där utbildning faktiskt gavs så ökade sjuksköterskans kunskap kring smärta och man såg bland annat positiva effekter på dokumentationen kring smärta.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) menar på att vårdgivare skall arbeta aktivt för att minska vårdskador, med vårdskador menas komplikationer och skador som drabbar patienten inom vården och som hade kunnat undvikas genom att åtgärder hade vidtagits. Till en av de vårdskador som kan uppstå räknas smärta, därigenom kan en god och effektiv postoperativ smärtlindring minska antalet patienter som drabbas samt förhindra att dessa skador uppstår. En omprioritering bör ske i organisationen där postoperativ smärta bör prioriteras högre. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor av svensk sjuksköterskeförening (2017), påtalas att sjuksköterskorna alltid kritiskt skall granska och reflektera över de rutiner och metoder som används samtidigt som argumentation skall tas för ny kunskap. När inte riktlinjer efterföljs blir smärtbehandlingen inadekvat och av sporadiskt karaktär (Hawtorn & Redmond,

1998; Rawal, 1999; Werner & Leden, 2010). Följsamhet bör ske kring riktlinjer då det kvalitetssäkrar vården och besparar sjuksköterskornas tid, dock påpekar Dihle, Bjøseth och Helseth (2006) att följsamheten till riktlinjer är låg. Författaren till litteraturöversikten menar på att det ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter att smärt bedöma patienterna och att riktlinjer bör efterföljas då det är framtaget för att kvalitetssäkra vården. Bedömning av patientens smärtintensitet bör göras både före och efter given analgetika.

I studien av Manias et al, (2004) påpekades hur sjuksköterskan en stor del av sin tid försöker att identifiera lämpliga strategier för den postoperativa smärtlindringen, dessutom bör smärtlindringen inriktas till att vara förebyggande för att patienten skall uppleva så hög smärtfrihet som möjligt. I resultatet framkom dock att smärtbehandlingen blev ineffektiv där kommunikationen med läkarna och sjuksköterskorna var bristfällig, dessa hinder utgjordes av brist på ordinationer eller där sjuksköterskan kände sig maktlös gentemot läkarnas bestämmanderätt i patientens smärtlindring (Abdalahim et al, 2010; Blondal & Halldorsdottir, 2009). Övriga hinder som uppdagades var när läkemedel inte finns tillgängliga på avdelningen eller annan medicinteknisk utrustning behövde hämtas på andra avdelningar (Abdalahim et al, 2010). Flera studier visade även att sjuksköterskorna upplevde att de var underbemannade på vårdavdelningarna, detta problem verkar vara något sjuksköterskorna upplever världen över (Abdalahim et al, 2010; Rejeh et al, 2009). Studier visar att konsekvenserna av att sjuksköterskorna är underbemannade är att andra sysslor prioriterades och leder till bristfällig dokumentation och smärtlindringen blir lidande (Abdalahim et al, 2010; Aziato & Adejumo, 2014; Mahaffey et al, 2015).

Sjuksköterskorna i Powell och Davies (2012) studie påpekade att det fanns samarbetsproblem sjuksköterskorna sinsemellan och att en viss spänning fanns mellan de grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskorna, där bland annat de förslag till förändringar som specialistsjuksköterskorna föreslog mottogs med ovilja hos de grundutbildade sjuksköterskor. I studien beskrevs hur sjuksköterskorna var måna om sin profession och att det både fanns en ovilja till lära sig nya arbetsuppgifter, men även ett visst motstånd att lära ut nya arbetsuppgifter med rädsla för att arbetsuppgiften kunde gå förlorad för den ena parten. Spänningar mellan sjuksköterskorna som uppstod verkade grunda sig i en rädsla för att utmana någon av parternas kompetens. Författaren till litteraturöversikten menar på att om spänningar mellan sjuksköterskor uppstår så påverkar det vårdkvaliteten, sjuksköterskan bör med sin kunskap kring postoperativ smärta kunna vara så professionell i sin roll så att patienten inte skall bli lidande för att det finns en rädsla att någon av parternas kompetens utmanas.

Vidare menar författaren till denna litteraturöversikt menar på att en god arbetsmiljö skapar bättre förutsättningar för sjuksköterskorna att känna sig tryggare i sitt yrkesutövande, där arbetsmiljön är god menar författaren på att även risken för utbrändhet minskar. Arbetsmiljön bör anpassas till att samordnas där läkemedel behövs hämtas, kanske kan en person eftersöka och hämta de läkemedel som saknas istället för att alla sjuksköterskor letar och lämnar avdelningen. Författaren menar även på att den ovilja som framkom i resultatet att implementera nya rutiner är ett hinder till att kvalitetsutveckla vården.

Slutsats

I den postoperativa smärtbedömningen har sjuksköterskan en viktig funktion. För en så optimal och effektiv smärtbehandling som möjligt är det viktigt med en god kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten. Sjuksköterskan bör ge patienten information för att på så sätt kunna förbereda patienten att smärta efter ingrepp är naturligt. Patientens har även rätt

att vara delaktig kring sin behandling vilket också görs vid personcentrerad vård. Att lindra patienternas lidande kan vara en komplex uppgift för sjuksköterskorna, sjuksköterskorna upplever ofta att de inte har tillräckligt kunskap kring postoperativ smärta och att detta är något sjuksköterskan får av erfarenheten då detta är en bristvara under utbildningen. För att öka sjuksköterskornas bristande kunskap till att göra adekvata smärtbedömningar är det önskvärt med regelbundna utbildningar samt aktuella riktlinjer som efterföljs. När sjuksköterskorna arbetar utefter en personcentrerad vård främjas utvecklingen från att vara sjukdomsorienterat till att istället vara individorienterat. Individens behov sätts i centrum och patientens egen syn på vad som är livskvalité och god hälsa ställs i fokus. Vidare forskning verkar vara nödvändig då resultatet påpekar att patienter lider i onödan, trots att det finns rutiner och riktlinjer.

Klinisk tillämpbarhet

Studiens resultat och diskussionsunderlag kan användas för att beskriva sjuksköterskornas bristande smärtbehandling, vilket gör att patienterna lider i onödan. Resultatet visade att sjuksköterskorna inte har tillräcklig kunskap kring postoperativ smärta efter avslutad sjuksköterskeutbildning, vilket resulterar i att sjuksköterskorna förlitar sig på sin egen smärtbedömning och erfarenhet av tidigare smärta än på patientens egen upplevelse av smärta. En förbättring kring den postoperativa smärtlindringen bör prioriteras inom sjukvården och sjuksköterskorna bör säkerhetsställa att patienterna får god omvårdnad och en adekvat smärtlindring postoperativt. Vidare studier skulle även kunna göras för att optimera den postoperativa smärtlindringen utifrån ett individanpassat synsätt där patienterna har ökat inflytande kring sin vård såsom sker vid personcentrerad vård. Rutiner och följsamhet till de mål och riktlinjer kring postoperativ smärta bör efterföljas eller snarast implementeras där de saknas. Sjuksköterskor som arbetar med postoperativ vård bör erhålla adekvat utbildning samt kompetenshöjning genom den senaste forskningen kring postoperativ smärta. Med kunskapsbaserade smärtbehandling där en effektiv smärtlindring prioriteras ses vinster både för patienten med minskat obehag samt tidig mobilisering men även för hälso- och sjukvården med minskade sjukvårdskostnader och kortare vårdtider.

REFERENSER

Abdalahim, M.S., Majali, S.A., Warren-Stomberg, M., & Bergbom, I. (2010). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*, 1-6. doi:10.1016/j.nepr.2010.11.016

Abdalahim, M.S., Majali, S.A., & Bergbom, I. (2010). Jordanian surgical nurses' experiences in caring for patients with postoperative pain. *Applied Nursing Research*, 23, 164-170. doi:10.1016/j.apnr.2008.06.005

Almås, H. (2011). *Klinisk omvårdnad*. (2:a uppl.). Liber: Stockholm.

Aziato, L., & Adejumo, O. (2014). The Ghanaian surgical nurse and postoperative pain management: A clinical ethnographic insight. *Pain Management Nursing*, 15(1), 265-272. doi:10.1016/j.pmn.2012.10.002

Bardiau, F-M., Taviaux, N-F., Albert, A., Boogaerts, J-G., & Stadler, M. (2003). An Intervention Study to Enhance Postoperative Pain Management. *Anesthesia and Analgesia*, 96(1), 179-185.

Bauer, B.A., Cutshall, S.A., Anderson, P.G., Prinsen, S.K., Wentworth, L.J., Olney, T.J., Messner, P.K., Brekke, K.M., Li, Z., & Sundt, T.M. (2011). Effect on the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgical patients: a randomized study. *Alternative therapies in health and medicine*, 17(4), 16-23.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsområdet*. Lund: Studentlitteratur.

Bertakis, K., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239. doi:10.3122/jabfm.2011.03.1001

Bergh, I., Gunnarsson, M., Allwood, J., Oden, A., Sjöström, B., & Sten, B. (2005). Description of pain in elderly patients following orthopedic surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 110-8. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00331.x

Bergh, I., Jakobsson, E., Sjöström, B., & Steen, B. (2005). Ways of talking about experiences of pain among older patients following orthopedic surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 351-9. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03607.x

Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2897-2906. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x

Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.

- Dolin, S-J., Cashman, J-N., & Bland, J-M. (2002). Effectiveness of acute postoperative pain management. *British Journal of Anesthesia*, 89(3), 409-23.
- Doss, S., DePascal, P., & Hadly, K. (2011). Patient-nurse partnerships. *Nephrology Nursing Journal*, 38(2), 115-24.
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlen, J. (red). (2013) *Omvårdnad på avancerad nivå - Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekwall, A. (2013). Acuity and Anxiety from the patienten's perspective in the Emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 534-538. doi:10.1016/j.jen.2010.10.003
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fredheim, O-M., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustöen, T., & Borchgrevink, P. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Sykepleien Forskning*, 18, 1763-1767.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Good, M., Albert, J.M., Anderson, G.C., Wotman, S., Cong, X., Lane, D., & Ahn, S. (2010) Supplementing relaxation and music for pain after surgery. *Nursing research*, 59(4), 259-269. doi:10.1097/NNR.0b013e3181dbb2b3
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Harper, P., Ersser, S., & Gobbi, M. (2007). How military nurses rationalize their postoperative pain assessment decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 601-611. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04369.x
- Hawtorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta – Bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Hayes, K., & Gordon, DB. (2015). Delivering quality pain management: The challenge for nurses. *AORN Journal*, 101(3), 328-334. doi:10.1016/j.aorn.2014.11.019.
- Hjelpdahl-Sjøveian, A.K., & Leegard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmidvirkning i postoperativ smertebehandling?. *Sykepleien Forskning*, 4(7), 380-387. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0158
- Hui Yun, V., Abrishami, A., Philip., W., Peng, H., Wong, J., & Chung, F. (2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption. *Anesthesiology*, 111(3), 657-677. doi:10.1097/ALN.0b013e3181aae87a
- Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhjelms, J., & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nursing & Health Sciences*, 10(2), 131-6. doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00380.x.

International Councils of Nurses [ICN]. (2011). Code of Ethics for Nurses. Hämtad 15 December, 2015, ifrån: www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/ [2012-11-26]

International Association for the Study of pain [IASP]. (2011). Hämtad 5 December, 2015, ifrån: <http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Seefi....isplay.cfm&ContentID=178>

Joelsson, M., Olsson, L-E., & Jakobsson, E. (2010). Patients experience of pain and pain relief following hip replacement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2832-2838. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03215.x

Johnson, A., Mahaffey, R., Egan, R., Twagirumugababe., & Parlow, JL. (2015). Perspectives, perceptions and experiences in postoperative pain management in developing countries: A focus group study conducted in Rwanda. *Pain Research and Management*, 20(5), 255-260.

Klopper, H., Andersson, H., Minkkinen, M., Ohlsson, C., & Sjöström, B. (2006). Strategies in assessing postoperative pain – A south African study. *Intensive and Critical Care nursing*, 22(1), 12-21.

Larsson, O. (2007). Smärta. Grefberg, N. & Johansson, L-G, (Red.). *Medicinboken: vård av patienter med invärtes sjukdomar* (4:e uppl.). Stockholm: Liber.

Lauzon Clabo, L-M. (2004). Examining the role of social context in nurses' pain assessment practice with postoperative clients. *Dissertation Abstracts International*. Hämtad 10 december, 2015 ifrån: <http://search.proquest.com/docview/305154743>

Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A.W., & Rustøen, T. (2011). Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?. *Sykepleien Forskning*, 3(6), 254-261.

Leegaard, M., Watt-Watson, J., McGillion, M., Costello, J., Elgie-Watson, J., & Partridge, K. (2011). Nurses' educational needs for pain management of post-cardiac surgery patients – a qualitative study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), 312-320. doi:10.1097/JCN.0b013e3181f806bc

Linton, J-S. (2005). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Lindberg, J-O., & Engström. Å. (2011). Critical Care Nurses' Experiences: "A good Relationship with the Patient is a prerequisite for successful pain relief management". *Pain Management Nursing*, 12(3), 163-172. doi:10.1016/j.pmn.2010.03.009

Mackintosh, C. (2007). Assessment and management of patients with post-operative pain. *Nursing Standard*, 22(5), 49-55. doi:10.7748/ns2007.10.22.5.49.c4640

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

McCane, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An Exploration of Person-Centredness in Practice. *The Journal of Issue in Nursing*, 16(2). doi:10.3912/OJIN.Vo116No02Man01

- Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2004). Assessment of patient pain in the postoperative context. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 751-769. doi:10.1177/0193945904267699
- Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2005). Nurses strategies for managing pain in the Postoperative setting. *Pain Management Nursing*, 6(1), 18-29. doi:10.1016/j.pmn.2004.12.004
- Medrzycka- Dabrowska, W., Dabrowski, S., & Basinski, A. (2016). Perception of barriers to postoperative pain management in elderly patients in Polish hospitals – a multicentre study. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 1049-1059. doi: 10.1111/jonm.12405
- Molin, B., Lund, I., & Lundeberg, S. (2010). *Om smärta: ett fysiologiskt perspektiv*. (1:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identifications of areas for quality improvement. *Journal of Clinical nursing*, 15(8), 1045-1056. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x
- Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkele, A., & Niemi, T.T. (2007). Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management-Effekt of Preoperative Factors. *Pain Management Nursing*, 8(3), 122-129. doi:10.1016/j.pmn.2007.0503
- Nilsson, U., Unosson, M., & Kihlgren, M. (2006). Experience of postoperative recovery before discharge: patient s views. *Journal of perioperative care*, 2(3), 97-106.
- Pogatzki-Zahn, E., Kutschar, P., Nestler, N., & Osterbrink, J. (2015). A prospective multicentre study to improve postoperative pain: identification of potentialities and problems. *PLoS One*, 10(11), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0143508
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Powell, A.E., & Davies, H.T.O. (2012). The struggle to improve patient care in the face of professional boundaries. *Social Science and Medicine*, 75(5), 807-814. doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.049
- Price, B. (2006). Exploring person-centered care. *Nursing Standard*, 20(50), 49-56. doi:10.7748/ns2006.08.20.50.49.c4487
- Quality and Safety Education for Nurses [QSEN]. (2013). *Graduate KSAS*. Hämtad 15 December, 2015, ifrån: <http://qsen.org/competencies/graduate-ksas/>
- Rawal, N. (1999). *Postoperativ smärta – Behandling, kvalitetssäkring och organisation*. Lund: Studentlitteratur.

Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anoosheh, M. (2008). Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 274-281. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00619.x

Richards, J. & Hubbert, A.O. (2007). Experiences of Expert Nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 8(1), 17-24. doi:10.1016/j.pmn.2006.12.003

SFS 2010:659. *Patientesäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 11 januari 2016 ifrån: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientesakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Shoquirat, N. (2015). "We are nurses, they are doctors": Barriers to nurses' roles in pain management following surgery in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 21(2), 200-206. doi:10.1111/ijn.12240

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta volym 1 och 2*. Hämtad 11 november, 2016, ifrån: <http://www.sbu.se>

Socialstyrelsen (2009). *God vård – säker vård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 16 maj 2017 ifrån: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20v%C3%A5rd%20S%C3%A4ker%20v%C3%A5rd.pdf>

Sommer, M., de Rijke, J.M., van Kleef, M., Kessels, A.G., Peters, M.L., Geurts, J.M., Patijn, J., Gramke, H.F., & Marcus, M.A. (2010). Predictors of acute postoperative pain after elective surgery. *The Clinical journal of pain*, 26(2), 87-9. doi:10.1097/AJP.0b013e3181b43d68.

Strohbuecker, B., Mayer, H., Evers, G.C.M., & Sabatowski, R. (2005). Pain Prevalence in Hospitalized Patients in a German University Teaching Hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(5), 498-506. doi:10.1016/j.painsymman.2004.08.012

Svensk förening för anestesi och intensiv vård [SFAI]. (2010). Hämtad den 11 november, 2016 ifrån: <http://sfai.se/download-attachment/814/>

Svensk sjuksköterskeförening, (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 4 november, 2015 ifrån: http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016a). *Personcentrerad vård*. Hämtad 17 maj, 2017 ifrån: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016b). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 17 maj, 2017 ifrån: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 16 maj 2017 ifrån: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svenska läkaresällskapet – medicinska riksstämman (2014). Långvarig smärta - sjukvårdens vanligaste problem. Hämtad 28 december, 2015 ifrån: <http://www.sls.se/Riksstamman/Nyheter/Kronisk-smarta/>

Svensson, I., Sjöström, B., & Haljamäe, H. (2000). Assessment of pain experiences after elective surgery. *Journal of pain and symptom management*, 20(3), 193-201.

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningsed*. Hämtad 10 november 2015 ifrån: https://publikationer.vr.se/webbpdf/2011_01.pdf

Wadensten, B., Fröjd, C., Swenne, C.L., Gordh, T., & Gunningberg, L.(2011). Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 624-634. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03482.x.

Werner, M., & Leden, I. (2010). (Red). *Smärta och smärtbehandling*. (2:a uppl.). Stockholm: Liber.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

Zalon, L.M. (1993). Nurses' assessment of postoperative patients' pain. *Pain*, 54(3), 329-34.

Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet Klass
Abdalrahim, Majali, Warren- Stomberg & Bergbom (2010) Jordanien	<i>Nurse Education in Practice.</i> The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain	Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskans kunskap och attityder till smärta peri- samt postoperativt på ett universitetssjukhus i Jordanien, samt om inställningarna skulle förändras vid införandet av ett program kring smärtbedömning.	Kvantitativ metod Prospektiv studie Patientjournaler granskades i två olika faser, dels innan införandet samt efter införandet av utbildnings-Programmet. Sjuksköterskorna svarade på enkäter i två olika omgångar. Innan samt efter införandet av utbildningen.	N = 65 sjuksköterska N = 240 patient	Resultatet visade att efter införandet av ett utbildningsprogram kring smärthantering så ökade kunskapen om smärta hos sjuksköterskorna. Dokumentationen kring smärta förbättrades även efter utbildningsprogrammet. I studien framkom det att sjuksköterskorna önskade att kunde vända sig till ett "smärtteam" för att på så sätt kunna höja vårdkvalitet och ge en etablerad och säker smärtlindring.	I / P

BILAGA 1

<p>Abdarahim, Majali & Bergbom (2010) Jordanien</p>	<p><i>Applied Nursing Research.</i> Jordanian surgical nurse's experiences in caring for patients with postoperative pain.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av smärtbedömning omvårdnad postoperativt genom att ta reda på sjuksköterskans upplevelser.</p>	<p>Kvalitativ metod med hermeneutisk analys Ostrukturerade öppna intervjuer</p>	<p>N = 12</p>	<p>I resultatet framkom faktorer som sjuksköterskan upplevde som ett hinder i smärtbehandlingen: -<i>Bemötandet av patientens lidande</i> -<i>Skillnaden mellan den verkliga och ideala omvårdanden</i> -<i>Försummelse och missuppfattningar</i></p>	<p>I / K</p>
<p>Aziato & Adejumo (2014) Ghana</p>	<p><i>Pain Management Nursing.</i> The Ghanaian Surgical Nurse and Postoperative Pain Management: A Clinical Ethnographic Insight.</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskorna upplevde patienternas postoperativa smärta.</p>	<p>Kvalitativ metod Sjuksköterskor svarade på individuella semistrukturerade intervjuer. Tematiskt innehållsanalys</p>	<p>N = 12</p>	<p>I resultatet framkom tre olika kategorier: -<i>Individuell smärtupplevelse hos patienten</i> -<i>Individuella faktorer</i> -<i>Olika metoder av smärtlindring</i> Sjuksköterskorna såg på smärtan som något subjektivt. Hinder för effektiv smärtbehandling var främst organisatoriska faktorer såsom bristande samarbete och avsaknad av rutiner</p>	<p>II / K</p>
<p>Blondal & Halldorsdottir (2009) Island</p>	<p><i>Journal of Clinical Nursing.</i> The challenge of caring for patients in pain: from the</p>	<p>Syftet med studien var att öka förståelsen hur det är för sjuksköterskor att vårda patienter med smärta.</p>	<p>Kvalitativ metod Fenomenologisk ansats, ostrukturerade intervjuer</p>	<p>N = 10</p>	<p>I resultatet framkom att det är en stor utmaning för sjuksköterskan att vårda patienter med smärta och upplevelsen av hinder som försvårar smärtbehandlingen:</p>	<p>II / K</p>

BILAGA 1

	nurse's perspective				<p>-Sjuksköterskans smärtskattning</p> <p>-Moraliska dilemman</p> <p>-Kommunikationen med läkare.</p> <p>-Organisatoriska hinder</p>	
Dihle, BjØseth & Helseth (2006) Norge	<p><i>Journal of Clinical Nursing.</i></p> <p>The gap between saying and doing in postoperative pain management</p>	<p>Syftet var att förstå hur sjuksköterskor bidra till god postoperativ smärtbehandling i en kirurgisk miljö och identifiera hinder för att uppnå optimal postoperativ smärtlindring</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Deskriptiv ansats. Observation samt djupintervjuer, hermeneutisk analys</p>	N=9	<p>I ett av resultatets huvudteman framkom hur sjuksköterskans syn på postoperativ smärtlindring skiljer sig åt, det finns en diskrepans mellan vad sjuksköterskans säger att de gör mot vad de egentligen gjorde. Kunskapen kring smärta och smärtbehandling behöver öka hos sjuksköterskan. Sjuksköterskan skall vara empatiskt och kunna ha en empatisk kommunikation med de patienten denne vårdar. Information till patienten bristfällig. Sjuksköterskan behöver vägledning i sin yrkesroll av mer erfaren kollega. Hinder till optimal smärtbehandling: Oregelbunden smärtlindring och utvärdering av smärta samt otillräckligt smärtstillande patienter vid mobilisering. Sjuksköterskorna bör ha ett aktivt förhållningssätt gentemot patienterna, vilket tycks</p>	II / K

BILAGA 1

					förbättra patienternas postoperativa smärta och därmed höjs vårdkvalitén.	
Harper, Ersser & Gobbi (2007) England	<i>Journal of Advanced Nursing</i> . How military nurses rationalize their postoperative pain assessment decisions.	Syftet med denna studie var att undersöka hur sjuksköterskor inom det militära rationaliserar den postoperativa smärtbedömningen samt om denne skiljer sig från patientens upplevda smärta	Kvalitativ metod Sjuksköterskor som arbetade på militärsjukhus intervjuades med semistrukturerade intervjuer	N = 29	I resultatet framkom hur språk och kulturella skillnader försvårar kommunikationen, samt hur sjuksköterskan över samt underskattar patientens postoperativa smärta. Lättare för sjuksköterskan att acceptera patientens smärteaktion när den överensstämde med sjuksköterskans tidigare erfarenhet av liknande situationer.	II / K
Hjelpdahl-Sjöveian & Leegaard (2012) Norge	<i>Sykepleien Forskning</i> . Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirking i postoperative smertebehandling ?	Syftet med studien var att identifiera vilka faktorer sjuksköterskan använder för att smärt bedöma patientens postoperativa smärta samt hur sjuksköterskans tidigare kunskap kring smärthantering påverkar smärtbedömningen.	Kvalitativ metod Semistrukturerade djupintervjuer med sjuksköterskor	N = 10	I resultatet påvisades två faktorer som försvårar effektiv smärtbehandling: dels sjuksköterskans samarbete mellan sjuksköterska/patient, men även sjuksköterskans upplevelse av rutiner och dess följsamhet gällande smärtbehandling och mobilisering.	II / K
Johnson, Mahaffey , Egan, Twagirumugab	<i>Pain Research and Management</i> . Perceptions and experience in	Syftet med denna studie var att undersöka kunskapen kring postoperativ	Kvalitativ metod	N = 10	I resultatet framkom från de olika fokusgrupperna olika problemområden som gör att den postoperativa	I / K

BILAGA 1

e & Parlow (2015) Rwanda	postoperative pain management in developing countries: A focus group study conducted in Rwanda	smärtlindring och se vilka uppfattningar och vilka erfarenheter som finns kring postoperativ smärta	Två olika faser med en veckas mellanrum Semistrukturerade fokusgrupper		smärtbehandlingen ej är optimal: -Kunskap kring postoperativ smärtbehandling -Utvärdering av smärta -Efterföljsamhet kring riktlinjer/protokoll för smärtbehandling -Resursfördelning	
Leegaard, Husby, Berge & Rustöen (2011) Norge	<i>Sykepleien Forskning. Hvilke kunnskaper trenger sykepleire for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi</i>	Syftet med denna studie var att undersöka vilka kunskaper sjuksköterskan bör inneha för att kunna hjälpa patienterna att hantera sina smärtor efter hjärtkirurgi samt sjuksköterskans uppfattning kring smärta och smärtlindring.	Kvalitativ metod Fokusgrupper med semistrukturerade intervjuer Tematisk innehållsanalys	N=21	I resultatet av studien framkom det tre kategorier som är viktiga för optimal smärtlindring: -utvärdering av administrerad analgetika -kontinuerlig smärtskattning -rationalisera kring påståenden om smärta/ smärtbehandling.	I / K
Leegard, Watt-Wattson, McGillion, Costello, Elgie-Watson & Partridge (2011) Canada	<i>Journal of Cardiovascular Nursing. Nurses educational needs for pain management of post cardiac surgery patients.</i>	Syftet med studien var att identifiera sjuksköterskans behov av kunskap kring optimal smärtbehandling samt hur sjuksköterskan på bästa sätt skall kunna undervisa patienter under sjukhusvistelsen och inför utskrivning	Kvalitativ metod Deskriptiv ansats Fokusgruppintervju	N=22	I resultatet framkom de att patienternas ålder och kulturtillhörighet påverkade hur patienterna förmedlade och uttryckte sin smärta. Det framkom även hur viktigt det är att sjuksköterskan informerar patienten kring smärtlindring och dess positiva effekter.	I / K

BILAGA 1

Lindberg & Engström (2011) Sverige	<i>Pain Management Nursing. Critical Care Nurse's Experiences: " A Good Relationship with the patient is prerequisite for successful pain relief management</i>	Syftet med studien var att bedöma akutsjuksköterskans smärtbedömning samt smärtbehandling hos patienter med postoperativ smärta som vårdades på en intensivvårdsavdelning	Kvalitativ metod Semistrukturerade intervjuer	N = 6	I resultatet framkom fyra kategorier: -att som akutsjuksköterska förstå den enskilda patientens beskriva smärta -lyckad eller misslyckad smärtlindring -att lita på patientens smärtbeskrivning -påkalla läkarhjälp vid otillräcklig smärtbehandling Förespråkar alternativ smärtbehandling när farmakologisk smärtbehandling är otillräcklig	I / K
Mackintosh-Franklin (2014) England	<i>Pain Management Nursing. Registered nurses personal responses to postoperative pain: A descriptive qualitative study.</i>	Syftet med studien var att påvisa om sjuksköterskans attityder till postoperativ smärta har någon betydelse för den postoperativa smärthanteringen	Kvalitativ metod Semistrukturerade intervjuer	N = 16	Sjuksköterskorna ansåg att det var normalt/oundvikligt att patienterna hade smärta efter kirurgiskt ingrepp. Förförståelsen präglades utefter vilket ingreppet som genomförts samt tidigare erfarenheter hos sjuksköterskan. Endast problem om smärtan var svårkontrollerade eller utanför normen för normalt.	II / K

BILAGA 1

Medrzycka-Dabrowska, Dabrowski & Basinski (2016) Polen	<i>Journal of Nursing Management.</i> Perception of barriers to postoperative pain management in elderly patients in Polish hospitals – a multicenter study	Syftet var att få en uppfattning om hindren för postoperativ smärtbehandling i hos äldre patienter på polska sjukhus – en multicenter studie	Kvantitativ metod/ Kvalitativ metod Mixed metod Deskriptiv ansats med en kvalitativ innehållsanalys	N = 1602 (398) sjuksköterska	I resultatet framkom det problem som gör att den postoperativa smärtlindringen ej är optimal, dessa hinder kan delas in enligt följande kategorier: -Organisatoriska hinder -Läkarrelaterade hinder -Sjuksköterskerelaterade hinder -Patientrelaterade hinder	I/P/K
Manias, Bucknall & Botti (2005) Australien	<i>Pain Management Nursing.</i> Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting	Syftet med denna studie var att se hur sjuksköterskorna lyckades smärtlindra patienterna postoperativt, man ville även undersöka vilka strategier sjuksköterskan använde sig av för att smärtlindra patienten,	Studien är av både kvalitativ och kvantitativ metod Fältobservationer och individuella intervjuer.	N = 52 (24) sjuksköterska N = 316 (52) patient	I resultatet framkom hinder som finns för att patienten skall uppnå optimal smärtlindring, dels läkarrelaterade hinder men även hinder hos sjuksköterskan såsom följsamhet kring rutiner vid smärtlindring. Delaktighet och effektiv kommunikation är viktig del av vårdrelation. Prioritering av smärtbehandlingen.	I / P
Pogatzki-Zahn, Kutschar, Nestler & Osterbrink (2015) Italien	<i>PLoS ONE.</i> A prospective multicenter study to improve postoperative pain: identification of	Syftet med denna studie var att identifiera hinder kring den postoperativa smärtlindringen, men även identifiera	Prospektiv studie Designen på studien delades in i två faser: pretest och posttest.	Pretest N = 708 (460) Posttest N = 935 (481)	Resultatet visade en viss minskning av den postoperativa smärtan där intervention kring smärta har skett. Fördelar med ett perioperativt tvärvetenskapligt undervisningsprogram.	I / P

BILAGA 1

	potentialities and problems	faktorer för effektiv smärtbehandling.	Journalgranskning samt enkät till patienter		Det framkom att förbättring kring postoperativ smärta är möjligt, men fokus främst bör läggas kring patienter med smärta innan kirurgiska ingrepp.	
Powel & Davies (2012) Storbritannien	<i>Social Science and medicine</i> . The struggle to improve patient care in the fact of professional boundaries.	Syftet med studien var att undersöka vilka hinder som uppstår i samarbetet mellan specialistteam och annan sjukvårdspersonal gällande postoperativ smärta.	Kvalitativ metod Semistrukturerade djupintervjuer	N = 71	I resultatet framkom både läkare och sjuksköterskors ovilja att ändra sina yrkesroller och de ansvar de hade. Även ovilja till att implementera nya rutiner kring postoperativ smärta, vilket förhindrar kvalitetsutvecklingen inom vården.	I / K
Rejeh, Ahmadi, Mohammadi, Kazemnejad & Anoosheh (2009) Iran	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management.	Syftet med studien var att få en förståelse för sjuksköterskans uppfattning om vilka faktorer som påverkar den postoperativa smärtbehandlingen	Kvalitativ metod Semistrukturerade intervjuer	N = 26	I resultatet framkom faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbehandling för att vara optimal: -brist på utbildning -sjuksköterskans begränsade auktoritet -sjuksköterskans uppfattning om begränsad relation gentemot patienten.	I / K
Richard & Hubbert (2007) USA	<i>Journal of Clinical Nursing</i> . Pain Management Nursing -	Syftet var att få en bättre förståelse för specialistsjuksköterskans bedömning,	Kvalitativ metod Fenomenologisk ansats.	N = 3	I resultatet framkom hur sjuksköterskorna prioriterade smärtbehandlingen och såg patienten ur ett	II / K

BILAGA 1

	Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain.	hantering och omvårdnaden kring patienten postoperativt	Deltagarna intervjuades vid två tillfällen med öppna ostrukturerade intervjuer. Den andra intervjun syftade till att godkänna den första intervjun som hade skett		helhetsperspektiv och ansåg sig själva som patientens ”talesman”. Det ansågs även som en viktig faktor i sjuksköterskans smärtbedömning av patienten, att kunna lyssna till och lita på patientens ord, men även vara medveten om sina egna förutfattade meningar. Sjuksköterskorna ansågs sig kunna jobba relativt självständigt. I första hand användes icke farmakologiskt smärtbehandling men även farmakologiska.	
Shoqirat (2015) Jordanien	<i>International Journal of Nursing Practice</i> . “we are nurses, they are doctors”: Barriers to nurse’s in pain management following surgery in Jordan.	Syftet med studien var att påvisa de hinder som uppstår i sjuksköterskans roll i omvårdnaden vid postoperativ smärta.	Kvalitativ metod Fokusgrupper	N = 25	I resultatet framkom att sjuksköterskorna tyckte att patienterna sökte för mycket uppmärksamhet, sjuksköterskorna upplevde även anhöriga som ett störande moment med krav och okunnighet. Sjuksköterskorna klagade även på hög arbetsbörda och underbemanning, vilket resulterade i att man inte orkade ta hand om patienterna. Sjuksköterskans upplevde även att läkaren inte lyssnade på	II / K

BILAGA 1

					sjuusköterskorna samt att de hade för mycket makt.	
--	--	--	--	--	--	--

Källa. Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II =Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.

<p>Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</p>
---	--	----------	---

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Referenser

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).