

SJUKSKÖTERSANS SMÄRTBEDÖMNING POSTOPERATIVT

En intervjustudie

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 30 oktober 2017

Kurs: 48

Författare: Camilla Hartzell

Författare: Klara Lindqvist

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

SAMMANFATTNING

Bakgrund

På den postoperativa avdelningen övervakar sjuksköterskan smärtan hos de postoperativa patienterna. Smärta är ett subjektivt tillstånd och det ligger i sjuksköterskans roll att identifiera, förstå och lyssna till patientens smärtuttryck och smärtupplevelse. Det är viktigt att sjuksköterskan tar patientens smärtuttryck, både det verbala och det icke verbala uttrycket på allvar. Studier har visat att subjektiva tolkningar och tankar hos sjuksköterskor kan påverka smärtbedömningen i mötet med patienten. Vidare studier har visat att det verbala uttrycket av patientens smärta inte alltid tas på allvar.

Syfte

Syftet var att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt i mötet med patienten.

Metod

Studien har en kvalitativ design och genomfördes med hjälp av en halvstrukturerad intervjuform. Nio sjuksköterskor på postoperativa avdelningar inom Stockholms län intervjuades.

Resultat

Ur databearbetningen utvecklades tre huvudkategorier och sju underkategorier. Kategori ett berör sjuksköterskans tillit till patienten. Att lyssna och tro på patientens verbala uttryck samt när misstron skapar en utmaning i smärtbedömningen. Kategori två beskriver påverkande faktorer i sjuksköterskans möte med patienten där tidsfaktorn och mötets utformning har betydelse. Kategori tre beskriver sjuksköterskans roll både hur sjuksköterskans personliga och professionella roll påverkar smärtbedömningen.

Slutsats

Resultatet har visat att det finns ett flertal faktorer, positiva samt negativa, som har en påverkan på sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt. Sjuksköterskor bör ha kännedom kring att dessa faktorer finns och dess påverkan. Vår förhoppning är att sjuksköterskor blir uppmärksammade på dessa faktorer.

Nyckelord: Möte, Postoperativ vård, Sjuksköterska, Smärtbedömning, Vårdrelation

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Sjuksköterskans roll i mötet med patienten.....	1
Sjuksköterskans roll vid bedömning av smärta	2
Sjuksköterskans verktyg vid smärtbedömning	3
Smärta på postoperativ avdelning	4
Definition och klassifikation av smärta	5
Problemformulering	6
SYFTE	7
METOD	7
Val av Metod.....	7
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	13
Tillit till patienten.....	13
Sjuksköterskans möte med patienten	15
Sjuksköterskans roll.....	16
DISKUSSION	19
Resultatdiskussion	19
Metoddiskussion	20
Slutsats.....	21
REFERENSER	23

BILAGA A-D

BAKGRUND

En vanlig orsak till att människor söker vård är smärta (Linton, 2013). Inom hälso- och sjukvården är sjuksköterskan den som spenderar mest tid med patienter med smärta (Richards & Hubbert, 2007). Smärta, patientens lidande, är ett subjektivt tillstånd där sjuksköterskans uppgift är att identifiera, förstå samt lyssna till patientens smärtuttryck och smärtupplevelse (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Smärtbedömningen görs i mötet med patienten (Norrbrink & Lundeberg, 2014). Problematiken och svårigheten kring att göra en adekvat smärtbedömning är något sjuksköterskor på den postoperativa avdelningen möter var dag (Wikström, 2017). I sjuksköterskans smärtbedömning är det viktigt att ta patientens smärtuttryck, både det verbala och det icke-verbala uttrycket på allvar, vilket beskrivs som sjuksköterskans största utmaning inom smärtbedömning (Richards & Hubbert, 2007). En utmaning som sjuksköterskor beskrev i en kvalitativ studie (Hjelpdahl Sjøveian & Leegaard, 2012) var vid situationer då patienten angav en stark smärtupplevelse men samtidigt kunde sitta, äta och le utan att visa några fysiska tecken på smärta. Studier (Yildirim m.fl., 2015) har visat att subjektiva tolkningar och tankar hos sjuksköterskor kan påverka smärtbedömningen (Yildirim m.fl., 2015). Wikström (2017) beskriver hur sjuksköterskor gör smärtbedömningen utan att ta hänsyn till patientens verbala uttryck av smärta.

Patienten bör vara smärtfri på den postoperativa avdelningen för att reducera risken för vidare komplikationer och utveckling av långvarig smärta. Vikten av att identifiera faktorer som kan påverka smärtbedömningen postoperativt är därför av intresse (White & Kehlet, 2010).

Sjuksköterskans roll i mötet med patienten

Möte som begrepp beskrivs enligt Nationalencyklopedin (2017) som ett slumpvist möte med en annan människa, ett djur eller föremål. Mötet kan ses som ett tillfälle där människor delar verklighet, där bilden av oss själva och världen formas, på så sätt kan partnerskap uppnås (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016).

I vården möts människor; de som vårdas och de som vårdar (Dahlborg-Lyckhage, 2014). Mötet mellan sjuksköterskan och patienten kan inte som begrepp tillskrivas som ett slumpvist möte, eftersom mötet tillkommit på grund av patientens behov av vård (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Patienten är beroende av mötet med sjuksköterskan, då patientens egna berättelse om sitt tillstånd och sjuksköterskans bedömning ligger till grund för hur omvårdnaden utformas. Detta får inte förbises av sjuksköterskan då patienten är i en beroendeställning, därav behöver sjuksköterskan reflektera kring sin maktposition i mötet (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016).

Att möta patienten som sjuksköterska ställer krav på en beredskap att vilja förstå patienten. Sjuksköterskan bör vara en kritisk betraktare till både de inre och yttre faktorerna som kan påverka mötet. Till de inre faktorerna kan sjuksköterskans egna föreställningar, omedvetna normer samt maktposition tillräknas medan de yttre faktorerna kan tillskrivas hur vårdmiljön är utformad samt hur andra människor påverkar mötet (Dahlborg-Lyckhage, 2014).

Sjuksköterskan kan med olika faktorer påverka mötets form (Dahlborg-Lyckhage, 2014). Richards och Hubberts (2007) kvalitativa interjuvstudie beskriver hur sjuksköterskorna använde sin sjuksköterskeroll och sin erfarenhetsbaserade kunskap såsom medveten ögonkontakt, kroppshållning och närhet i sitt möte med patienten. I mötet med patienten beskrev sjuksköterskorna vikten av att lyssna till patientens berättelse, acceptera patientens verbala uttryck och se patienten ur ett helhetsperspektiv.

Vilken syn som sjuksköterskan har på patienten, och även andra attityder, påverkar mötet (Yildirim m.fl., 2015). Sjuksköterskans personliga attityd, åsikter, erfarenheter och vårdkultur kan enligt Allcock (1996) influera mötet. Även sjuksköterskans subjektiva tolkningar och tankar kan vara en utmaning (Yildirim m.fl., 2015). Ett möte innebär att visa respekt och engagemang (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Detta innebär att sjuksköterskans möte med patienten ska bygga på en helhetssyn där etnicitet, genus och mångfald inte har någon påverkan (Wijma, Smirthwaite & Swahnberg, 2010). Sjuksköterskan ska möta patienten med en öppenhet där varje patient är lika mycket värd (Friberg & Öhlen, 2014).

Sjuksköterskans roll vid bedömning av smärta

En del av sjuksköterskans roll innebär att möta patienten med ett öppet sinne (Friberg & Öhlen, 2014). Centralt i sjuksköterskans arbete ligger att skapa en vårdrelation (Dahlborg-Lyckhage, 2014). I svensk sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad (2016) beskrivs god omvårdnad som ett rum där sjuksköterskan skapar en öppen relation med patienten, så att patientens upplevelse av hälsa eller ohälsa identifieras och respekteras. För att uppnå partnerskap krävs det att patienten är välinformerad för att få en känsla av kontroll över vad som sker. Partnerskapet leder till ökad tillit hos patienten för sjuksköterskan vilket bidrar till minskad oro och rädsla samt reducerad upplevelse av smärtan (Dahlborg-Lyckhage, 2014).

Sjuksköterskans personliga attityd, åsikter, erfarenheter och kulturella faktorer är aspekter som kan influera sjuksköterskans smärtbedömning (Allcock, 1996). Sjuksköterskans tolkning av andras smärta kan påverkas utifrån sina egna erfarenheter och sitt eget omdöme (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). På den postoperativa avdelningen beskriver Richards och Hubbert (2007) att sjuksköterskans föreställning om smärta ofta är baserad på sjuksköterskans kunskap, tidigare erfarenheter, typ av kirurgi samt patientens ålder, kön, etnicitet och kultur. Subjektiva tolkningar och tankar hos sjuksköterskan kan påverka smärtbedömningen enligt Yildirim m.fl. (2015) där deras studie visar hur patienterna upplevde att sjuksköterskorna inte förstod deras smärta samt av att hälften av sjuksköterskorna inte trodde på patienterna när de klagade över sin smärta.

Smärta är ett subjektivt tillstånd där sjuksköterskans uppgift är att identifiera, förstå och lyssna till patientens smärtuttryck och smärtupplevelse (Norrbrink & Lundeberg, 2014). Sjuksköterskans roll och ansvar vid bedömning av patientens postoperativa smärttillstånd är därför komplext och omfattande (Allcock, 1996). Ett ansvar som omfattar observation, informationsinsamling och kartläggning för att göra en bedömning av patientens smärta. Sjuksköterskan använder olika verktyg i sin smärtbedömning. Därefter kan sjuksköterskan vidta smärtlindrande åtgärder både farmakologiska och icke farmakologiska för att sedan utvärdera åtgärdernas effekt. Ett vidare ansvar innebär även relationen med patienten, koordinering och samarbetet med det interprofessionella teamet (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Samarbetet med det interprofessionella teamet under den perioperativa vården, (dvs anestesiolagen, kirurgen, sjuksköterskor och

fysioterapeuter), ger en förutsättning för att den postoperativa smärtbehandlingen ska bli så effektiv som möjligt. Denna typ av tillvägagångssätt är väl dokumenterat att öka återhämtningsprocessen postoperativt (White & Kehlet, 2010).

Sjuksköterskans verktyg vid smärtbedömning

Smärtskattningsinstrument

En del av smärtbedömningen innebär att ta reda på hur stark smärta patienten upplever och där kan sjuksköterskan använda smärtbedömningsinstrument, olika smärtskalor, för att ta reda på hur patienten själv skattar sin smärta (Wikström, 2017). Tekniker att mäta smärta finns inte vilket gör det omöjligt att jämföra en persons smärtupplevelse med en annan. Däremot går det att skatta den enskilda patientens subjektiva upplevelse av smärtan med hjälp av olika smärtskattningsinstrument (Norrbrink & Lundeberg, 2014). Det finns flera olika smärtskattningsinstrument, både uni- och multidimensionella. De unidimensionella smärtskattningsinstrumenten skattar en aspekt av smärtan i taget. Antingen den sensoriskt diskriminativa aspekten eller den affektiva aspekten. De vanligaste förekommande unidimensionella smärtskattningsinstrumenten är den visuella analoga skattningsskalan (VAS), numeriska skattningsskalor (NRS), Borgs CR-10 skala samt verbala skattningsskalor (VRS) (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

VAS används i form av en plaststicka med ändpunkterna *ingen smärta alls* och *värsta tänkbara smärta* där patienten får skatta sin smärta med hjälp av en flyttbar markör vilket ger en bedömning av smärtans affektiva komponent. NRS innefattar 11 kategorier från 0 till 10 med ändpunkterna *ingen smärta alls* och *värsta tänkbara smärta* där patienten får skatta sin smärta genom att ange en siffra på skalan. Borgs CR-10 är en kombinerad numerisk och verbal skala. Skalan går från 0 till *maximum* och patienten får ange den siffra som matchar det verbala uttrycket bäst. VRS är en skala med ord som *ingen, lindrig, måttlig, stark* och *mycket stark* smärta (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Norrbrink och Lundeberg (2014) beskriver multidimensionella smärtskattningsinstrument som en sammansättning av flera olika unidimensionella skalor med syftet att ge en mer komplett bild av patientens smärtupplevelse vad gäller smärtans intensitet, obehag men också patientens tankar och funderingar om smärttillståndet och hur smärtan påverkar det vardagliga livet. Målet är att integrera medicinska och sociala åtgärder utefter patientens behov och sociala situation för att uppnå effektiv smärtlindring (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2006).

Val av smärtskattningsinstrument bör anpassas efter den enskilda patienten och situation. De olika instrumentens värden är inte utbytbara så det är viktigt att hålla sig till en och samma skala under pågående behandling för att kunna jämföra och utvärdera smärtbehandlingen (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Smärtskattningsinstrument är en viktig del och spelar en betydande roll i den sammantagna smärtbedömningen som involverar flera verktyg som sjuksköterskan använder för att nå smärtlindring hos den postoperativa patienten (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011).

Sjuksköterskans kliniska blick

För att sjuksköterskan ska kunna göra en smärtbedömning används flera verktyg (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Ett av dessa verktyg är den kliniska blicken vilket beskrivs

som en erfarenhetsbaserad kunskap där flera sinnen såsom syn, hörsel och känsel samverkar med varandra för tolkning av patientens mående. Den kliniska blicken, eller närliggande begrepp som intuition, är en nyckel i sjuksköterskans roll för att upptäcka förändringar i patientens tillstånd och behov (Östlinder, Norberg, Pilhamar Andersson & Öhlén, 2006). Tidiga upptäckter av ett förändrat tillstånd hos den postoperativa patienten är av största betydelse då sjuksköterskan snabbt kan sätta in lämpliga åtgärder för att undvika smärta och andra allvarliga komplikationer (Glowacki, 2015).

Sjuksköterskans kunskap

Sjuksköterskans kunskap om smärta är en förutsättning för att kunna göra en smärtbedömning och vidare nå smärtfrihet hos patienten (Linton, 2013). Studier (White & Kehlet, 2010) visar att många sjuksköterskor saknar kunskap om konsekvenserna av otillräcklig smärtlindring. Det är därför viktigt att sjuksköterskan har en förståelse och kunskap om smärta som fenomen och betydelsen av lindrande åtgärder (Duzel, Aytac & Öztunc, 2013). För att arbeta kunskapsbaserat är det av stor betydelse att sjuksköterskan utnyttjar sin kunskap och ständigt håller sig uppdaterad på den senaste forskningen (White & Kehlet, 2010). Kunskap kring smärta ökar även sjuksköterskans förståelse och respekt för patientens smärtupplevelse (Hjelpdahl Sjøveian & Leegaard, 2012).

Kommunikation

För att göra en bedömning av patientens smärtupplevelse behöver sjuksköterskan lyssna till patientens smärtuttryck. Det sker genom kommunikation där målet är att uppnå partnerskap (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Begreppet kommunikation innebär att göra någon delaktig (Fossum, 2013). Dialogen, kommunikationen och samtalet blir vägen för sjuksköterskan att få en förståelse för patientens livsvärld (Dahlborg-Lyckhage, 2014).

Den icke-verbala kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten innebär kroppsliga uttryck som ögonkontakt, kroppsspråk och gester (Fossum, 2013). Hirsh, Callander och Robinson, (2011) menar att detta påverkar sjuksköterskans bedömning mer än det verbala uttrycket. Vidare beskriver Allcock (1996) hur sjuksköterskan förlitar sig mer på fysiska beteenden som påvisar smärta och graden av dess intensitet istället för det verbala uttrycket.

Smärta på postoperativ avdelning

På den postoperativa avdelningen övervakar sjuksköterskan smärtan hos de postoperativa patienterna. Övervakning och registrering av patientens vitala tecken och andra parametrar inleds här. I det senare postoperativa förloppet kan det uppstå komplikationer till följd av anestesi, den kirurgiska behandlingen, immobiliseringen och smärtan. I denna omvårdnad är det viktigt att upptäcka förändringar i patientens tillstånd så sjuksköterskan kan förebygga och behandla komplikationerna (Hjelpdahl Sjøveian & Leegaard, 2012).

En annan viktig del i den postoperativa omvårdnaden är att patienten ska vara så smärtfri som möjligt. Omfattningen av behovet vid smärtlindringen kan variera men målsättningen är att patienten ska vara smärtfri (White & Kehlet, 2010) för att vidare begränsa den kirurgiska stressresponsen, främja tidig mobilisering och hjälpa patienten att återfå sina normala kroppsfunktioner (Hjelpdahl Sjøveian & Leegaard, 2012). Smärtlindring i den postoperativa fasen sträcker sig utöver den farmakologiska administreringen. För att smärtlindringen postoperativt ska bli effektiv för patienten krävs en väl utförd individuell

smärtbedömning (White & Kehlet, 2010). Det innebär att skatta och bedöma patientens smärtnivå för att vidare bestämma vilka åtgärder som krävs, farmakologisk eller icke farmakologisk, för att senare skatta, registrera och utvärdera effekt av smärtlindringen (Richards & Hubbert, 2007).

Smärtbedömning är en omfattande och central del för att senare få patienten smärtfri (Richards & Hubbert, 2007). I den postoperativa fasen uppges 30-50 procent av patienterna ha smärta. Smärta är ett komplext tillstånd och måste angripas från olika håll (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011) eftersom otillräcklig smärtlindring kan leda till komplikationer (White & Kehlet, 2010). Smärta har visat sig vara en ledande faktor till en mer långsam återhämtning efter operation men kan även leda till komplikationer relaterat till smärtan i sig med påverkan på respirationen, mobiliteten och cirkulationen (Richards & Hubbert, 2007).

Richards och Hubbert (2007) beskriver att inom den postoperativa vården är det sjuksköterskan som spenderar mest tid med patienten med smärta och ansvarar för att lindra patientens smärta. Detta ansvar understryks vara en prioritet i sjuksköterskans roll för att med adekvat smärtbedömning och vidare smärtlindring blir patientens tillfrisknande mer effektivt (White & Kehlet, 2010).

Definition och klassifikation av smärta

Smärta definieras enligt International Association for the Study of Pain [IASP] (2014) som en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada, eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada.

Komplexiteten kring smärta är stort, genom smärtforskning finns nu en större kunskap och förståelse kring och av fenomenet (White & Kehlet, 2010). Smärta är en sammansatt upplevelse som involverar nervbanor i centrala nervsystemet och är delaktiga i överföringen av smärtimpulser med hjälp av signalsubstanser. Komplexiteten grundar sig främst i smärtans subjektiva karaktär de vill säga att den påverkas av en rad faktorer och upplevs olika för var människa (Wikström, 2017).

Enligt Norrbrink och Lundeberg (2014) kan smärta klassificeras utifrån tidsaspekt i akut eller långvarig smärta eller baserat på smärtans etiologi: nociceptiv, neuropatisk, psykogen eller smärta av oklar orsak. Akut smärta uppkommer av aktivering av nociceptorer som är nervceller, specialiserade på att förmedla smärtimpulser till hjärnan. De aktiveras av högrösklig stimuli som kan vara mekanisk (tryck, beröring eller vibration), kemisk (substanser som frisätts vid vävnadsskada) eller termisk (värme eller kyla). Akut smärta i det postoperativa förloppet infinner sig plötsligt och tolkas av kroppen som en varningssignal vilket leder till fysiologiska reaktioner som exempelvis ökad andningsfrekvens, ökad puls och blodtryck, svettning och ökad muskeltonus.

Om den akuta smärtan inte går över kan den övergå i långvarig smärta. Det betyder inte att smärtan är kontinuerlig eller periodvis återkommande utan att smärtan över tid tappar sin funktionella betydelse. Smärtan övergår från att vara ett symptom till ett syndrom vilket skapar ett lidande för patienten. Konsekvenserna av långvarig smärta påverkar kroppens immunologiska och endokrina system samt det autonoma nervsystemet vilket leder till försämrad sömnkvalité, koncentrationsförmåga och livskvalité hos patienten (Linton, 2013).

Nociceptiv smärta aktiveras av nociceptorer som uppstår till följd av en faktisk eller hotande skada på annan vävnad än nervvävnad. Neuropatisk smärta orsakas av skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet. Psykogen smärta beror inte på en somatisk diagnos utan uppkommer till följd av en psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa. Vid smärta av oklar orsak är anledningen till smärtan okänd då det neurobiologiska underlaget till smärtan är oklart trots grundlig anamnes och smärtutredning (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Varje smärttillstånd och dess upplevelse kan delas in i tre komponenter. Den sensoriskt diskriminativa komponenten tolkas i hjärnans somatosensoriska cortex och beskriver smärtans intensitet, lokalisering, karaktär och duration. I de limbiska strukturerna i hjärnan tolkas den affektiva komponenten som beskriver obehagsupplevelsen av smärtan. Den kognitiva komponenten beskriver de konsekvenser smärtan får för patientens handlingar och tankar och tolkas i hjärnans prefrontal- och frontalcortex (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Norrbrink och Lundeberg (2014) beskriver att gemensamt för alla typer av smärta är att det är en individuell och subjektiv upplevelse som inte går att mäta. Smärtimpulser kan ge varierande smärtupplevelser hos olika personer och graden av smärta likaså. Det är endast den som själv upplever smärtan som kan veta hur den känns, hur intensiv den är och hur länge den varar (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Skillnaden mellan sjuksköterskans och patientens egna smärtskattning kan skilja sig. Därför måste sjuksköterskan se till det individuella uttrycket av smärta hos patienten (Richards & Hubbert, 2007).

Problemformulering

Smärta är ett subjektivt tillstånd där sjuksköterskans uppgift är att identifiera, förstå och lyssna till patientens smärtuttryck och smärtupplevelse (Norrbrink & Lundeberg, 2014). Bedömning av postoperativ smärta är både komplext och problematiskt för sjuksköterskan där olika faktorer kan påverka sjuksköterskans bedömning (Richards & Hubbert, 2007). Studier (Yildirim m.fl., 2015) har visat att subjektiva tolkningar och tankar hos sjuksköterskor kan påverka smärtbedömningen i mötet med patienten. Wikström (2017) beskriver hur sjuksköterskor gör en bedömning utan att ta hänsyn till patientens verbala uttryck av smärta.

Tidigare studier om postoperativ smärta som fenomen är till stor del utförda medan studier av kvalitativ metod som undersöker sjuksköterskans perspektiv av smärtbedömningen postoperativt i mötet med patienten är mer sällsynta. Mot denna bakgrund är det därför intressant att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskans bedömning av den postoperativa smärtan i mötet med patienten.

SYFTE

Syftet var att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt i mötet med patienten.

METOD

Val av Metod

Studien baserades på en kvalitativ metod. Kvalitativa studier enligt Trost (2010) strävar efter att studera och få insikt om personens levda erfarenheter av ett fenomen. I kvalitativa studier ser man på specifika företeelser i personens verklighet. Avsikten med den kvalitativa metoden är att söka förståelse och kunskap genom människor som har rik kännedom av fenomenet som ska tolkas menar Henricson (2012). Informationen hämtades genom intervjuer då syftet var att ta reda på faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt i mötet med patienten. Vidare beskriver Henricson (2012) att det sagda ordet och personernas beskrivningar blir data för analys och vidare tolkning.

En människas verklighet, erfarenhet och upplevelser kan delas i en intervju. En intervju är en form av ett samtal där människor diskuterar åsikter kring ett bestämt tema (Henricson, 2012). En kvalitativ halvstrukturerad intervjuform med öppna frågor användes. Det vill säga att intervjun begränsades inom ett visst område samt att frågorna var öppna, utan svarsalternativ. Trost (2010) understryker att kvalitativa intervjuer utmärks av hög grad strukturering och låg grad av standardisering.

Urval

Urvalskriterier

Enligt Henricson (2012) bestäms urvalskriterier utifrån de erfarenheter av de fenomen som är i fokus. Undersökningsgruppen baserades på legitimerade sjuksköterskor på postoperativa avdelningar inom Stockholms län. En central del av deras arbetsbeskrivning handlar om att genomföra smärtbedömningar och ansvara för omvårdnaden av den postoperativa patienten med smärta. Ett annat inkluderande krav var att sjuksköterskorna skulle kunna tala och förstå det svenska språket. Detta menar Kvale och Brinkmann (2014) minskar den eventuella risken för missförstånd och felaktig data. Sjuksköterskorna skulle ha mer än två års arbetslivserfarenhet som legitimerad sjuksköterska då det är enligt Benner, Tanner och Chesla (2009) är då sjuksköterskan uppnått tillräcklig kompetens för att inte ses som novis.

Urvalsgrupp

Urvalsgruppen bestod av nio legitimerade sjuksköterskor på postoperativa avdelningar inom Stockholms län. Sjuksköterskorna hade mellan två år till trettio års arbetslivserfarenhet inom den postoperativa vården samt varit legitimerade sjuksköterskor mellan två till trettiofyra år.

Datainsamling

Kontakt

Ett mail med en intresseförfrågan om att få göra en studie skickades ut till femton verksamhetschefer på postoperativa avdelningar i Stockholms län. Sjuksköterskorna

kontaktades vidare av verksamhetschefen på respektive avdelning med en intresseförfrågan om att delta i studien. Mailet innehöll vidare information om studien, dess syfte och innehåll (Bilaga A & B).

Fyra postoperativa avdelningar var intresserade av att delta i studien. Två sjuksköterskor som uppfyllde valda inklusionskriterier kontaktades angående intresse av att delta i studien. Elva postoperativa avdelningar svarade inte på intresseförfrågan.

Intervjuguide

För att intervjuerna skulle få en tydlig struktur och besvara studiens syfte skrevs en intervjuguide. Enligt Henricson (2012) är en intervjuguide ett stöd för intervjuaren. Innehållet i intervjun strukturerades enligt Henricsons (2012) rekommendationer efter teman och utifrån dem formulerades frågor för att besvara syftet (Bilaga D). Teman som intervjuguiden baserades på i studien var smärtbedömning, sjuksköterskans roll samt mötet med den smärtpåverkade patienten. Följdfrågor som "kan du utveckla", "hur tänker du kring" och "kan du berätta mer om" ställdes vid behov för att få mer fylliga svar.

Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden och inspelningsutrustningen. Detta ger enligt Henricson (2012) intervjuaren möjlighet att testa rollen som intervjuare samt vidare kunna se till att intervjuguiden var av adekvat form samt ifall eventuella justeringar borde göras.

Deltagare i pilotintervjun rekryterades och uppfyllde valda inklusionskriterier. Pilotintervjun genomfördes på Sophiahemmet högskola och genomfördes på 23 minuter. Intervjuguiden gav svar på studiens syfte men reviderades något efter pilotintervjun. En fråga togs bort "hur smärtbedömer du en patient?" då den ledde oss in på smärtskattningsinstrument och på så sätt inte svarade på syftet. Trots revidering besvarade pilotintervjun studiens syfte och inkluderades följaktligen i dataanalysen.

Genomförandet av intervjun

Under september månad 2017 genomfördes nio intervjuer, inklusive pilotintervjun, med sjuksköterskor från fyra olika avdelningar. Platsen för intervjun valdes i samråd med sjuksköterskorna. Sju av sjuksköterskorna valde att bli intervjuade på deras avdelning under arbetstid medan två av dem valde att bli intervjuade utanför sin arbetsplats. Att sitta avskilt utan att bli avbruten av någon är att föredra för att minska avbrott i intervjun och för att intervjuaren helt ska kunna fokusera på den som blir intervjuad menar Henricson (2012). Därför hölls intervjuerna i avskilt rum.

Vid inledningen av intervjun gavs en introduktion, där intervjuerna gav en kort presentation av sig själva, presenterade en övergripande sammanfattning av studien samt gav en genomgång av de etiska övervägandena. Efter introduktionen ställdes förfrågan om inspelning av intervjun. En samtyckesblankett skrevs under efter sjuksköterskan informerats om att när som helst kunna avsluta deltagandet i studien (Bilaga C). Vid godkännande som gjordes i alla intervjuer sattes ljudinspelaren igång. Vidare presenterades tidsramen vilket Henricson (2012) menar är att föredra. Intervjutiden var cirka 30 minuter men tog ibland kortare tid, den kortaste intervju varade i 16 minuter.

Vid samtliga intervjutillfällen medverkade två intervjuare, men en tog huvudansvaret för intervjuens upplägg medan den andra satt bredvid och ställde kompletterande frågor. Trost

(2010) menar att intervjuaren ska skapa en relation där intervjuaren försöker förstå den som blir intervjuad och hans verklighet. Inledningsvis startade intervjun med en öppningsfråga med stöd av Henricson (2012) för att få den som blir intervjuad bekväm i situationen. I denna studie var öppningsfrågan “var god att dela med dig av hur du vet att din patient är smärtpåverkad?”.

I den kvalitativa intervjun med halvstrukturerad form tillges intervjuaren en stor frihet att själv forma intervjusituationen under tiden den utförs. Den kvalitativa intervjun är välplanerad med tydlig strukturering med hjälp av en intervjuguide. Detta menar Trost (2010) skapar möjlighet för intervjuaren att frågorna nödvändigtvis inte behöver ställas i samma ordning utan snarare i den ordning som faller sig mest lämplig för intervjuaren. Avslutningsvis summeras innehållet av intervjun och en öppen fråga ställdes om sjuksköterskan hade något mer att tillägga vilket Trost (2010) rekommenderar.

Inspelning

Intervjuerna spelades in med syftet att kunna använda informationen på ett uttömmande sätt samt för ge rik data. Orden, valen av ord, tonfall, pauser och andra nyanser i språket registrerades med hjälp av en ljudinspelare så att intervjuaren gång på gång kan återvända till för omlyssning. Detta menar Kvale och Brinkmann (2014) ger intervjuaren friheten att koncentrera sig på ämnet och dynamiken i intervjun. Inspelningarna genomfördes med hjälp av en smartphone. En av intervjuerna antecknade under varje intervju olika typer av händelser i intervjusituationen som inte hade möjlighet att fångas upp av ljudinspelningen. Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att kompletterande anteckningar till ljudinspelningar kan användas med fördel för att fånga känslouttryck såsom kroppsrörelser. Inspelningen raderades från smartphonen när transkriberingen av intervjun var klar.

Dataanalys

Databearbetning

Databearbetningen av intervjudata börjar i samband med utskrift eller sammanfattning av varje intervju menar Henricson (2012). Vid transkriberingen de vill säga att man lyssnar och skriver samtidigt, formades minnesanteckningar och en sammanfattning gjordes med tillägg av de nyanser som långa uppehåll och tonfall. Henricson (2012) menar att relevant information försummas om transkriberingen inte görs ordagrant. Men med stöd av Kvale och Brinkmann (2014) som menar att urval av dimensionerna av de muntliga intervjusamtalen är nödvändigt. Utskriften måste därför struktureras så att intervjusamtalet sammanfattas till en kortare form för närmare analys (Kvale & Brinkmann, 2014). I första steget genomlyssnades och sammanfattades intervjuerna så nära in på intervjusituationen som möjligt för att lättare minnas känslor utifrån intervjudeltagarnas ansiktsuttryck och gester, i enlighet med Henricsons (2012) rekommendationer. Vid transkriberingen benämndes den intervjuade sjuksköterskan med en kodsiffra (1-9) med stöd av Henricson (2012) som hävdar att transkriberingar bör kodas och förvaras oåtkomligt för utomstående.

I steg två lyssnades inspelningen igen igen samtidigt som sammanfattningen lästes på nytt för att verifiera korrektheten. Vi reflekterade tillsammans över innehållet i ljudinspelningarna för att få en överblick. Bearbetning av kvalitativ data är en aktiv process som kräver noggranna genomgångar av materialet för att få en fördjupad förståelse menar Henricson (2012).

Analys

I steg tre läste vi igenom transkriberingarna flera gånger för att finna mönster i sammanfattningen vilket Henricson (2012) menar är nödvändigt för att finna meningsenheter som besvarar syftet. Kvale och Brinkmann (2014) definierar en meningsenhet som en kort formulering direkt hämtad från deltagarens berättelse. På så sätt reducerades sammanfattningen och blev mer hanterbar och övergriplig.

I steg fyra kondenserades meningsenheterna vilket Henricson (2012) förklarar innebär att innehållet konkretiserades ytterligare men sammanhanget är detsamma något Graneheim och Lundman (2004) belyser vikten av. Kondenseringarna var utgångspunkten för den fortsatta kodningen i analysprocessen.

En induktiv kvalitativ innehållsanalys är att föredra, i denna analysform kan innehållet beskrivas och tolkas mer djupgående (Henricson, 2012). Induktiv ansats innebär enligt Henricson (2012) att slutsatserna utvecklas i efterhand. Vid dataanalysen användes denna form av innehållsanalys för den insamlade datan. För att finna det som var intressant för studien användes en manifest tolkning av texten som Polit och Beck (2017) beskriver som information som tas ut ur datan exakt som den står vilket vi gjorde i form av citat. Dock har delar av datan i tillägg tolkats latent för att nå en mer djupare förståelse och beskrivning. Vi gjorde detta genom att beskriva datan med våra egna ord.

Gemensamt började vi analysprocessen med att kondenseringarna från databearbetningen kodades. Detta innebar att enheterna fick en etikett som kortfattat beskrev dess innehåll enligt Henricsons (2012) rekommendationer. Koderna bildade sedan underlag för de slutgiltiga underkategorierna och huvudkategorierna (Henricson 2012). Meningsenheterna, kondenseringarna och koderna sammanställdes i varsin tabell. Polit och Beck (2017) framhåller att hela textmassan ska passa in under kategorierna. Vidare betonar Lundman och Graneheim (2004) att meningsenheterna ska passa under respektive kategori och inte överlappa flera kategorier. Vi analyserade och diskuterade vad meningsenheterna, kondenseringarna och koderna som sammanställdes i tabellerna hade för gemensamt innehåll och identifierade underkategorier. Avslutningsvis utsågs huvudkategorier som övergripande sammanfattade budskapet i underkategorierna. Analysprocessen gjordes utifrån Henricsons (2012) beskrivning. En tabell med meningsenheter, kondenseringar, koder, underkategorier och huvudkategorier skapades.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Huvudkategori
“Säger patienten VAS 10 och sen är helt opåverkad och ligger och pratar i telefon. Jag har ju inte rätt att bedöma hur ont de har. Jag tänker på min utbildning och	Svårt att tro på det verbala uttrycket hos en patient. Då kliniska tecken och min erfarenhet och kunskap av smärta tyder på något annat.	Svårighet att tro på patienten.	Misstro till det verbala uttrycket	Tillit till patienten.

kunskap om smärta och tänker att detta kan inte vara rimligt att personen skattar en 10. Där är det svårt.”				
“/.../Ibland blir man så irriterad på sig själv att man inte har tiden och sätta sig ned med patienten. Tar man ett steg tillbaka och tänker lite större, vad beror egentligen smärtan på?/.../ Hur man behandlar den, det är liksom sekundärt”	Jag blir irriterad över bristen på tid som gör att mötet och vidare smärtbedömningen blir otillräcklig.	Tidens effekt på mötet och smärtbedömning	Tidsbrist	Sjuksköterskans möte med patienten
“Det är hela mitt uppträdande, att jag ger ett tryggt intryck, är lugn.”	Mitt uppträdande påverkar.	Sjuksköterskan som person	Sjuksköterskans personliga roll	Sjuksköterskans roll

Forskningsetiska överväganden

Förhållningssätt

Trost (2010) menar att vid all forskning bör etiska frågor övervägas noga av forskaren. Vid forskning som görs på människor bör alltid ett etiskt ställningstagande tas av forskaren så att personerna i studien inte utsätts för risk och skada i enlighet med Kalman och Lövgren (2012). Då denna studie byggde på intervjuer tog studien stöd av Helgesson (2015) som menar att resultatet bör behandlas konfidentiellt, att forskningspersonerna inte ska komma till skada och att deras autonomi och personliga integritet skyddas. Den personliga integriteten skyddas genom att respektera personens personliga sfär, både den fysiska och den psykiska, från inblick och intrång. Detta görs genom att ta hänsyn till personens behov av ett eget livsrum och att inte inkräkta på personens personliga sfär utan tillåtelse (Helgesson, 2015).

Konfidentialitet

Informationen som framkom i intervjuerna behandlades konfidentiellt, det vill säga skyddades och gjordes inte tillgänglig för obehöriga. Att delta i forskning innebär en risk för icke fysisk skada för de deltagande vilket Helgesson (2015) förstärker anledningen till

att forskaren har rutiner för informationshanteringen. Samtliga sjuksköterskor som intervjuades i denna studie fick information om att deras personliga uppgifter inte skulle användas i något annat syfte än i denna studie. Efter intervjun kodades varje sjuksköterska med en siffra (1–9) för att skydda intervjupersonen och de människor och institutioner som nämnts i intervjun. För att även hålla en hög konfidentialitet hölls intervjuerna i avskilt.

Forskningsetiska principer

Helgesson (2015) beskriver autonomi som självbestämmande och avses som ett bestämmande över ens liv och det som rör en själv. Autonomt beslutsfattande inom forskning kräver tre saker: personen måste vara beslutskompetent, ha tillgång till relevant information och inte vara påverkad av hot eller tvång. Kan inte dessa krav uppfyllas kan personen inte fatta autonoma beslut. Studien uppfyllde dessa tre krav då sjuksköterskorna fick relevant information om studiens innehåll med anledning att göra personen beslutskompetent.

Informerat samtycke

Vidare skrevs ett informerat samtycke under av sjuksköterskorna för att försäkra dem att denna studie tog hänsyn till forskningspersonernas autonomi och personliga integritet. Det försäkrade även allmänhetens förtroende och engagemang för forskningen menar Helgesson (2015). Enligt Kalman och Lövgren (2012) bygger informerat samtycke på att forskningspersonen informeras om studien, har tillräcklig förståelse för vad studien innebär och med stöd av detta bestämmer sig för att samtycka till att delta i studien eller ej utan opassande påverkan.

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460) skall forskningspersonen få information om den övergripande planen för forskningen, syftet, metoden, de följder och risker forskningen kan medföra, att forskningen är frivillig och att forskningspersonen när som helst får avbryta sin medverkan utan att behöva motivera varför. World Medical Association Declaration of Helsinki (2013) stärker också att informerat samtycke skall tillämpas när människor används.

RESULTAT

Syftet var att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt i mötet med patienten. 3 huvudkategorier och 7 underkategorier utvecklades i databearbetningen som visas nedan i tabell 2. Resultatet presenterades genom att summera innehållet i respektive huvudkategori och underkategori samt belysa med citat. För att öka läsförståelsen har citaten modifierats och vidare presenteras utvalda citat i kursiv stil enligt Kvale och Brinkmanns (2014) rekommendationer.

Tabell 2. Översikt över framkomna huvud- och underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
Tillit till patienten	Det verbala uttrycket Misstro till det verbala uttrycket
Sjuksköterskans möte med patienten	Första patientkontakten Tidsbrist
Sjuksköterskans roll	Sjuksköterskans ansvar Sjuksköterskans personliga roll Sjuksköterskans erfarenhet

Tillit till patienten

Ett återkommande ämne som framgick i intervjuerna var att sjuksköterskorna i smärtbedömningen upplevde svårigheter att ta det verbala uttrycket på allvar. När patienten uttrycker sin smärta verbalt finner sjuksköterskorna ett dilemma mellan att tro på det patienten faktiskt säger kontra vad deras egna erfarenhet och kunskap tyder på. Den problematiken beskrev sjuksköterskorna som en känsla av att vilja tro men ändå drabbas av misstro.

Det verbala uttrycket

Sjuksköterskorna beskrev att deras smärtbedömning började med att fråga om patienten hade smärta eller ej samt att se till de vitala parametrarna såsom puls, blodtryck och andningsfrekvens. Genom att titta på ansiktsuttryck, grimaser och beteende hos patienten var i tillägg en del av bedömningen, speciellt för de patienter som inte kunde uttrycka sin smärta verbalt. För dessa patienter var sjuksköterskorna överens om att det krävs en helhetsbedömning. En sjuksköterska beskrev denna bedömning som att göra en sammanvägning av det verbala uttrycket samt kliniska tecken som tyder på smärta. Sjuksköterskorna nämnde att en lång erfarenhet inom postoperativ vård skapar en klinisk blick som en sjuksköterska nämnde var hennes främsta verktyg i smärtbedömningen.

Samtliga sjuksköterskor gav en liknande beskrivning om att det verbala uttrycket av smärta står för en central del i smärtbedömningen. Sjuksköterskorna var överens om att det är en

del av patientens ansvar att uttrycka smärtan verbalt. En sjuksköterska förklarade detta som att det beror på vilken patient man har framför sig, en del patienter kan uttrycka sig starkt verbalt och andra håller det inne. Det är därför en del av rollen som sjuksköterska att fråga för att få fram patientens upplevelse. Detta beskrivs av sjuksköterskorna som en förutsättning i smärtbedömningen. En sjuksköterska beskrev det vidare som att det primära i smärtbedömningen är att se och lyssna till patienten. Att lyssna till smärtan var i sig ingen utmaning, men att senare tro på patientens smärta var en avgörande faktor i sjuksköterskans smärtbedömning.

“Jag börjar alltid med att fråga patienten om hen har ont. Sedan tittar jag på vitalparametrar. Men det viktigaste är att lyssna på vad patienten uttrycker trots att det kan vara svårt ibland. Smärta är svårt... Det går inte att ha en regel utan det är alltid individuellt.”

Misstro till det verbala uttrycket

Sjuksköterskorna upplevde ett dilemma kring sin kunskap om smärta som fenomen. Kunskap som förklarar att smärta är en individuell subjektiv upplevelse och vilka fysiska tecken som smärta kan resultera i. En sjuksköterska beskrev att varje smärtbedömning blir unik på grund av den subjektiva dimensionen av smärta därav en svårighet i sig genom dess avsaknad av jämförlig karaktär.

“Det är otroligt individuellt. Det är olika för alla. En VAS 10 är ju inte samma för alla. En del har VAS 10 och spelar på telefonen. Det är svårt.”

Dilemmat blir då att se rimligheten när en patient uttrycker stark smärta och sedan inte visar några kliniska tecken på smärta. Dilemmat kan även uppstå när patienten underdriver sin smärta.

“Jag tycker det är en svår och subjektiv bedömning. Det är patientens egna upplevelse. Ibland VASar de lågt men så ser man att de är smärtpåverkade. Eller så är det tvärtom att de VASar väldigt högt men ser ut att vara helt opåverkade och då är det väldigt svårt att veta vad man ska göra för bedömning av det. Men absolut är det deras egna uppfattning så man måste lita på vad de säger och tro på det de säger men det kan jag ibland tycka är väldigt svårt när man blandar in sin kliniska blick.”

Svårigheten uppstår när det verbala och de kliniska teckna inte stämmer överens vilket sjuksköterskorna upplevde skapar en misstro gentemot patientens ord. I misstron upplevde samtliga sjuksköterskor en slags skuld över att finna sig själva i sådana tankebanor. Vidare beskrev sjuksköterskorna svårigheten kring vikten av att tro på patientens verbala uttryck även om patientens kliniska tecken säger något annat.

“Säger patienten VAS 10 och sen är helt opåverkad och ligger och pratar i telefon. Jag har ju inte rätt att bedöma hur ont de har. Jag tänker på min utbildning och kunskap om smärta och tänker att detta inte kan vara rimligt att personen skattar en 10. Där är det svårt.”

Detta dilemma fick en djupare dimension vid vård av en patient med smärtproblematik och ett pågående beroende i tillägg. Denna typ av patient upplevde en majoritet av sjuksköterskorna var svårast att smärtbedöma. En sjuksköterska uttryckte hur etiskt svårt

det var att förhålla sig till denna typ av situation. Den etiska svårigheten beskrev sjuksköterskan ligga i smärtbedömningen då hen kände ett ansvar att lindra smärtan men ville samtidigt inte bidra till patientens beroende. Ansvaret beskrev hen innebära att förstå att smärtan är lika verklig och påtaglig för denne patient som för en patient utan beroende. Sjuksköterskan kände däremot att det var problematiskt att bortse från sin misstro på patientens uttryckta intensitet av smärtan. Därför blir bedömningen på ett annat sätt, en bedömning flera sjuksköterskor nämnde men inte kunde förklara.

“Jag lyssnar ju absolut på vad de säger men sen så... Jag vet inte, man gör bara bedömningen på ett annat sätt. Jag har lite svårt att sätta orden på vad jag gör, eller skillnaden. Man kanske inte riktigt tror på dem lika mycket... Så får man ju inte säga eller göra... men det är så de är.”

En sjuksköterska nämnde nervositeten och tvivel i sin sjuksköterskeroll vid upptäckt att hen hade en patient med denna typ av bakgrund under sitt arbetspass. En patient som uttrycker smärta med en förklarlig följd av det kirurgiska ingreppet upplevs lättare att tro på i smärtbedömningen jämfört med en patient med beroendebakgrund i tillägg. Det beskrevs vidare som en balansgång mellan att göra en korrekt bedömning utan att låta sin misstro påverka.

Sjuksköterskans möte med patienten

De övergripande påverkande faktorer i smärtbedömningen som framkom i intervjuerna var hur det första mötet med patienten utformades. Skapandet av mötet mellan sjuksköterskan och patienten upplevde samtliga sjuksköterskor vara en aspekt som påverkade smärtbedömningen. Tidsfaktorn beskrevs också ha en påverkande roll i mötet och på så sätt även i smärtbedömningen.

Första patientkontakten

Sjuksköterskorna beskrev mötets utfall som en påverkande faktor i smärtbedömningen. Sjuksköterskorna gav liknande beskrivningar av ett gott möte med patienten postoperativt. Mötet skulle bygga på kommunikation där sjuksköterskan och patienten kunde ha en dialog med varandra. En sjuksköterska beskrev i tillägg att en utgångspunkt för kommunikationen var att första mötet med patienten blev bra. Det gjorde sjuksköterskan genom att i början av sitt pass presentera sig för patienten och lägga grund för dialogen mellan sjuksköterskan och patienten. Dialogen var en förutsättning beskrev samma sjuksköterska i smärtbedömningen för att patienten skulle kunna tala öppet om sin smärta. Vidare beskrev flera sjuksköterskor vikten av att ge patienten relevant information för att patienten skulle känna sig delaktig och lugn. Information gällande det postoperativa förloppet med tillhörande kunskap om vilka smärtskattningsinstrument och bedömningar som sjuksköterskan gör postoperativt. Med denna information upplevde samtliga sjuksköterskor att smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt underlättades.

“Jag tycker det viktigaste i mötet är att ha en dialog med patienten, att se patienten och att informera, informera, informera! På så sätt kan jag bilda mig en uppfattning och ta det därifrån.”

Tidsbrist

Alla sjuksköterskor var övervägande överens om att tiden kan vara deras största fiende i att göra en smärtbedömning. En sjuksköterska poängterade vikten av att hinna med

smärtbedömningen i det postoperativa förloppet, då smärta i detta skede kan vara farligt och tyda på allvarliga komplikationer relaterat till operationen. Tidsbristen förklarade samtliga sjuksköterskor bidrog till en bristande smärtbedömning. En sjuksköterska förklarade det som att utredning av orsaken till smärtan inte hanns med och/eller följas upp. Tidsbristen kunde även resultera i att sjuksköterskan inte hann fånga upp patientens oro som huvudparten av sjuksköterskorna beskrev vara en vanlig förekommande känsla hos patienter postoperativt och att sjuksköterskan istället misstog oron för smärta.

“/.../Ibland blir man så irriterad på sig själv att man inte har tiden att sätta sig ned med patienten. Tar man ett steg tillbaka och tänker lite större, vad beror egentligen smärtan på?/.../ Hur man behandlar den, det är liksom sekundärt.”

Vidare beskrev huvudparten av sjuksköterskorna att tidsfaktorn i den benämningen av att man blir avbruten i sitt arbete påverkar smärtbedömningen.

“Tiden är även en faktor. Att man ofta blir avbruten under sitt pass. Det är alltid någon som vill komma till en. T.ex. en undersköterska säger: Patienten på 3:an har ont. Så när man är påväg dit kommer någon annan och säger någonting som får en att tappa fokus. Efter ett tag kommer samma undersköterska och säger: Att patienten på 3:an har fortfarande ont och man tänker: Just det, det har jag ju glömt! Då är det inte kul.”

Tidsfaktorn ansågs även som en fiende vid skapandet av mötet med den smärtpåverkade patienten. En sjuksköterska menade att blir inte mötet med patienten bra från start blir förutsättningarna för smärtbedömningen sämre, genom att sjuksköterskan inte känner att hen har tid till att lyssna på patienten. Samtliga sjuksköterskor menar att detta är en fiende i smärtbedömningen då patienten inte känner sig sedd eller rent ut av utelämnad och övergiven med sin smärta.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskorna beskrev hur de upplevde att smärtbedömningen bygger på ett delat ansvar mellan sjuksköterskan och patienten. Vidare framkom det i samtliga intervjuer att sjuksköterskan var en betydande faktor i smärtbedömningen samt hur de kunde nyttja sin personliga roll i mötet med den smärtpåverkade patienten. Alla sjuksköterskor var överens om att erfarenhet underlättade smärtbedömningen.

Sjuksköterskans ansvar

Samtliga sjuksköterskor förklarade att smärtbedömningen grundar sig i ett delat ansvar mellan sjuksköterskan och patienten. En sjuksköterska såg ansvaret till mesta dels var sjuksköterskans att ta reda på patientens smärta. Denna sjuksköterska beskrev vidare att hen aldrig skulle lägga över det ansvaret på en annan yrkesgrupp. Resterande sjuksköterskor såg ett ansvar att ta reda på smärtan och göra allt i sin makt för att lindra den, medan de också tyckte att patienten hade ett ansvar att uttrycka sin smärta och vara delaktig i smärtbedömningen. Sjuksköterskorna förklarade att en adekvat patient har ett ansvar att säga till vid smärta och inte förringa smärtan. Vidare beskrevs att tog inte patienten sitt ansvar upplever sjuksköterskorna att smärtbedömningen blev bristfällig. Samtliga sjuksköterskor förklarade dock att de antog ett större ansvar när de vårdade en patient som ej var adekvat.

“Det är ett gemensamt ansvar! Jag känner ett ansvar för patientens smärta, ett ansvar att ta reda hur patientens smärta är och vad jag kan göra för att lindra den. Men sen självklart ska patienten säga till vid smärta, vissa biter dock ihop och säger ingenting. Då blir det ju problematiskt. “

Sjuksköterskans personliga roll

Sjuksköterskorna beskrev hur de nyttjade sin egna person i sjuksköterskerollen för att se och bekräfta smärtan. En sjuksköterska förklarade att hur hen möter patienten har en påverkan, genom att nyttja sin personlighet kunde det påverka mötet med den smärtpåverkade patienten.

“Så som man själv är som person har en stor betydelse.”

Den trygghet, lugn och förtroendeingivande intryck sjuksköterskan ger upplever merparten av sjuksköterskorna skapar en förutsättning för mötet med patienten. I det mötet beskrev en sjuksköterska att det ligger i sjuksköterskans roll att göra så att patienten känner sig sedd och bekräftad. På så sätt skapas en relation med patienten där sjuksköterskorna upplevde att smärtbedömningen blev lättare att genomföra. Lättare genom att de förstod patienten bättre men också på så sätt att sjuksköterskorna upplevde att patienten kunde förklara sin smärta då patienten upplevde trygghet genom förutsättningen som gavs i mötet.

“Det är hela mitt uppträdande, att jag ger ett tryggt intryck, är lugn.”

Svårigheten att leva upp till sin sjuksköterskeroll kunde ibland ses som en påverkande faktor i mötet med den smärtpåverkade patienten. En sjuksköterska berättade att hens personliga roll ibland trädde fram och tog över sjuksköterskerollen. Speciellt i de situationer då patienten var mycket krävande eller rent ut sagt otrevlig. En annan sjuksköterska beskrev hur det ibland kunde vara påfrestande med en patient där smärtan var svårhanterlig, både att bedöma och lindra.

“När man är stressad blir det svårt. Eller hur jag själv mår. Ibland är det påfrestande med en smärtpåverkad patient jag får gå in till stup i kvarten. Vissa dagar kan man inte vända ut och in på sig själv för patienten. Man är ju bara människa.”

Sjuksköterskans erfarenhet

Smärta, smärtbedömning, smärtlindring och arbetet kring fenomenet beskrivs av sjuksköterskorna utgöra en övervägande del av deras arbete på den postoperativa avdelningen. Sjuksköterskorna uppgav hur deras smärtbedömningsarbete förändrats med tiden sedan de var nyexaminerade sjuksköterskor. Som nyexaminerad beskrev sjuksköterskorna hur de mer litade på patientens verbala smärtuttryck eller fokuserade enbart på en avvikande vitalparameter.

“I början litade jag mer på talet eller stirrade mig blind på en väldigt hög puls, Det hänger ihop med osäkerheten som man har då man är ny och inte vet hur smärtan kan se ut i olika situationer.”

Erfarenhet om smärtans olika aspekter och följder gav kunskap vilket sjuksköterskorna upplevde som ett verktyg i smärtbedömningen. Erfarenheten skapar ett lugn och upplevs

som en styrka i sjuksköterskerollen vid smärtbedömningen. Sjuksköterskan förklarade att erfarenhet kan skilja på smärta till följd av det kirurgiska ingreppet från en komplikation av operationen. En sjuksköterska beskrev detta vidare hur hen idag gör en sammanvägning av den kliniska blicken, verbala uttrycket och vitala parameterar i sin smärtbedömning.

“Man lär sig med tiden. Erfarenhet är verkligen guldvärt. Jag visste som nyexaminerad att alla är olika men inte att det skulle skilja sig så mycket.”

Sjuksköterskorna minns svårigheten i smärtbedömningen som nyexaminerad då det var svårt att se skillnad och jämföra de olika tillstånden. Tiden som nyexaminerad beskrev en sjuksköterska som rik på kunskap från utbildningen men i brist på klinisk erfarenhet vilket försvårade hens smärtbedömning då det blev svårt att bedöma patientens smärta och upplevde sig inte kunna leva upp till sin sjuksköterskeroll. Sjuksköterskan beskrev det vidare som att hen inte visste att smärtans olika aspekter skulle skilja sig så stort mellan de olika patienterna. Samtliga sjuksköterskor beskrev att det blir lättare med tiden då erfarenhet beskrevs som ett eget verktyg som underlättade smärtbedömningen. Däremot framkom det av alla sjuksköterskor som ingick i studien att trots erfarenhet så är smärtbedömning svårt då smärta är en komplex, subjektiv och en individuell upplevelse för patienten.

“Jag tycker fortfarande att det är väldigt svårt att smärtbedöma. Men man lär sig med tiden. Jag tror dock jag kommer fortsätta tycka det under hela min yrkeskarriär.”

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatet visar att sjuksköterskorna upplevde att svårigheten i smärtbedömningen är att lyssna till det verbala uttrycket och inte misstro det. Samtliga sjuksköterskor kände en skuld över den bristande tilliten gentemot patientens verbala uttryck. Specifikt i situationer där patienten inte visade några kliniska tecken på smärta men samtidigt skattade sin smärta högt. Studier (Richards & Hubbert, 2007) har visat att sjuksköterskans stora utmaning i smärtbedömningen är att ta patientens uttryck, både det verbala och det icke-verbala uttrycket på allvar. Situationer där patienten uttrycker en stark smärtupplevelse men samtidigt kan sitta, äta och le utan att ge några fysiska tecken på smärta blir svåra att bedöma för sjuksköterskan (Yildirim m.fl., 2015). Detta tror vi leder till en bristfällig smärtbedömning då patientens verbala uttryck inte tas på allvar vilket drabbar patienten. Vi ser även att sjuksköterskan drabbas då misstron leder till skuld och en känsla av otillräcklighet. Problematiken i detta ser vi från två håll, det ena hållet där patientens lidande inte blir adekvat bemött och det andra där sjuksköterskans bedömning blir svårarbetad.

Sjuksköterskorna kunde identifiera faktorer som de upplevde ledde till ett gott möte med den smärtpåverkade patienten. Ett gott möte ansågs enligt sjuksköterskorna underlätta deras smärtbedömning. Dialogen, kommunikationen och samtalet blir vägen för sjuksköterskan att få en förståelse för patientens livsvärld vilket sjuksköterskorna beskrev som positiva faktorer i ett gott möte. Wikström (2017) betonar hur patienten är beroende av mötet med sjuksköterskan, då patientens egna berättelse om sitt tillstånd ligger till grund för smärtbedömningen. Sjuksköterskan bör vara medveten om faktorer som kan påverka mötet och i sin tur patienten (Dahlborg-Lyckhage, 2014). I resultatet framkom det hur sjuksköterskans personliga roll var en faktor som influerade både mötet och smärtbedömningen. Allcock (1996) beskriver hur sjuksköterskans personliga roll, åsikter och erfarenheter kan influera mötet med patienten. En slutsats vi kommit fram till är att sjuksköterskans personliga roll kan användas som ett verktyg i professionen och är högst betydelsefull i mötet. Som sjuksköterska anser vi att det är viktigt att vara medveten om styrkor och brister i den personliga rollen och nyttja dessa till patientens fördel.

I resultatet framkom vikten av information till den smärtpåverkade patienten. Om patienten förstår innebörden av sjuksköterskans smärtbedömning leder det till att patienten blir mer delaktig menar Wikström (2017). Information om det postoperativa förloppet och vilka smärtbedömningar sjuksköterskan gör och varför postoperativt beskrev alla sjuksköterskor vara en avgörande faktor som underlättade smärtbedömningen. Resultatet var något som överraskade oss initialt men kändes självklart för att underlätta smärtbedömningen. Både för sjuksköterskan och patienten. Detta ser vi har ett samband med vårt andra resultat som var tiden som faktor. Fanns inte tiden var det lätt att informationen uteblev. Tidsbrist och att sjuksköterskan blev avbruten i sitt arbete ledde till att smärtbedömningen uteblev i många fall. Även bristfällig i den mån att etiologin till smärtan var svår att utreda och ledde till ett vidare negativt utfall av behandlingen. Tiden tror vi är den största faktorn till att smärtbedömningen inte blir av eller fullt adekvat samt att patienten får lida i onödan. Tidsbristen ser vi även ha en negativ påverkan i mötet mellan sjuksköterskan och patienten. Negativ i den aspekt att patienten inte känner sig sedd och övergiven i sin smärta. Detta leder till ökat lidande för patienten. Vi anser att det är av stor vikt att denna

faktor uppmärksammas och åtgärdas då dagens arbetsbelastning inom vården ser ut som den gör.

En vidare intressant aspekt som framkom i intervjuerna som uppmärksammade oss var hur svårt sjuksköterskorna fann det att smärtbedöma en patient med en specifik bakgrund inom beroende. Sjuksköterskorna önskade en vidare plan för hur man hanterar denna typ av situation. Detta finner vi av relevans att fortsätta prata om för att skapa en öppenhet kring detta tabubelagda ämne. Dels för att underlätta sjuksköterskans arbete men framförallt för att denna typ av patients utsatthet ska upphöra. Det behövs handlingsplaner och mer samverkande funktioner kring denna problematik.

Smärta är svårt, smärtbedömning är därför svårare (Wikström, 2017). I likhet till Wikströms (2017) utsaga, var sjuksköterskorna i studien överens om att smärta är svårt och smärtbedömning likaså. Sammanfattningsvis kan resultatet styrka att det finns faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt. Vi anser att faktorerna kan hjälpa till att belysa svårigheten i sjuksköterskans smärtbedömning. Dessa faktorer kan öka uppmärksamheten hos sjuksköterskor i deras arbete på den postoperativa avdelningen.

Metoddiskussion

Den kvalitativa metodens styrka är att den är flexibel och att processen är dynamisk (Polit & Beck, 2017). Syftet var att beskriva ett fenomen utifrån sjuksköterskors levda erfarenheter. Därför uteslöts ett kvantitativt tillvägagångssätt då vårt syfte varken var att jämföra olika strategier inom smärtbedömning eller att identifiera samband mellan olika variabler. En litteraturstudie var inte relevant eftersom denna redovisar etablerad forskning och drar slutsatser utifrån den (Polit & Beck, 2017). Forskning finns som belyser påverkande faktorer i smärtbedömningen men inte specifikt faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt. Detta ger stöd åt valet av en kvalitativ metod med intervjuer som källa till information.

Urvalet valdes med hänsyn till syftet och valda inklusionskriterier. En kvalitativ metod beskriver Polit och Beck (2017) kan vara, intervjuer i synnerhet, tidskrävande eftersom det krävs ett omfattande arbete för att genomföra intervjuer, transkribera och för att bearbeta och analysera materialet. Vi beslutade att inkludera sjuksköterskor från fyra olika avdelningar på fyra sjukhus för att få en så varierad urvalsgrupp som möjligt. Kvale och Brinkmann (2014) menar att i kvalitativa studier kan antalet deltagare vara för litet för att kunna generalisera och överföra resultatet i klinik. Denna studie strävade inte efter att generalisera slutsatserna utan snarare att beskriva faktorer som har en påverkan i sjuksköterskans smärtbedömning på den postoperativa avdelningen.

Valet av intervjuplats valdes i samråd med sjuksköterskorna. Sju av nio intervjuer genomfördes på avdelningen där sjuksköterskan arbetade. Intervjuerna hölls i avskilt rum för att undvika störningsmoment. Vi är eniga om att vald intervjuplats kan ha påverkat sjuksköterskornas utsagor. Trots att intervjuerna gjordes avskilt, var sjuksköterskorna fortsatt i tjänst vilket kan ha påverkat resultatet. Genom att sjuksköterskan var på avdelningen kan det möjligen ha påverkat resultatet då sjuksköterskan inte kunde i lika stor utsträckning prata öppet om smärtbedömning och hens egna brister i arbetet, som om sjuksköterskan hade blivit intervjuad utanför sin arbetsplats. Vi försökte påverka denna negativa aspekt genom en positiv inverkan genom att vi gick igenom de forskningsetiska

överväganden. Vi förklarade hur deras personuppgifter, arbetsplats och berättelser skulle kodas. Vi informerade även att de när som helst kunde avbryta sin medverkan i studien för att minimera denna negativa aspekt. Genom att informera om de forskningsetiska övervägandena styrker det även studiens trovärdighet.

Genomförandet av intervjuerna kan ha påverkat studiens resultat. Intervjuerna genomfördes av oss båda vilket Henricson (2012) beskriver kan vara en fördel då studiens forskare gemensamt kan gå igenom i efterhand den intervjuades kroppsspråk, tonfall och berättelser. Detta menar Henricson (2012) vidare kan underlätta analysprocessen. Det negativa med detta menar Trost (2010) kan vara den maktbalans som kan uppstå då den som blir intervjuad hamnar i underläge. För att motverka detta ställde en person frågorna och den andra ställde kompletterande frågor. Vidare öppnade vi även intervjun med en öppen inledande fråga för att göra sjuksköterskan bekväm i intervjusituationen. Vid intervjun användes en intervjuguide där innehållet och ordningsföljden på frågorna flyttades om beroende på vad den som blev intervjuad svarade. Detta finner vi ha gynnat resultatet då det var lättare att finna likheter och skillnader i sjuksköterskornas berättelser.

Efter transkriberingen lästes allt igenom, mönster hittades i texten och textmassan reducerades. Utmaningen i bearbetningsfasen var att finna de lämpligaste kategorierna samt att textmassan skulle passa in under de tre huvudkategorierna utan att väva in i varandra. I en kvalitativ innehållsanalys beskriver Polit och Beck (2017) att svårigheten vid genomförandet är att samtliga meningsenheter som besvarar syftet måste ingå i resultatet annars riskerar forskaren att manipulera resultatet. I denna studie har all data som besvarade syftet presenterats. I enlighet med Henricson (2012) stärktes studiens trovärdighet genom att delar av resultatet presenterades i form av citat. Data angående smärtlindring har medvetet uteslutits med anledning att det inte svarade på studiens syfte.

Vi som sjuksköterskestudenter har en viss förförståelse som kan ha påverkat resultatet. Då vi båda har genomfört smärtbedömningar under vår verksamhetsförlagda utbildning kan vår subjektivitet ha påverkat resultatet då våra frågor möjligen kan ha varit ledande. Förförståelsen kan ha varit positivt i den bemärkelsen då vår kunskap kan ha underlättat forskningsprocessen.

Till sist anser vi att metoden har gett oss svar på syftet att beskriva faktorer i sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt vilket stärker studiens validitet. Att göra en kvalitativ intervjustudie om sjuksköterskans smärtbedömning på andra avdelningar än den postoperativa avdelningen är möjlig men svårare då sjuksköterskans arbete kring smärtbedömning är mer begränsad. En sån typ av studie hade haft en svagare trovärdighet vilket styrker vår studie. Då vår studie bygger på ett fåtal intervjuer kan överförbarheten ifrågasättas. Sjuksköterskorna gav oss verklighetsrelaterade exempel baserade på positiva och negativa erfarenheter vilka låg till grund för våra slutsatser.

Slutsats

I mötet med patienten finns det faktorer som har en påverkan i sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt. Det finns ett flertal påverkande faktorer, positiva samt negativa. Sjuksköterskans tillit till patientens verbala uttryck spelar en betydande roll i hur sjuksköterskan gör sin smärtbedömning av patienten. Misstron till det verbala uttrycket leder till att smärtbedömningen inte tar hänsyn till patientens uttryck. Kommunikation,

dialog mellan sjuksköterska och patient och information är faktorer som resultatet visat kan påverka positivt till att göra en smärtbedömning. Medan tiden kan utgöra en negativ faktor i smärtbedömningen på flertal sätt. Rollen som sjuksköterska är även en påverkande faktor där flera delar av rollen såsom sjuksköterskans personliga roll, sjuksköterskans erfarenhet och sjuksköterskans ansvar spelar in. Vår slutsats är att om sjuksköterskor har kännedom om vilka faktorer som påverkar mötet kan smärtbedömningen av patienten postoperativt underlättas och på så sätt minska patientens lidande.

Fortsatta studier

Smärta är svårt och komplext för sjuksköterskan att bedöma och arbeta kring därav finner vi av stor vikt att forskning inom smärtbedömning och vad som påverkar sjuksköterskans bedömning fortsätter. I resultatet framkom det hur svårt sjuksköterskor fann det att smärtbedöma en patient med en specifik bakgrund inom beroende. Sjuksköterskorna önskade en vidare plan för hur man hanterar denna typ av situation, vilket vi skulle finna av relevans att studera vidare om. Avslutningsvis kan en observationsstudie komplettera en kvalitativ studie liknande denna men som grundar sig i ett större urval. Detta skulle kunna generera ett rikare material och åskådliggöra beteenden och händelser som sjuksköterskorna är omedvetna om.

Klinisk tillämpbarhet

Vår förhoppning är att sjuksköterskor blir uppmärksammade på faktorer som kan påverka smärtbedömningen postoperativt i mötet med patienten. Med de faktorer vi funnit i resultatet, vill vi inspirera sjuksköterskor till att medvetet analysera och reflektera vidare över dessa faktorer för att kunna underlätta arbetet kring smärtbedömningen.

Speciellt tack

Speciellt tack till de nio sjuksköterskor som deltagit i studien. För att ni har tagit er tiden och delat med er av era rika beskrivningar om ert arbete kring smärta och smärtbedömning. Till sist vill vi även tacka våra kurskamrater och vår handledare som hjälpt oss på vägen i det självständiga arbetet.

REFERENSER

- Allcock, N. (1996). Factors affecting the assessment of postoperative pain: a literature review. *Journal of advanced Nursing* 24(6), 1144-1151. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb01019.x
- Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (Red.). (2011). *Klinisk omvårdnad del 1* (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Benner, P. E., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: caring, clinical judgement, and ethics*. New York: Springer Publishing Company.
- Dahlborg Lyckhage, E. (Red.). (2014). *Att bli sjuksköterska: En introduktion till yrke och ämne* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Duzel, V., Aytac, N., & Öztunc, G. (2013). A study on the correlation between the nurses' and patients' postoperative pain assessments. *Pain Management Nursing*, 14(3), 126-132. doi: 10.1016/j.pmn.2010.07.009
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. & Öhlén, J. (Red.). (2014). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in patients' outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3), 33-41. doi: 10.4037/ccn2015440
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson (Red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjelpdahl Sjøveian, A. K., & Leegaard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?. *Norwegian Journal of Clinical Nursing*, 7(4), 380-387. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0158
- Hirsh, A. T., Callander, S. B., & Robinson, M. E. (2011). Patient demographic characteristics and facial expressions influence nurses' assessment of mood in the context of pain: a virtual human and lens model investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1330-1338. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.002
- International Association for the Study of Pain (2014). *IASP Taxonomy*. Hämtad 4 oktober, 2017, från <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

- Kalman, H., & Lövgren, V. (Red.) (2012). *Etiska dilemman: Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Författarna och Gleerup Utbildning AB.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Linton, S, J. (2013). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin. (2017). *Möte*. Hämtad 4 oktober, 2017, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/möte>
- Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (2014). *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 1 maj, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport, 177). Hämtad från http://www.sbu.se/contentassets/81ea041f1bc2441aa09868a4f29d3f1a/smarta_sammanfattning.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 4 oktober, 2017, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- White, P F., & Kehlet, H. (2010). Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues?. *Anesthesiology* 112(1), 220–225.
doi:10.1097/ALN.0b013e3181c6316e
- Wijma, B., Smirthwaite, G., & Swahnberg, K. (Red.). (2010). *Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Wikström, L. (2017). *The clinical utility of patients' self-rated postoperative pain after major surgery: The perspective of healthcare professionals*. Doktorsavhandling, Jönköpings universitet, School of Health and Welfare. Hämtad från <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:1088348/FULLTEXT02.pdf>

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 4 oktober, 2017, från <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

Yıldırım, M., Çizmeciyen, E. S., Kaya, G., Başaran, Z., Karaman, F. Ş., & Dursun, S. (2015). Perceptions of pain levels among orthopedic surgery patients, their relatives, and nurses. *Agri*, 27(3), 132-138. doi: 10.5505/agri.2015.50103

Östlinder, G., Norberg, A., Pilhammar Andersson, E., & Öhlén, J. (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap: Vad är det och hur värderar vi den?*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 4 oktober, 2017, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/forskning-och-utveckling-publikationer/erfarenhetsbaseradkunskap.pdf>

BILAGA A 1(3)

Stockholm 20XX-XX-XX

Till verksamhetschef
NN
XXkliniken, XXsjukhus

Vi heter ... och och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras är faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt (var god se sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med legitimerade sjuksköterskor som väljs utifrån följande kriterier; arbetat på postoperativ avdelning minst ett år och dagligen genomför smärtbedömningar. Vi skulle därför vilja komma till avdelning XX som arbetar med smärtbedömning dagligen.

Om Du godkänner att studien genomförs vid er avdelning på XX, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga. Vid tveksamheter till att studien genomförs är vi tacksamma för besked om detta.

Vänliga hälsningar

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Students telefonnummer

Students E-postadress

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Students telefonnummer

Students E-postadress

Handledares namnteckning

Handledares namnförtydligande

Handledares telefonnummer

Sammanfattning av arbetets upplägg och innehåll

Arbetstitel

Sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt.

Problemmråde

Smärta är ett subjektivt tillstånd och det ligger i sjuksköterskans roll att identifiera, förstå och lyssna till patientens smärtuttryck och smärtupplevelse. Att göra en adekvat smärtbedömning är både svårt och problematiskt för sjuksköterskan. Det är viktigt att sjuksköterskan tar patientens smärtuttryck, både det verbala och det icke verbala uttrycket på allvar. Studier har visat att subjektiva tolkningar och tankar hos sjuksköterskor kan påverka smärtbedömningen. Vi vill med denna intervjustudie ta del av sjuksköterskans erfarenheter kring smärtbedömning och beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med den postoperativa patienten.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt i mötet med patienten.

Design och metod för datainsamling

Studien är en intervjustudie med syfte att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt

Undersökningsgruppen som studien ska rikta in sig mot är legitimerade sjuksköterskor som arbetar på den postoperativa avdelningen. Intervjuerna kommer att spelas in med bandspelare, om sjuksköterskan tillåter, samt att en av oss kommer att anteckna under tiden. Annars kommer anteckningar göras under tiden. Under bearbetningsfasen så kommer den inspelade intervjun att transkriberas och skrivas om så att enskilda personer inte kan urskiljas.

Hänsyn kommer att tas till konfidentialiteten och ett muntligt och skriftligt samtycke kommer att inhämtas av varje enskild sjuksköterska.

Tidslängd

Vi kommer skriva vårt arbete mellan vecka 34 – 44 och önskar om möjligt att planera in intervjuer från och med vecka 36.

BILAGA A 3(3)

Jag godkänner härmed att ... och ... får utföra studien "Sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt" på kliniken under tidsperioden v. X- X, 20XX.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande

Stockholm 20XX-XX-XX
Förfrågan om deltagande
Legitimerade sjuksköterskor på XXkliniken, XXsjukhus

Vi heter ... och ..., är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras är faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt (var god se sammanfattning av studiens innehåll och upplägg nedan). Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med legitimerade sjuksköterskor som väljs utifrån följande kriterier; arbetat på postoperativ avdelning minst ett år och dagligen genomför smärtbedömning postoperativt.

Arbetstitel

Sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt.

Problemområde

Smärta är ett subjektivt tillstånd och det ligger i sjuksköterskans roll att identifiera, förstå och lyssna till patientens smärtuttryck och smärtupplevelse. Att göra en adekvat smärtbedömning är både svårt och problematiskt för sjuksköterskan. Det är viktigt att sjuksköterskan tar patientens smärtuttryck, både det verbala och det icke verbala uttrycket på allvar. Studier har visat att subjektiva tolkningar och tankar hos sjuksköterskor kan påverka smärtbedömningen. Vi vill med denna intervjustudie ta del av sjuksköterskans erfarenheter kring smärtbedömning och beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med den postoperativa patienten.

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt i mötet med patienten.

Design och metod för datainsamling

Studien är en intervjustudie med syfte att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt.

Undersökningsgruppen som studien ska rikta in sig mot är legitimerade sjuksköterskor på den postoperativa avdelningen. Intervjuerna kommer att spelas in med bandspelare, om sjuksköterskan tillåter, samt att en av oss kommer att anteckna under tiden. Annars kommer anteckningar göras under tiden. Under bearbetningsfasen så kommer den inspelade intervjun att transkriberas och skrivas om så att enskilda personer inte kan urskiljas.

BILAGA B 2(2)

Hänsyn kommer att tas till konfidentialiteten, vilket innebär att uppgifter om alla i en undersökning ingående personer skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Muntligt och skriftligt samtycke kommer att inhämtas av varje enskild sjuksköterska.

Med vänlig hälsning
Sophiahemmet Högskola

Studenternas namnteckningar
Studerandes telefonnummer
E-postadress
Handledarens namn och telefonnummer

BILAGA C

Informerat samtycke

Jag bekräftar att jag har fått information om syftet med studien och dess tillvägagångssätt samt att jag har förstått informationen

Jag bekräftar härmed att jag ger samtycke till att delta i studien, och att mitt deltagande är frivilligt vilket innebär att jag närsomhelst kan avbryta studien utan närmare förklaring.

.....

Datum Namnteckning Namnförtydligande

Studiens syfte och tillvägagångssätt har förklarats och gåtts igenom av undertecknad person, samtycke har inhämtats och deltagare har fått en kopia av information för deltagare.

.....

Datum Namnteckning Namnförtydligande

Intervjuguide

En intervjustudie. Syftet med denna studie är att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskans smärtbedömning postoperativt i mötet med patienten.

Inledning

Presentation av oss samt kort beskrivning av studien, syftet och varför vi valt ämnet. Förfrågan om ljudinspelare ställs och vidare information om studiens konfidentialitet samt samtycke underskrift.

Informationen som framkommer i intervjun behandlas konfidentiellt. Personliga uppgifter kommer ersättas med en kod för att skydda sjuksköterskan samt de sjukhus/avdelningar och de människor som nämns under intervjun.

Intervjun kommer endast avlyssnas av de som utför studien och raderas efter transkribering.

Informerar att sjuksköterskan får avsluta intervjun och/eller kräva att den ej tas upp i studien när denne vill.

Har sjuksköterskan några frågor hittills?

Vid godkännande kommer intervjun från och med nu börja spelas in.

Ber sjuksköterskan ge en kort presentation av sig själv. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska? Hur länge har du arbetat inom postoperativ vård?

Inledande fråga

Var god att dela med dig av hur du vet att din patient är smärtpåverkad?

Smärtbedömning

Vad innebär det för dig att smärtbedöma en patient?

Vilka verktyg behöver du för att göra en god smärtbedömning?

Berätta om ett exempel då din smärtbedömning var lyckad?

Näm en situation när du upplevde det lätt? Varför?

Näm en situation när du upplevde det svårt att smärtbedöma?

Vilka svårigheter finns det med att smärtbedöma?

Vilken svårighet anser du är den största?

Sjuksköterskans roll

Hur ser du på din roll som sjuksköterska när du möter en patient med smärta?

Hur ser du på smärta?

Hur stor del av din arbetsdag handlar om smärta?

Har din förståelse/arbetssätt förhållande till smärta förändrats sen du började arbeta på postoperativ avdelning?

Mötet med den smärtpåverkade patienten

Kan du berätta för oss om en god erfarenhet vid mötet av den smärtpåverkade patienten?

Kan du berätta för oss om en mindre god erfarenhet vid mötet av den smärtpåverkade patienten?

Vad är viktigt i ett möte med en smärtpåverkad patient?

Definiera ett gott möte med en patient med smärta.

Finns det faktorer som kan påverka din smärtbedömning i mötet med patienten?

Avslutande fråga/ Sammanfattning

Låta informanten sammanfatta de faktorer vilka hen tror påverkar sjuksköterskans smärtbedömning i mötet med patienten postoperativt.

Är det något du skulle vilja tillägga som du upplever att vi inte har frågat om?

Exempel på följdfrågor

Kan du berätta mer om...?

Hur tänker du kring...?

Kan du utveckla...?