



## **SJUKSKÖTERS KANS DOKUMENTATION AV POSTOPERATIV SMÄRTA**

**- En journalgranskningsstudie**

## **NURSING DOCUMENTATION OF POSTOPERATIVE PAIN**

**- A nursing record study**

Magisterprogrammet i Omvårdnadsvetenskap – inriktning  
Akutsjukvård, 60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examinationsdatum: 130508  
Kurs: HT11

Författare:  
Lena Arvidsson

Handledare: Agneta  
Wennman-Larsen  
Examinator:  
Susanne Amsberg

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Smärta är en individuell upplevelse. Att identifiera, behandla och utvärdera patientens postoperativa smärta och behandling är en viktig uppgift i sjuksköterskans arbete. Genom en fullständig dokumentation kan den unika patientens upplevelse av smärta kommuniceras mellan kollegor. Detta minskar risken för obehandlad smärta, som kan leda till ett flertal komplikationer för patienten, och höjer på så sätt patientsäkerheten. För att höja kvaliteten på smärtdokumentation är utvärdering och uppföljning av dokumentationens fullständighet betydelsefull.

**Syfte:** Syftet var att undersöka hur postoperativ smärta dokumenteras i omvårdnadsjournalen vid en vårdenhets, avseende patienter som genomgått planerad kirurgi som inte kräver intensivvårdsuppföljning.

**Metod:** Denna kvantitativa studie bygger på empiriskt retrospektivt insamlad data i form av oidentifierade journaler från åren 2006-2008, på ett sjukhus som bedriver olika typer av elektiv kirurgi. Femtiosju omvårdnadsjournaler omfattande 282 dokumenterade smärteepisoder, med i förekommande fall medföljande övervakningskurva eller formulär för dokumentation vid Patient Controlled Analgesia, så kallad (PCA)-behandling, analyserades utifrån ett standardiserat granskningsinstrument, Dokumentationens fullständighet för enskilda omvårdnadsproblem. Varje dokumenterad smärteepisod poängsattes avseende fullständighet i dokumentationen, med poäng mellan ett till fem där tre bedömdes som tillfredsställande dokumentering. Även kvaliteten av smärtbeskrivningen i omvårdnadsjournalen bedömdes kvantitativt.

**Resultat:** Enligt granskningsinstrumentet var sextiofem procent av de dokumenterade smärteepisoderna tillfredsställande i sin fullständighet i dokumentationen. Det framkom att individuell dokumentation kring omvårdnadsdiagnos, mål och vårdplan saknades i alla omvårdnadsjournaler. Variationen i andelen tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder mellan de tre studerade åren var 57-71 procent. Faktorerna kön, operation, medföljande övervakningskurva eller formulär för dokumentation vid PCA-behandling hade inget uppenbart samband med frekvensen tillfredsställande smärteepisoder. Andelen tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder varierade mellan 65-69 procent i relation till ovan nämnda faktorer. Vid kvalitetsbedömning av smärtdokumentation visade resultatet att intensitet var den smärtbeskrivning som förekom mest frekvent, oftast som ett resultat av en skattning med en Visuellt Analog Skala (VAS). Däremot var en kombination av flera beskrivningar av smärta sällan förekommande. I de smärteepisoder där åtgärder fanns dokumenterade var farmakologisk åtgärd den mest frekvent dokumenterade åtgärden.

**Slutsats:** Resultaten av denna studie visar att framförallt omvårdnadsanamnes och -status finns dokumenterat i relation postoperativ smärta medan omvårdnadsdiagnos, -mål och vårdplan helt saknades. Dessa brister har påvisats i tidigare studier vilket kan innebära att bristerna ligger i riktlinjernas tydlighet snarare än hos journalförande vårdpersonal, alternativt beror detta på bristande utbildning i dokumentationsriktlinjerna. Då en utförlig smärtdokumentation är en viktig del i arbetet att kommunicera smärtans olika komponenter kan utbildning och dokumentationsriktlinjer för sjukhuset vara betydelsefullt för att möjliggöra en mer adekvat smärtbehandling.

**Nyckelord:** Akut smärta, Postoperativ smärta, Dokumentation, Omvårdnadsjournaler, Utvärdering.

## **ABSTRACT**

**Background:** Pain is an individual experience. Pain assessment, management and evaluation of given treatment is an important part of nursing care. Through a comprehensive documentation, the individual pain experience can be communicated between colleagues. This reduces the risk of untreated pain, which otherwise may lead to a number of complications for the patient. Comprehensive documentation therefore leads to a higher safety for the patient. To improve the quality of pain documentation, described interventions and nursing outcomes is important for the comprehensiveness of pain documentation.

**Objective:** The aim of this study was to evaluate how postoperative pain is documented in nursing records, at a care unit within elective surgery; concerning patients that have undergone surgery that does not need intensive care.

**Method:** This empirical study is based on quantitative retrospective data, collected from de-identified nursing records. The nursing records were documented between the years 2006-2008 in a hospital with different kinds of elective surgery. Fifty seven nursing records including 282 documented pain episodes, and including attached pain checklist, were collected and analyzed with a standardized audit instruments, Comprehensiveness of recording of individual nursing problems. All pain episodes were given a score from one to five, based on the comprehensiveness of documentation, where three is considered to be the minimum score for a satisfactory documentation. The quality of the pain description in the pain episodes was also evaluated, using a quantitative method.

**Results:** Sixty five percent of the audited pain episodes fulfilled the criteria for a satisfactory documentation concerning completeness of documentation according to the audit instrument criteria. Nursing diagnose, goal and nursing plan was absent in all of the audited pain episodes. The variation in frequency in satisfactory documented pain episodes between the years of documentation was higher (57-75%) although not statistical significant. The frequency in satisfactory documented pain episodes did not vary in relation to; gender, type of surgery or the presence of a pain checklist (65-69%). Intensity was the pain description that was most frequently documented in the pain episodes, and the Visual analogue scale (VAS) was the most frequently used tool to estimate the pain intensity. The results indicate that combinations of pain descriptions were scarce. Pharmacological interventions were the most frequently documented pain intervention, compared to non-pharmacological pain interventions.

**Conclusion:** The result of this study shows that nursing history and nursing status is well documented while nursing-diagnose, -goal and planned nursing interventions were completely missing. Earlier studies also show similar results, which may indicate that these deficiencies can be related to the clearness of the guidelines for documentation rather than to the individual nursing staff, or alternatively related to lack of education in documentation. To improve the comprehensiveness and quality in documentation, education in documentation guidelines for the nurses could be of importance for the hospital. Further studies in this field are important to be able to improve nursing care in hospitals, and to improve patient safety.

**Keywords:** Acute Pain, Postoperative pain, Documentation, Nursing records, Audit.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Smärta</b> .....	1
<b>Postoperativ smärta</b> .....	1
<b>Patienternas upplevelser av postoperativ smärta</b> .....	1
<b>Smärtanalys</b> .....	2
<b>Behandling vid postoperativ smärta</b> .....	3
<b>Utvärdering av smärtbehandling</b> .....	4
<b>Obehandlad postoperativ smärta</b> .....	4
<b>Dokumentation</b> .....	4
<b>Strukturerad dokumentation</b> .....	5
<b>Hinder för dokumentation</b> .....	6
<b>Dokumentation av smärta</b> .....	6
<b>Instrument för granskning av dokumentation</b> .....	7
<b>Problemformulering</b> .....	7
<b>SYFTE</b> .....	8
<b>Frågeställningar</b> .....	8
<b>METOD</b> .....	8
<b>Verksamhetens karaktär</b> .....	8
<b>Urval</b> .....	9
<b>Inklusionskriterier</b> .....	9
<b>Exklusionskriterier</b> .....	10
<b>Journalinsamling</b> .....	10
<b>Bortfall</b> .....	10
<b>Genomförande av journalgranskning</b> .....	10
<b>Fullständighet i dokumentation av smärta</b> .....	10
<b>Kvalitetsbedömning av smärtdokumentation</b> .....	11
<b>Analys</b> .....	11
<b>Beskrivning av stickprov</b> .....	11
<b>Fullständighet i dokumentation av smärta</b> .....	11
<b>Kvalitetsbedömning av smärtdokumentation</b> .....	12
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	12
<b>RESULTAT</b> .....	13
<b>Beskrivning av urval</b> .....	13
<b>Fullständighet i dokumentation av smärta</b> .....	15
<b>Kvalitetsbedömning av smärtdokumentation</b> .....	17
<b>DISKUSSION</b> .....	19
<b>Metoddiskussion</b> .....	19

<b>Design .....</b>	<b>19</b>
<b>Urval .....</b>	<b>20</b>
<b>Journalinsamling.....</b>	<b>20</b>
<b>Bortfall.....</b>	<b>20</b>
<b>Forskningsetiska överväganden.....</b>	<b>21</b>
<b>Tolkning och användning av valda granskningsinstrument .....</b>	<b>21</b>
<b>Ämnesval .....</b>	<b>22</b>
<b>Resultatdiskussion .....</b>	<b>22</b>
<b>Individanpassad dokumentering .....</b>	<b>22</b>
<b>Patientsäkerhet .....</b>	<b>24</b>
<b>Utvärdering och förbättring av smärtdokumentation.....</b>	<b>24</b>
<b>Slutsats.....</b>	<b>25</b>
<b>Fortsatt Forskning.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>26</b>
<b>Bilaga I</b>	
<b>Bilaga II</b>	
<b>Bilaga III</b>	

## INLEDNING

”Om det inte finns dokumenterat har det inte utförts!?” (författarens översättning) är den inledande delen av titeln på en studie gjord av Grazia De Marinis et al. (2010), som undersöker sjuksköterskors dokumentation. Sjuksköterskan ska enligt lag dokumentera (SFS, 2008:355) individuella vidtagna, planerade eller utförda åtgärder. En viktig del i arbetet på en postoperativ enhet är att identifiera eventuell smärta hos patienten (Rudin, Brantberg, Eldh & Sjölund, 2011). Hur fullständig är sjuksköterskans smärtdokumentering?

## BAKGRUND

### Smärta

International Association for the Study of Pain (IASP, 2012) beskriver smärta som en obehaglig, sensorisk och emotionell upplevelse, förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada. Smärta beskrivs även som en individuell subjektiv upplevelse (IASP, 2012; Ogston-Tuck, 2012). Smärta kan klassificeras utifrån etiologi; nociceptiv-, neuropatisk-, smärta av oklar orsak samt psykogen smärta. Utifrån ett temporalt perspektiv kan smärta delas in i akut och långvarig (Norrbrink & Lundeberg, 2010). Ogston-Tuck (2012) beskriver smärta som ett komplext fenomen där sjuksköterskan har en viktig uppgift att lyssna på den unika individens smärtupplevelse för en anpassad smärtbehandling. Det finns tre olika komponenter som beskriver smärtupplevelsen. Smärtans sensoriska diskriminativa komponent som beskriver intensitet och duration, smärtans affektiva komponent beskriver det obehag som är förenat med smärta och smärtans kognitiva komponent vilket påverkar tankar och handlingar (Norrbrink & Lundeberg, 2010).

### Postoperativ smärta

Den postoperativa smärta som uppstår i direkt anslutning till ett kirurgiskt ingrepp är ett exempel på akut smärta. Vävnadsskadan och den inflammatoriska processen som startar i kroppen framkallar smärta. Intensiteten och durationen beror på operationens omfattning och lokalisation. Den akuta smärtan informerar hjärnan om att det finns en möjlig eller befintlig skada och kroppen reagerar med en kraftig stressreaktion. Hypothalamus aktiverar det endokrina- och autonoma nervsystemet, och en serie reaktioner sker i kroppen. Kroppen förbereder sig för flykt eller kamp, blodtrycket blir förhöjt, pulsen och andningsfrekvensen ökar och en ökad medvetenhet infinner sig (Norrbrink & Lundeberg, 2010). Preoperativ smärta, rädsla för operation och katastroftänkande kring smärta är identifierade riskfaktorer för postoperativ smärta. Dessa faktorer bör identifieras för optimal smärtlindring (Sommer et al, 2010).

### Patienternas upplevelser av postoperativ smärta

Idvall, Bergqvist, Silverhjelm och Unosson (2008) visar hur patienter upplevde att den postoperativa smärtan konstant var närvarande i tankarna. Patientens upplevelse var att utförda smärtåtgärder inte var individanpassade utan rutinmässiga och kortsiktiga. Patienterna ansåg också att information var viktig kring t.ex. Patient Controlled Analgesia (PCA) pump och icke farmakologiska åtgärder. En annan viktig aspekt var betydelsen av att få diskutera tidigare smärtupplevelser och utveckla en individuell smärtplan.

En studie av Joelsson, Olsson och Jakobsson (2010) visade att patienter som genomgått en höftledsplastik beskrev sin smärta som allra svårast de första dagarna. Under denna period såg författarna att smärtbehandlingen kunde förbättras då patienterna var i behov av individanpassad vård där vissa behövde extra läkemedel, anpassade efter upplevda biverkningar. Patienterna beskrev även hur icke farmakologiska åtgärder med exempelvis stöd av en kudde kunde minska smärta och förbättra nattsömnen. De uttryckte också en rädsla för smärta, vilket kunde begränsa möjligheter till sjukgymnastik.

### Smärtanalys

En viktig uppgift i sjuksköterskans arbete är att identifiera och behandla smärta hos patienten. Det är viktigt att informera patienten angående konsekvensen av obehandlad smärta (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell & Polomano, 2008). Informationen ska vara individuellt anpassad och ges redan innan operationen, där det kan diskuteras eventuellt tidigare smärtupplevelser samt vilka olika typer av behandlingar som kan ges (Gunningberg & Idvall, 2007). En smärtanalys krävs för bedömning av patientens smärta, och ska bestå av en noggrant beskriven smärtanamnes, smärtskattning och klinisk undersökning (Norrbrink & Lundeberg, 2010).

### Visuell analog skala (VAS)

För att bedöma smärtans intensitet används i sjukvården smärtskattningsinstrument. Den visuella analoga skalan (VAS) en endimensionell skala, som främst används för att utvärdera akuta smärttillstånd (Rudin et al., 2011). VAS stickan är ett verktyg där VAS-skalan kan användas i kliniska sammanhang. Stickkan visar en horisontell linje som representerar smärtintensitet från ingen smärta till värsta tänkbara smärta. Baksidan av stickkan motsvaras av en 100 millimeter lång linje med nummer mellan noll (ingen smärta) till tio (värsta tänkbara smärta). Motsvarande siffra på linjen kan sedan dokumenteras för att beskriva smärtintensitet (Ene, Nordberg, Bergh, Johansson & Sjöström, 2008). När patienter beskrev moderat smärta visade de flesta VAS över tre och då patienter beskrev svår smärta skattades VAS över fem (Collins, Moore & McQuay, 1997). Ene m.fl. (2008) beskriver i sin studie att sjuksköterskor brister i sin dokumentation av VAS. Där fyrtio procent (n=22) inte dokumenterade VAS i vila eller rörelse trots utbildning inom smärtdokumentation.

### Numerisk skattningsskala (NRS)

Precis som VAS är NRS ett exempel på en endimensionell skala. Med NRS får patienten skatta sin smärta numeriskt mellan 0 (ingen smärta) till 10 (värsta tänkbara smärta). En Verbalt beskrivande skala (Eng. Verbal Rating Scale, VRS) är ett annat exempel på en numerisk skala som visar fem alternativ där patienten får självskatta sin smärta: 0 = Ingen, 1 = Lätt, 2 = Måttlig, 3 = Svår, 4 = Mycket svår smärta (Rudin et al., 2011). Den numeriska skalan har blivit kritiserad då det finns en risk för överbehandling av smärta vid tillfällen då personalen strikt följer riktlinjer som säger att smärtskattning över tre och fyra kräver smärtbehandling utan att individanpassa smärtbehandlingen (van Dijk et al., 2012).

### Painmatcher

Painmatcher är en annan typ av smärtskattningsinstrument som skickar ut lågfrekventa elektriska impulser där styrkan ökas tills patienten uppfattar att den stämmer överens med den upplevda smärtan (Stener-Victorin, Kowalski & Lundeberg, 2002). Denna typ av smärtskattning användes där för att skatta gynekologisk postoperativ smärta med gott resultat.

En jämförelse mellan Painmatcher, NRS och VAS visade överensstämmande mätvärden av patientens upplevda smärtintensitet (Lundeberg et al., 2001).

#### Multidimensionella instrument

Vid mer komplicerade smärttillstånd kan multidimensionella instrument användas. Pain-O-Meter och McGill Pain Questionnaire bedömer både kvantitet och kvalitet på patientens upplevda smärta (Werner & Leden, 2010).

#### Behandling vid postoperativ smärta

Generellt ska smärtbehandlingen vara förebyggande och målsättningen är att patienten ska vara så smärtfri och avslappnad som möjligt under det postoperativa förloppet. Eftersom det ökar välbefinnandet och minskar risken för komplikationer och kronisk smärta (Werner & Leden, 2010). Ofta används multimodal smärtlindring vilket innebär att smärta angrips från olika håll genom att kombinera olika sorters analgetika och smärtstillande tekniker. Olika smärthämmande läkemedel kan då ge varandra en additiv- eller synergieffekt. Samtidigt kan opioidpreparat minskas och då även de biverkningar som dessa läkemedel ger (Rudin et al., 2011; Wu & Raja, 2011). En form av farmakologisk åtgärd mot smärta där patienten själv får administrera analgetika är PCA pump. Patienten kan på egen hand trycka på en knapp och få analgetika administrerat intravenöst, såsom morfin. Pumpen är av vårdpersonal förinställd på den styrka patienten är ordinerad (Hudcova, McNicol, Quah, Lau & Carr, 2006). PCA-pumpar har även beskrivits öka patienternas välbefinnande och ge en något bättre smärtlindring jämfört med då sjuksköterska administrerar analgetika (Hudcova et al., 2006). Vidare beskriver studien att patienterna i kontrollgruppen där PCA-pumpen användes, hade en högre dos av given analgetika och att ett högre antal noteringar klåda som biverkan. Annars var det ingen skillnad i biverkningar och vårdtiden skiljde sig inte jämfört med kontrollgruppen.

Manias, Bucknall och Botti (2005) visar att sjuksköterskan lägger en stor del av sin arbetstid på att finna lämpliga strategier för postoperativ smärtlindring. Där de icke farmakologiska åtgärderna beskrivs som en viktig del i arbetet mot postoperativ smärta. Pellino m.fl. (2005) visar hur effektiva icke farmakologiska metoder minskar användningen av analgetika som opioider samt minskade oro hos patienter. De icke farmakologiska metoder som användes i studien vid knä- och höftledsplastiker var musik, avslappningsövningar, stressboll, massage, meditation, djupandning, kyla, värme och promenader. Både farmakologiska och icke farmakologiska åtgärder bör kombineras om möjligt för att uppnå en maximal effekt av smärtlindring för patienten (Shang & Gan, 2003). Ett exempel på en icke farmakologisk smärtlindring är transkutan elektrisk nervstimulering (TENS), svaga elektriska impulser leds från en batteridriven apparat till elektroder som är fästa på huden för att aktivera kroppens egna smärthämmande mekanismer. Vid postoperativ smärta fungerar inte TENS ensam som adekvat smärtlindring men kan ha en läkemedelssparande effekt (Werner & Leden, 2010). En annan form av icke-farmakologisk teknik som används vid total knäledsplastik är kyla, så kallad cryocuff. Denna minskar svullnad och blödning och beskrivs ge en upplevd smärtlindring hos patienten (Markert, 2011). Kylbehandlingen har dock inga långvariga effekter (Adie, Naylor & Harris, 2010). Information kan också vara en viktig åtgärd. Vid exempelvis laparaskopi bör patienten bli informerad om att eventuell smärta i skulder och nackregionen kan förekomma postoperativt. Denna smärta orsakas av att koldioxid infunderats i patientens buk under operation, gasen irriterar nervus phrenicus vilket utlöser



smärta. Smärtan är ofarlig, kan sitta i några dagar och kan lindras av lägesändringar (Thomas, 2009).

### Utvärdering av smärtbehandling

En viktig del i arbetet mot postoperativ smärta är att utvärdera given behandling eftersom det annars kan leda till en otillräcklig smärtbehandling med onödigt obehag för patienten. Dock visar en tidigare studie att sjuksköterskan brister i denna utvärdering (Bucknall, Manias & Botti, 2007; Ene et al., 2008). Det är även viktigt att uppmärksamma eventuella biverkningar av given medicinering (Werner & Leden, 2010).

### Obehandlad postoperativ smärta

Sjuksköterskor har en moralisk och professionell skyldighet att lyssna på patienten och behandla deras upplevelse av smärta (Ogston-Tuck, 2012). En obehandlad postoperativ smärta kan leda till komplikationer som fördröjd mobilisering, försämrad lungfunktion, kardiell påverkan, tromboembolism, nedsatt gastrointestinal funktion och långvarig smärta. Smärtan kan även ge psykologiska besvär så som oro, rädsla, nedstämdhet och sömnsvårigheter (Werner & Leden, 2010). Smärta och oro har en negativ påverkan på sårhäkning (Woo, 2012). De flesta som genomgår kirurgi återgår till normala aktiviteter efter några veckor men den akuta smärtan kan övergå till kronisk smärta, denna övergång är komplex och involverar biologiska, psykologiska och sociala omgivningsfaktorer. En stor riskfaktor för utveckling av kronisk smärta, är okontrollerad postoperativ smärta som pågår under flera dagar till veckor (Katz & Seltzer, 2009). Postoperativ smärta är ofta rapporterad som intensiv de första 24 timmarna efter operation, här kan förbättringar göras inom smärtdokumentation och smärtbehandling enligt Fredheim m.fl. (2011).

Ett exempel är efter överviktskirurgi där postoperativ smärta vid laparotomi och laparoskopi är det mest frekventa problemet för patienten (Leykin, Pellis, Del Mestro, Fanti & Marzano, 2008). Hos denna patientgrupp är adekvat smärtlindring viktig då denna grupp har en ökad risk för komplikationer. Smärtan kan orsaka en eftersatt mobilisering vilket kan leda till konsekvenser som trycksår, djup ventrombos och respiratoriska komplikationer (Kaffarnik & Utzolino, 2009).

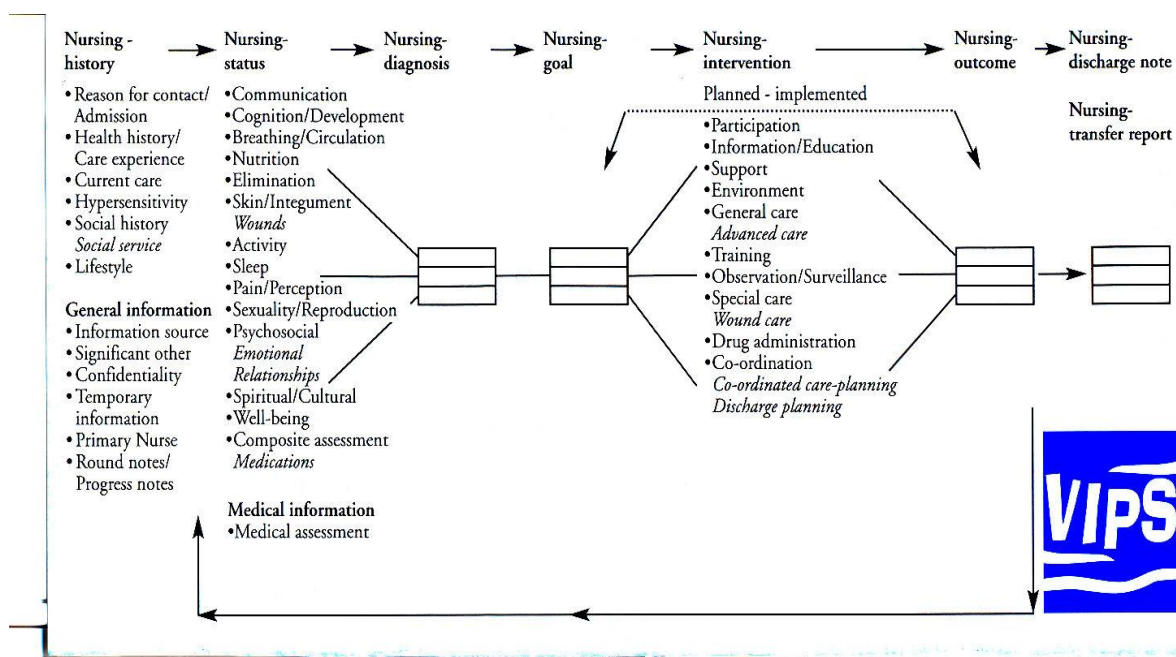
### **Dokumentation**

Hälso- och sjukvården ska bedrivas för att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL](SFS, 1982:763). Patientdatalagen (SFS, 2008:355) beskriver att en individuell patientjournal ska föras. Vidare beskrivs hur dokumentationen alltid ska innehålla uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Syftet med en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård men den fungerar även som en informationskälla för patienten, för uppföljning och utveckling av verksamheten, för tillsyn och rättsliga krav, för uppgiftskyldighet enligt lag samt till forskning. Legitimerad sjuksköterska har en skyldighet att föra journal (SFS, 2008:355). Dokumentationen säkerställer att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet (SOSFS, 2008:14). Patientdatalagen har ersatt den tidigare patientjournalagen (SFS, 1985:562) som upphörde att gälla 1 juli 2008. Kravet för patientjournalens innehåll har dock inte ändrats med den nu gällande lagstiftningen (SFS, 2008:355).

## Strukturerad dokumentation

VIPS är en akronym för Vålbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet. VIPS- modellen för dokumentation av omvårdnadsarbetet publicerades år 1991, med syfte att tydliggöra och strukturera omvårdnadsdokumentationen och utgår från omvårdnadsprocessen (Ehnfors, Thorell-Ekstrand & Ehrenberg, 1991; Björvell, 2011). Sökorden i VIPS är framtagna, beskrivna och testade i fyra doktorsavhandlingar (Björvell, 2002; Ehnfors, 1993; Ehrenberg, 2000; Thorell-Ekstrand, 1994). Enligt VIPS (Björvell, 2011) ska en omvårdnadsjournal beskriva omvårdnadsprocessens olika delar, så som; anamnes, status, diagnos, mål, åtgärder, resultat och epikris. Med omvårdnadsanamnes menas patientens bakgrundshistoria, inkluderande tidigare sjukdomar och vardagligt liv före det aktuella vårdtillfället. Omvårdnadsstatus beskriver patientens aktuella tillstånd vilket kan förändras under vårdtiden. För att strukturera och förebygga omvårdnadsproblem kan en omvårdnadsplan formuleras, bestående av: omvårdnadsdiagnos, omvårdnads mål och planerade omvårdnadsåtgärder. Omvårdnadsdiagnostik är den analys sjuksköterskan gör av insamlad information om patienten. Detta görs med syfte att precisera patientens individuella behov, problem eller resurser för att motivera omvårdnadsåtgärder. Vidare beskriver Björvell (2011) P(R)ES modellen som förklarar strukturen för att formulera en omvårdnadsdiagnos. Denna struktur består i en mening med två alternativt tre steg beroende av vad som beskrivs. Steg ett är att formulera problemet, risken eller resursen. Steg två beskriver vad det är relaterat till (r.t) det vill säga orsaken eller etiologin. Det tredje steget beskriver vad problemet leder till (l.t), alternativt: ”som manifesteras som” (s.m.s), i form av befintliga symtom. Genom att dokumentera en målbeskrivning presenteras det förväntade resultatet av insatta åtgärder, detta mål ska vara realistiskt, mätbart och tidsangivet. Med grund i att omvårdnadsdiagnos och mål dokumenterats utförs lämpliga omvårdnadsåtgärder. Där det finns en skillnad i planerade åtgärder (omvårdnadsordinationer) och genomförda åtgärder. Resultat beskriver effekten av insatta åtgärder. Omvårdnadsepikrisens syfte är att säkra informationsöverföring (Björvell, 2011). Enligt SOSFS (2008:14) ska sjuksköterskan dokumentera omvårdnadsepikris vid vårdepisodens slut för att sammanfatta och utvärdera omvårdnadsåtgärderna under vårdtiden.

I figur 1 visas en schematisk bild av VIPS- modellen (Ehnfors et al., 2006). Axelsson, Björvell, Mattiasson och Randers (2006) beskriver hur sjuksköterskor såg dokumentation av omvårdnadsdiagnoser enligt VIPS som ett sätt att tydliggöra patientens individuella behov. Detta underlättade arbetet med att sätta in åtgärder för patienten. Kommunikationen mellan kollegor blev även tydligare, vilket skapade förutsättningar för kontinuitet och tidsbesparing. Att använda VIPS struktur som hjälpmedel för att undersöka patientens status kan hjälpa sjuksköterskan i det praktiska arbetet genom att öka förståelsen för vårdprocessen (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003a; Darmer et al., 2004). Sjuksköterskor upplever att VIPS är ett bra hjälpmedel vid dokumentation (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003b).



**Figur 1** Schematisk bild av dokumentationens process enligt VIPS, tagen från Ehnfors et al., (2006).

Det finns även andra exempel på standardiserade omvårdnadsdokumentationsstrukturer, Ett av dessa är International Nursing Diagnoses and Classifications (NANDA-I) (Herdman, 2012). Omvårdnadsdiagnoser utvecklade av NANDA används idag även inom ramen för VIPS-strukturen (Björvell, 2011). Omvårdnadsprocessen enligt NANDA beskriver hur sjuksköterskan organiserar vården kring en unik individ. Processen belyser fem delar i en cyklisk process: bedömning, diagnos, planering, implementation, och utvärdering. Sjuksköterskor måste arbeta utifrån standardiserade och väl utvärderade omvårdnadsklassifikationer för att säkerställa patientsäkerheten (Herdman, 2012). En tydlig och korrekt dokumentation är ett viktigt verktyg för att öka kvaliteten i vården eftersom det beskrivs öka patientsäkerheten (Müller-Staub, 2009).

### Hinder för dokumentation

Sjuksköterskor beskrev i en studie av Ehrenberg (2001) att orsaken till otillräcklig dokumentation grundade sig i tidsbrist och avsaknad av tydlig struktur och kunskap kring vad som ska dokumenteras. Även miljön för dokumentation är viktig där en lugn miljö med tid avsatt för dokumentation beskrivs som värdefulla för att reflektera över patienters vård (Björvell, 2011).

### Dokumentation av smärta

Manias m.fl. (2005) beskriver hur kommunikationen mellan vårdgivare och patienter, och mellan vårdgivare sinsemellan är av stor vikt för att ge en god vård kring patienters smärtlindring. Detta då en utförligt beskriven smärtdokumentation gör det möjligt att förmedla patientens smärtupplevelse till övrig personal. Enligt VIPS omvårdnadsstatus är smärta ett sökord med vägledning till dokumentation. Dokumentationen av smärta sker efter bedömning exempelvis av; lokalisation, karaktär, intensitet, tidsperspektiv och utlösande/lindrande faktorer. För att bedöma smärtans intensitet är smärtskattningsskalor av typen VAS ett lämpligt verktyg (Ehrenberg, Ehnfors & Thorell-Ekstrand, 1996; Björvell, 2001). Björvell (2011) har senare även lagt till emotionell beskrivning av smärta i bedömningen. Det har också beskrivits att kvaliteten på smärtdokumentationen i en

verksamhet kan ge en indikation på hur kvaliteten generellt är i den specifika verksamheten (Samuels & Kritter, 2011). Det är önskvärt att smärta som dokumenteras numeriskt även kompletteras med patientens egna upplevelser av smärtan och behandlingen, eftersom en siffra inte fullt ut kan återspegla den kompletta smärtupplevelsen (Brantberg, 2012).

### Instrument för granskning av dokumentation

Instrument för att granska smärtdokumentation är ett viktigt verktyg för att möjliggöra utvärdering av dokumentation med syfte att förbättra eventuell bristfällig dokumentation (Samuels & Fetzer, 2008). Det finns olika typer av granskningsinstrument med olika granskningsstrukturer. De flesta är utvecklade för att granska kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen i sin helhet men ett fåtal har också utvecklats för att granska enskilda omvårdnadsproblem.

Ett strukturerat granskningsinstrument som identifierar vårdskador och tillbud är Global Trigger Tool (GTT) (Socialstyrelsen, 2013). Ett exempel på instrument som utvärderar omvårdnadsdokumentationen i sin helhet är exempelvis granskningsinstrumentet Cat-ch-Ing, som utgår ifrån VIPS. Detta instrument granskar både kvalitet och kvantitet i omvårdnadsjournalen. Detta instrument fokuserar inte på enskilda omvårdnadsproblem, utan granskar omvårdnadsjournaler i sin helhet (Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling, 2000). Ett skattningsinstrument som mäter smärtdokumentationen är Samuel Scale to Rate Pain Management Documentation som bedömer kvaliteten av smärtdokumentationen i termer av smärtskattning och behandling. Instrumentet bedömer inte fullständigheten i smärtdokumentationen och har använts på datajournaler (Samuels & Fetzer, 2008).

Ehnfors och Smedby (1993) har utvecklat ett instrument för granskning av sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation i syfte att förbättra kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen. Granskningsinstrumentet utvärderar fullständigheten av dokumentationen för enskilda omvårdnadsproblem. Detta instrument mäter inte kvaliteten på dokumentationen utan enbart fullständigheten (Ehnfors & Smedby, 1993). Detta instrument har dessutom tidigare använts i studier vid granskning av postoperativ smärtdokumentation, och dessa studier har i vissa fall visat på bristande dokumentation (Abdalrahim, Majali & Bergbom, 2008; Idvall & Ehrenberg, 2002). Abdalrahim, Majali, Stomberg och Bergbom (2011) upprepade sin studie efter att brister hade presenterats och riktade förbättrings åtgärder genomförts. Resultatet visade då ett förbättrat resultat utifrån granskningsinstrumentet. Även vid andra omvårdnadsproblem som trycksår har detta instrument använts för att utvärdera fullständighet kring dokumentationen (Gunningberg, Fogelberg-Dahm & Ehrenberg, 2009).

### **Problemformulering**

Att uppleva smärta är en stressbelastning för kroppen. Denna stress beskrivs vara negativ för kroppens sårhäkning och negativ för livskvaliteten hos patienten (Woo, 2012; Dunwoody et. al, 2008). Obehandlad smärta kan framkalla oro, agitation, sömnsvårigheter och upplevelse av negativa känslor. Smärta ger även risk för immobilisering vilket kan leda till försenad sjukgymnastik, ventromboser, risk för kronisk smärta och förlängda vårdtider (Dunwoody et. al, 2008). Genom att föra en god dokumentation kring smärta ökar patientsäkerheten (Björvell et al., 2003b), eftersom tydlig och fullständig dokumentation kring smärta underlättar kommunikation mellan vårdpersonal och mellan vårdgivare och patient (Manias, et al., 2005). Dock har brister i sjuksköterskans dokumentation av postoperativ smärta framkommit

(Abdalahim et al., 2008; Idvall & Ehrenberg, 2002; Ene et al., 2008) samt att sjuksköterskor inte alltid är medvetna om dessa brister (Idvall och Ehrenberg, 2002). Enligt patientdatalagen (SFS, 2008:355) är dokumentation en informationskälla för uppföljning och utveckling av verksamheten. Genom att granska dokumentationen av smärta kan kvaliteten i dokumentationen och verksamheten analyseras och förbättras (Samuels & Kritter, 2011). Detta kan göras genom att påvisa eventuella brister i dokumentationsunderlag och aktivt arbeta med förbättringar av dessa för att uppnå en högre dokumentationskvalitet (Winther Olsen, 2013). Därför är denna studie viktig för att studera och utvärdera dokumentation som ett led i verksamhetens utveckling.

## **SYFTE**

Syftet var att undersöka hur postoperativ smärta dokumenteras i omvårdnadsjournalen vid en vårdenhets, avseende patienter som genomgått planerad kirurgi som inte kräver intensivvårdsuppföljning.

## **Frågeställningar**

Uppfyller smärtdokumentationen fullständighet utifrån VIPS beskrivning av omvårdnadsproblem, -anamnes, -status, -diagnos, mål, vårdplan, utförd åtgärd, -resultat och -epikris?

Finns det några faktorer som har ett samband med dokumentationens fullständighet såsom typ av operation, patientens kön, år för dokumentation eller eventuell medföljande övervakningskurva eller formulär för dokumentation vid PCA-behandling?

I vilken omfattning ges en fördjupad smärtbeskrivning av lokalisation, intensitet, tidsperspektiv eller utlösande/lindrande faktorer i dokumentationen?

I de smärteepisoder där utförd åtgärd finns dokumenterad, är det av farmakologisk eller icke farmakologisk karaktär?

## **METOD**

Denna kvantitativa studie bygger på empiriskt retrospektivt insamlad data (Polit & Beck, 2012). En retrospektiv studie innebär att man analyserar data som finns befintligt. Metoden valdes eftersom underlag fanns, samt att denna metod är vanlig vid denna typ av studie (Winther Olsen, 2013).

### Verksamhetens karaktär

Studien utfördes på ett svenskt sjukhus som bedriver elektiv kirurgi som inte kräver intensivvårdsuppföljning. Elektiv kirurgi innebär de operationer som i förväg är planerade, de är alltså inte akut utförda. De vanligaste kirurgiska ingreppen åren 2006-2008, med en vårdtid på två nätter eller mer, var gastric bypass, knä- och höftledsplastik samt prostataektomi enligt den administrativa enheten på sjukhuset (Personlig kommunikation, Mikael Sandberg, 11

december 2012). Mindre vanliga operationer var kolporrafi, operation av fot, prolapsplastik, gastric banding och diskektomi.

Sjukhuset där studien genomförs drivs i privat regi, där ansvarig vårdgivare, i detta fall läkare, hyr operationssal och plats med personal på vårdavdelning. Patienterna kommer via försäkring, via landstingsavtal eller är privat betalande. Varje patient är knuten till ansvarig operatörs mottagning där möte med patient sker före och efter operation. Sjukhuset har en utvecklad etisk värdegrund som innefattar; professionalism, engagemang, tillgänglighet och tradition, där respekten för den enskilda individen och dennes behov betonas. Vårdenheten består av två vårdavdelningar där patienter som genomgått kirurgi vårdas. De två avdelningarna betraktas som en enhet där samma personalgrupp roterar mellan avdelningarna. Avdelningarna har ingen specifik bestämd uppdelning av olika typer av operationer utan alla olika typer av kirurgiska ingrepp finns representerade på båda avdelningarna. Ett specifikt smärteam finns på sjukhuset med narkosläkare, narkosköterska och sjuksköterska från vårdenheten.

Som stöd i sjuksköterskans arbete på vårdavdelningarna finns specifika vårdprogram utvecklade av dokumentansvarig sjuksköterska och patientansvarig läkare för varje planerad operation. Vårdprogrammets struktur är uppbyggda som en generell vårdplan med rutinmässiga kontroller, viktiga observandum för specifik operation och riktade specifika omvårdnadsåtgärder, under det pre- och postoperativa vårdförloppet fram till utskrivning. Exempelvis beskrivs i dessa vårdplaner vikten av att kontinuerligt kontrollera att patienten har en god smärtlindring. Även den postoperativa enheten har utvecklade vårdprogram där patienten ska vara adekvat smärtlindrad innan avfärd till avdelning.

Omvårdnadsjournalerna på sjukhuset har fram till nyligen varit handskrivna men är från slutet av år 2012 databaserade. Dokumentationen i omvårdnadsjournalerna utgick vid tidpunkten för studiens granskning och i dagens verksamhet ifrån VIPS-modellen. Det instrument som används på sjukhuset för att bedöma smärtans intensitet är enligt sjukhusets riktlinjer VAS-skalan. Journaler där patienten ordinerats PCA-pump har ett medföljande *formulär för dokumentation vid PCA-behandling*. I detta formulär finns en rubrik för dokumentation av smärtans intensitet enligt VAS, i rörelse respektive i vila, följt av kontroller som andningsfrekvens, blodtryck, puls, sederingsgrad, illamående, kräkning, klåda och medicinregistrering. Även åtgärder dokumenteras på denna lista. Ett annat dokumentationskomplement är en *övervakningskurva*. Där dokumenteras smärtans intensitet enligt VAS, följt av blodtryck, puls, kroppstemperatur, förband, syremättnad och övrigt. Denna övervakningskurva används främst vid gastric bypass operationer. I båda listorna dokumenteras datum och klockslag. Formulär för PCA-behandling och övervakningskurva kommer vidare i arbetet refereras till som ”medföljande kontrollistor”.

## Urval

### Inklusionskriterier

Valda journaler för granskning är dokumenterade åren 2006-2008, på två vårdavdelningar för elektiv kirurgi, vid ett Stockholmsjukhus. Dokumentationen var utförd på patienter inskrivna i minst två nätter på vårdavdelningarna efter utförd operation. Journalgranskningen utfördes på omvårdnadsjournaler med medföljande kontrollistor där smärta fanns dokumenterad. I denna studie granskas dokumentationen från en sammanhängande tidsperiod på

vårdavdelning till utskrivning eller omfattande maximalt 48 timmar med start från att patienten anlänt till vårdenheten från den postoperativa enheten.

### Exklusionkriterier

Patienter som krävt en reoperation inom 48 timmar från ankomst till vårdenheten eller som övernattat på den postoperativa enheten det första dygnet.

### **Journalinsamling**

Administrationsavdelningen på sjukhuset lämnade ut personnummer på patienter inlagda minst två nätter efter utförd operation under åren 2006-2008 i ett Excel dokument. Detta resulterade i 2452 tillgängliga journaler. Utifrån dessa journaler slumpades med hjälp av Microsoft Excel (2010) de 60 journaler som utgjorde urvalet i denna studie. I alla utvalda journaler lämnades ett informationsblad angående studien, innehållande kontaktuppgifter till författare och handledare (Bilaga I). Journalerna avidentifierades därefter inför analys.

### **Bortfall**

Efter genomläsning av 60 journaler plockades tre stycken journaler bort ur studien utifrån exklusionskriterierna. I två av de tre journalerna framkom att patienterna vårdats på postoperativ enhet första natten och i den tredje journalen framkom att patienten reopererats. Därför exkluderades dessa tre journaler från studien.

### **Genomförande av journalgranskning**

För att få en överensstämmelse och motverka subjektivitet inleddes granskningen med att nio journaler granskades gemensamt av författaren och handledaren. Denna analys gjordes separat och ingen konversation mellan granskarna förekom under denna analys. Efter analysen jämfördes granskningsresultaten för att utvärdera överensstämmande. Detta visade på god överensstämmelse och granskningsinstrumenten ändrades således inte. I detta moment testades kvaliteten och utformningen av metoden för att öka objektiviteten (Polit & Beck, 2012). Varje enskild journal innehöll ett varierat antal smärteepisoder. En smärteperiod innebär i studien det dokumenterade smärtförloppet med start från beskrivet smärtstatus till eventuell plan, åtgärd och resultat.

### Fullständighet i dokumentation av smärta

Smärtdokumentationens fullständighet i varje smärteperiod granskades utifrån instrumentet *Dokumentationens fullständighet för enskilda omvårdnadsproblem* (Bilaga II), konstruerat av Ehnfors och Smedby (1993) och presenterat på svenska av Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (1998). Dokumentationen granskades utifrån en femgradig poängskala, där tre anses vara tillfredsställande dokumentation:

1. *Problemet finns beskrivet, eller åtgärd är planerad eller genomförd*
2. *Problemet finns beskrivet, och åtgärd är planerad eller genomförd*
3. *Problemet finns beskrivet, och åtgärd är planerad eller genomförd och resultat finns.*

4. *Problemet finns beskrivet, och åtgärd är planerad och genomförd och resultat finns*
5. *Innehåll motsvarande alla omvårdnadsprocessens delar (=VIPS huvudsökord) finns.*

Detta granskningsinstrument utvärderar kvantitativt dokumentationens fullständighet för enskilda omvårdnadsproblem. Utifrån varje bedömningsrubrik i granskningsinstrumentet utvärderades befintlighet alternativt avsaknad (Bilaga II). Om anteckning fanns redovisades det som *ett* i granskningsmallen. Avsaknad redovisades som *noll*. För bedömning av förekomst under granskningsrubriker kunde ett exempel under granskningsrubriken utförd åtgärd vara ”*Läkemedelshantering: Se tillfällig ordinationslista*”. De smärteepisoder med dokumentation ”*patienten beskriver sig väl smärtlindrad*” har i studien bedömts som en trea i poäng. Eftersom omvårdnadsproblemet smärta finns beskrivet, åtgärden och resultat är utvärderade i denna form av dokumentation av patientens smärta. All data från granskningsanalysen fördes in i ett kalkylblad i Microsoft Excel (2010), som var utformat på samma sätt som granskningsinstrumentet, där varje kolumn representerade en rubrik från granskningsinstrumentet. Faktorer som eventuellt kunde påverka frekvensen tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder, och som var intressanta för studiens frågeställning var: medföljande kontrollistor, år för dokumentation, patientens kön och typ av operation. Operationerna delades in i vanliga respektive mindre vanliga operationer, där gruppen vanliga operationer innefattade operationer med fler eller lika med 25 stycken dokumenterade smärteepisoder och de mindre vanliga innefattade operationer med färre än 25 stycken dokumenterade smärteepisoder.

#### Kvalitetsbedömning av smärtdokumentation

Ett komplement till denna analys gjordes för att kvantitativt beskriva kvalitetsaspekter av smärtbeskrivning i dokumentationen, genom att räkna antal dokumenterade kommentarer vid varje smärteepisod avseende granskningsrubrikerna lokalisering, karaktär, intensitet, tidsperspektiv och utlösande/lindrande faktorer. Dessa granskningsrubriker är hämtade från VIPS-riktlinjer åren för granskad dokumentation, gällande smärtbeskrivning (Björvell, 2001). Förekomsten av dokumentationer gällande adekvat smärtlindring har även tagits med som en kompletterande granskningsrubrik. Ett exempel på avsaknad av smärtbeskrivning kunde vara ”*patienten har ont*” medan ”*patienten har ont, VAS 4*” har bedömts som förekomst av smärtbeskrivning under granskningsrubriken intensitet. I kvalitetsbedömningen ingick även att notera antalet farmakologiska respektive icke farmakologiska åtgärder med en beskrivning av förekomst av dokumentation under varje granskningsrubrik.

#### **Analys**

##### Beskrivning av stickprov

Antalet smärteepisoder per journal redovisas i ett frekvensdiagram. Detta för att beskriva hur journaler samt smärteepisoder fördelade sig över de olika faktorerna; år, kön och operation.

##### Fullständighet i dokumentation av smärta

För varje smärteepisod summerades antalet förekomster av dokumentation under respektive granskningsrubrik. För att visa dokumentationens fullständighet summerades det totala antalet smärteepisoder för de olika poängsättningskriterierna (1-5). Proportioner av tillfredsställande smärteepisoder för de olika valda faktorerna operation, kön, år och medföljande kontrollistor,



redovisas deskriptivt i form av tabeller. Effekten av olika faktorer på frekvensen tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder, analyserades statistiskt med ett Chi2 test. Denna statistiska analys utförs i Microsoft Excel (2010). Signifikansnivån för studien är 0.05, enligt Polit och Becks (2012) riktlinjer för kvantitativa studier inom omvårdnadsforskning.

### Kvalitetsbedömning av smärtdokumentation

För att bedöma kvaliteten av smärtbeskrivningar summerades förekomsten av kombinationer av flera smärtbeskrivningar för varje smärteepisod. Under granskningsrubriken åtgärd analyserades även avsaknad respektive förekomst av dokumenterad farmakologisk och/eller icke-farmakologisk åtgärd. Denna frekvens summerades för att beskriva i vilken grad de olika åtgärderna dokumenterades.

### **Forskningsetiska överväganden**

Verksamhetschef och chefläkare tillfrågades angående studien och ett skriftligt godkännande erhöles (Bilaga III) innan författaren fick tillgång till journaler för granskning. Enligt överenskommelse med sjukhusets chefläkare gjordes ingen forskningsetisk ansökan då det enligt Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor 2§ inte anses att högskoleutbildning på avancerad nivå är forskning.

Vetenskapsrådet (2011) beskriver att vid hantering av material till studier benämns anonymitet, konfidentialitet, sekretess och tystnadsplikt som fyra viktiga begrepp. Med anonymitet innebär att det är omöjligt att hänföra materialet till en viss individ och med konfidentialitet ska åtgärder som skyddar den personliga integriteten vidtas (Vetenskapsrådet, 2011). För att värna om den personliga integriteten avidentifierades alla journaler innan de kopierades. Personuppgifter har således inte varit tillgängliga i journalerna för författaren under dataextraktion och analys. Med personuppgifter avses all information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person som är i livet enligt Personuppgiftlag (1998:204). De personuppgifter som togs bort var personnummer, adress, fullständigt namn och uppgifter om närstående. För att igenkänning av enskilda patienter skulle undvikas valdes också journalerna mellan åren 2006-2008 då författaren inte arbetade på sjukhuset. Data förvarades på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde komma åt dem, de avidentifierade journalerna lämnade aldrig sjukhuset och förvarades inlåsta. Vid hantering av patientjournaler har Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) följts.

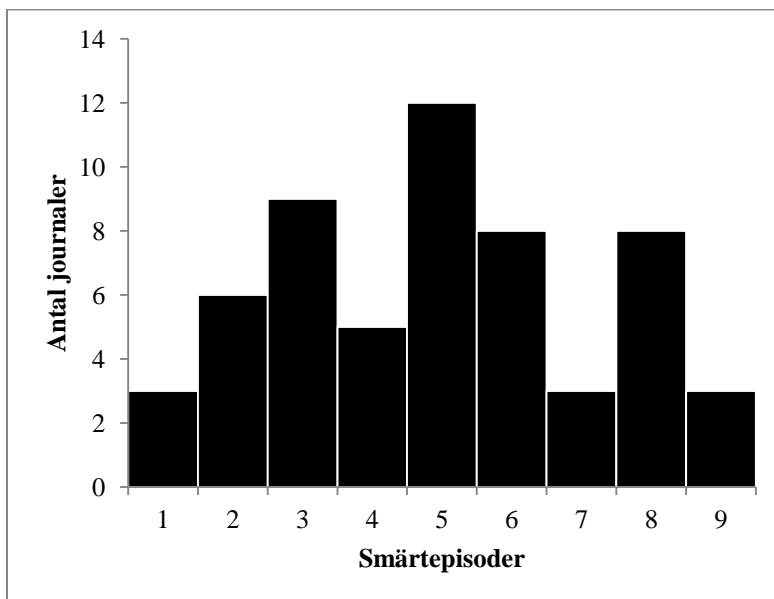
Alla individer ska informeras om att han eller hon ingår i en studie, (Vetenskapsrådet, 2011). I varje journal lämnades därför ett meddelande om studien och information angående avidentifiering av journal innan analys (Bilaga I). Hermerén (1996) beskriver också vikten av att inte utsätta någon för kränkning eller förödmjukelse i sin forskning. Då journalerna var handskrivna samt författaren arbetar på sjukhuset för studien, finns risk för eventuell igenkänning av kollegas dokumentation. Syftet med studien var dock inte att granska enskild personals dokumentation, därför noterades inga personalnamn. För att minimera eventuell oro kring detta hos personalen informerades därför personalen muntligt och skriftligt vid avdelningsmöten innan studien påbörjades om studiens syfte.

## RESULTAT

Först redovisas en översikt av urvalets fördelning över typ av operation, år och kön. Sedan redovisas fullständigheten i journalföringen utifrån granskningsinstrumentet. Frekvensen tillfredsställande dokumenterade smärtepisoder presenteras och redovisas för faktorerna; medföljande kontrollistor, år, kön och operation. Med tillfredsställande dokumentation menas de smärtepisoder som bedömdes med poäng >2, enligt Ehnfors och Smedby (1993). Faktorerna analyseras för att se om det finns någon faktor som har en effekt på frekvensen tillfredsställande dokumenterade smärtepisoder. Slutligen presenteras den kvalitetsbedömning som utförts av dokumentationen.

### Beskrivning av urval

I de 57 inkluderade och analyserade journalerna fanns det totalt 282 smärtepisoder dokumenterade. Varje journal innehöll mellan ett till nio dokumenterade smärtepisoder där fem dokumenterade smärtepisoder per journal var mest frekvent förekommande (Figur 2). De 57 journalerna omfattade 15 olika typer av operationer, där de vanligaste var höftledsplastik och gastric bypass, följt av prostataektomi, total knäledsplastik, dekompression och transuretral resektion av prostata. Nio typer av operationer fanns endast rapporterade i en journal vardera (Tabell 1).



**Figur, 2.** Antal beskrivna smärtepisoder som är dokumenterade per journal.

**Tabell 1** Antalet dokumenterade smärteepisoder per typ operation ( $n=282$ ), samt antal journaler per operation ( $n=57$ ).

Operation	Journaler		Smärteepisoder	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Höftledsplastik	14	(24.60)	67	(24)
Gastric bypass	12	(21.05)	70	(25)
Prostataektomi	8	(14.0)	38	(13)
Knäledsplastik, total	7	(12.30)	40	(14)
Dekompression	5	(8.80)	25	(9)
Transuretral resektion av prostata	2	(3.50)	3	(1)
Artrodes av fotens leder	1	(1.75)	3	(1)
Diskektomi	1	(1.75)	3	(1)
Knäledsplastik, delprotes	1	(1.75)	6	(2)
Myomextirpation, laparotomi	1	(1.75)	2	(1)
Radikal mastektomi	1	(1.75)	3	(1)
Reduktionsplastik bröst	1	(1.75)	5	(2)
Rotatorcuffsutur	1	(1.75)	5	(2)
Salpingooforektomi	1	(1.75)	4	(1)
Supravaginal uterusamputation	1	(1.75)	8	(3)
<b>Totalt</b>	<b>15</b>	<b>57 (100)</b>	<b>282 (100)</b>	

Fördelningen av kvinnor och män var jämnt fördelad över de 57 journalerna, samt över dokumenterade smärteepisoder. Det var något fler journaler år 2007 och år 2008 jämfört med år 2006, däremot var antalet smärteepisoder jämnt fördelade över de tre åren (Tabell 2).

**Tabell 2** Antal (*n*) journaler och dokumenterade smärteepisoder i dessa journaler, och fördelningen av dessa (%) mellan män, kvinnor och mellan åren 2006, 2007 och 2008.

Kön	Journal	Smärteepisod
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Kvinna	27 (47)	141 (50)
Man	30 (53)	141 (50)
<b>Totalt</b>	<b>57</b>	<b>282</b>
<b>År</b>		
2006	15 (26)	87 (31)
2007	22 (39)	98 (35)
2008	20 (35)	97 (34)
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>282</b>

### Fullständighet i dokumentation av smärta

Resultatet av granskningen av fullständigheten i dokumentationen visar att granskningsrubrikerna omvårdnadsanamnes och omvårdnadsstatus fanns beskrivet flest gånger. Däremot saknades helt dokumentation av omvårdnadsdiagnos, mål och vårdplan i journalerna (Tabell 4). Vidare visade granskningen att 93 procent av de dokumenterade smärteepisoderna innehöll utförd åtgärd, medan omvårdnadsresultatet endast var dokumenterat i 65 procent av smärteepisoderna.

**Tabell 4** Antal dokumentationer per granskningsrubrik där max antal möjliga dokumentationer för varje rubrik är 282 st.

<b>Granskningsrubriker</b>	<b>Dokumenterade</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Omvårdnadsanamnes		280	(99)
Omvårdnadsstatus		282	(100)
Omvårdnadsdiagnos		0	(0)
Mål		0	(0)
Vårdplan		0	(0)
Utförd åtgärd		262	(93)
Omvårdnadsresultat		184	(65)
Omvårdnadsepikris		3	(1)

Resultat av poängsättningen av tillfredsställelse med dokumentationen utifrån Ehnfors och Smedbys (1993) poängskala visar att 65 procent av smärteepisoderna uppfyller kravet för tillfredsställande dokumentation (>2 poäng) medan det i övriga smärteepisoder visar sig att dokumentationen var ofullständig. Vidare visar resultatet en total avsaknad av poängsättning fyra och fem (Tabell 5). För att en smärteepisod ska bedömmas med poäng fyra eller högre, krävs att dokumenterad smärteepisod innefattar vårdplan. Total avsaknad av vårdplan innebär total avsaknad av poängbedömning fyra och fem.

**Tabell 5** Poängen från granskningen av smärteepisoders fullständighet för omvårdnadsproblemet smärta (Ehnfors & Smedby, 1993). Resultatet från poängsättning per episod ( $n=282$ ).

<b>Poäng</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
1	13	(5)
2	85	(30)
3	184	(65)
4	0	(0)
5	0	(0)
<b>Total</b>	<b>282</b>	<b>(100)</b>

Totalt varierade andelen smärtepisoder som uppfyllde kravet för tillfredsställande dokumentation mellan 33-100 procent, för de femton olika operationerna (Tabell 6). Andelen smärtepisoder som uppfyllde kravet på tillfredsställande dokumentation bland de fyra vanligaste operationerna var 61-69 %. Vid några av de mer sällan förekommande operationerna, exempelvis knäledsplastik (delprotes), myomextirpation och radikal mastektomi, var 83-100 procent tillfredsställande dokumenterade. Dock var dessa operationer endast representerade i en liten del av de totala smärtepisoderna.

**Tabell 6** Antalet tillfredsställande (poäng >2) smärtepisoder för varje utförd operation ( $n=282$ ).

Operation	Smärtepisod	Poäng >2
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Höftledsplastik	67 (24)	41 (61)
Gastric bypass	70 (25)	48 (69)
Prostataektomi	38 (13)	23 (61)
Knäledsplastik, total	40 (14)	27 (68)
Dekompression	25 (9)	16 (64)
Transuretral resektion av prostata	3 (1)	2 (67)
Artrodes av fotens leder	3 (1)	2 (67)
Diskektomi	3 (1)	1 (33)
Knäledsplastik, delprotes	6 (2)	5 (83)
Myomextirpation, laparotomi	2 (1)	2 (100)
Radikal mastektomi	3 (1)	3 (100)
Reduktionsplastik bröst	5 (2)	3 (60)
Rotatorcuffsutur	5 (2)	4 (80)
Salpingooforektomi	4 (1)	2 (50)
Supravaginal uterusamputation	8 (3)	5 (63)
<b>Totalt</b>	<b>282 (100)</b>	<b>184 (65)</b>

Resultatet visar att smärtepisoder dokumenterade år 2006 var något lägre i andel tillfredsställande dokumenterade smärtepisoder jämfört med år 2007 (Tabell 7). Dock var denna skillnad inte statistiskt signifikant ( $\chi^2=3.99$ ,  $df=2$ ,  $p=0.14$ ). Någon signifikant effekt på frekvensen av tillfredsställande dokumenterade smärtepisoder kunde heller inte ses avseende faktorerna; Typ av medföljande kontrollista ( $\chi^2=0.14$ ,  $df=3$ ,  $p=0.99$ ), kön ( $\chi^2=0$ ,  $df=1$ ,  $p=1$ ) och typ av operation ( $\chi^2=0.31$ ,  $df=1$ ,  $p=0.58$ ). Andelen tillfredsställande dokumenterade smärtepisoder för dessa tre faktorer varierade mellan 65-69 procent (Tabell 7).

**Tabell 7** Antal och Andel tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder (poäng >2), för faktorerna; medföljande kontrollistor, år, kön och operation.

<b>Faktorer</b>	<b>Smärteepisoder n</b>	<b>Poäng &gt; 2 n (%)</b>
<b>Medföljande kontrollistor</b>		
Ingen medföljande dokumentationslista	215	139 (65)
Övervakningskurva	9	6 (67)
Formulär för dokumentation vid PCA-behandling	55	37 (67)
Formulär för dokumentation vid PCA-behandling samt Övervakningskurva	3	2 (67)
<b>År</b>		
2006	87	50 (57)
2007	98	70 (71)
2008	97	64 (66)
<b>Kön</b>		
Kvinna	141	92 (65)
Man	141	92 (65)
<b>Operation</b>		
Vanliga operationer	240	155 (65)
Mindre vanliga operationer	42	29 (69)

### Kvalitetsbedömning av smärtdokumentation

Studiens kvalitetsbedömning redovisas per smärteepisod (n=282). Analysen visar att intensitet var den beskrivning av smärtans kvalitet som mest frekvent dokumenterades, detta i 41 procent av smärteepisoderna. Karaktär och tidsperspektiv dokumenterades minst frekvent, endast i fyra procent av det totalt 282 smärteepisoderna (Tabell 8). Dokumenterad smärtbeskrivning som enbart består av ”patienten har ont” och ”ont” har bedömts sakna beskrivning av smärta.

**Tabell 8** Antal dokumenterade smärtbeskrivningar där varje smärtbeskrivning kan vara dokumenterad i max 282 episoder. Andelen är baserad på 282 smärteepisoder för varje enskild smärtbeskrivning.

<b>Beskrivning av smärta</b>	<b>n (%)</b>
Adekvat smärtlindrad	79 (28)
Lokalisation	43 (15)
Karaktär	11 (4)
Intensitet	115 (41)
Tidsperspektiv	12 (4)
Utlösande/lindrande faktorer	65 (23)
<b>Totalt</b>	<b>325 (115)*</b>

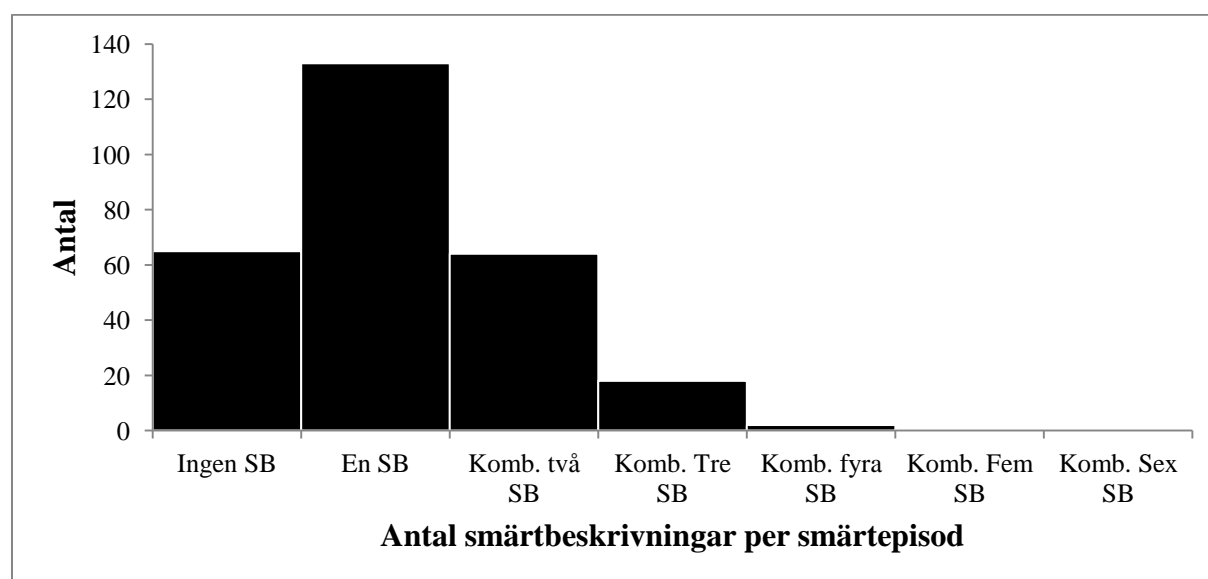
\*Det totala antalet observationer överskrider dokumenterade smärteepisoder då varje smärteepisod kunde innehålla mer än en smärtbeskrivning.

I beskrivningen av smärtintensitet dokumenterades främst resultat från VAS-skalan (Tabell 9). I vissa fall dokumenterades en verbal beskrivning av intensiteten exempelvis ”vaknar med svåra smärtor, gråter” och i ett fåtal fall kombinerades dessa beskrivningar. En av smärtepisoderna beskrev en siffra utan att precisera vilket instrument som använts (Tabell 9).

**Tabell 9** Fördelningen av dokumenterad intensitetsbeskrivning (n=115).

Beskrivning av smärtintensitet	n (%)
VAS	103 (87)
Verbal beskrivning	11 (10)
Kombination (VAS + Verbal)	2 (2)
Oklar skala	1 (1)
<b>Total</b>	<b>115 (100)</b>

Av alla dokumenterade smärtepisoder (n=282) innehöll 84 smärtepisoder en kombination av flera smärtbeskrivningar (Figur 3). I de allra flesta smärtepisoder (n=133) beskrevs smärta endast utifrån en typ av smärtbeskrivning uppdelat på kvalitetsgranskningsrubrikerna; adekvat smärtlindrad, lokalisering, karaktär, intensitet, tidsperspektiv och utlösande respektive lindrande faktorer. Ingen smärtepisod innehöll fler smärtbeskrivningar än fyra. Utifrån de valda granskningsrubrikerna är en kombination av sex granskningsrubriker möjligt att observera.



**Figur 3**, Antalet dokumenterade kombinationer (Komb.) av smärtbeskrivningar (SB) per smärtepisod (n=282). Där max antal möjliga kombinerade smärtbeskrivningar (SB) är sex stycken per smärtepisod baserat på kvalitetsbedömningen av dokumentationen.

Vid dokumentation av smärtåtgärd var farmakologiska åtgärder de mest frekvent dokumenterade (67 %) (Tabell 10). I vissa fall fanns även en kombination av farmakologiska och icke-farmakologiska åtgärder dokumenterade. Exempel på dokumenterade icke farmakologiska åtgärder var ”cryocuff och läkarkonsultation”.

**Tabell 10** Antal utförda farmakologiska och icke farmakologiska åtgärder var för sig och i kombination per utförd åtgärd ( $n=213$ ).

<b>Utförd åtgärd</b>	<b><i>n</i> (%)</b>
Farmakologisk	142 (67)
Icke farmakologisk	19 (9)
Kombination	52 (24)
<b>Total</b>	<b>213* (100)</b>

\*Det maximala antalet smärteepisoder är 213 då endast de episoder finns med som innehöll dokumentation som omfattade smärteåtgärd.

## DISKUSSION

Syftet med denna studie var att belysa hur postoperativ smärta dokumenterades i omvårdnadsjournalen vid två vårdavdelningar. Granskningen av dokumentationens fullständighet visar att 65 procent av smärteepisoderna uppfyllde kriterier för fullständig dokumentation, där smärteproblematiken fanns beskriven och åtgärd samt uppföljning var dokumenterad. Studien visade inte på någon signifikant skillnad i antalet tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder mellan män och kvinnor, typ av operation, medföljande kontrollista och typ av operation. Kvalitetsbedömningen visar att dokumentation utifrån valda kvalitetsgranskningsrubriker oftast innehöll en beskrivning av patientens smärta främst i form av intensitet.

## Metoddiskussion

### Design

Studien bygger på empiriskt retrospektivt insamlad data. Fördelen med vald metod är att underlaget för studien redan finns (Polit & Beck, 2012), vilket underlättar insamling av data. Av praktiska anledningar hade troligen granskning av datajournaler varit en mer tidsbesparande metod, då hantering och kopiering av pappersjournalerna tog en stor del av datainsamlingstiden. Polit och Beck (2012) beskriver bias som influenser som påverkar studiens resultat och på så vis minskar validiteten. Att det är en retrospektiv studie innebär även att den granskade smärtdokumentationen i föreliggande studie dokumenterades utan kännedom om studien, vilket var en fördel eftersom sjuksköterskans smärtdokumentation inte anpassades efter studien, och på så vis minskade risken för bias. Åren för granskad journalföring var 2006-2008. Detta grundar sig i ett etiskt övervägande då författaren inte arbetade på sjukhuset perioden för utförd dokumentation, för att undvika igenkänning av journal eller granskning av journaler där författaren själv dokumenterat. Det är viktigt att eftersträva objektivitet i studier (Vetenskapsrådet, 2011) och genom att undvika igenkänning minskas också risken för subjektiva bedömningar. Polit och Beck (2012) beskriver generaliserbarhet som den grad studien kan generaliseras till en större grupp än den studerade. En svaghet med vald tidsperiod är att resultatet inte direkt kan appliceras på dagens verksamhet, vilket gör att studiens generaliserbarhet minskar. I dokumentationsriktlinjerna enligt VIPS modellen har ett tillägg med emotionell betydelse lagts till i VIPS beskrivning av smärtstatus (Björvell, 2011). Detta undersöktes inte i denna studie då den granskar riktlinjerna från åren 2006-2009. Det är dock inga stora förändringar som skett i VIPS dokumentationsriktlinjer för smärta tiden efter studien och det har heller inte skett utbildningar på



avdelningen i dokumentation. Detta talar för att studien resultat är aktuellt och kan diskuteras i dagens verksamhet. Det som har förändrats på den vårdenhet där studien genomfördes är, som tidigare nämnts, övergången från pappersjournal till datajournal. Därför hade en jämförelse mellan denna studie och studie baserat på datajournal varit intressant för att utvärdera hur generaliserbara resultaten från denna studie är.

### Urval

En maximaltid för hur stor del av utförd dokumentation som granskas sattes till 48 timmar från det att patienten blivit utskriven från den postoperativa enheten. Denna begränsning gjordes för att få en hanterbar tidsram att bedöma dokumentationen utifrån. Möjligheten för smärtdokumentation av vissa rubriker, främst utvärderingen, kan därmed ha missats eftersom patienten efter de 48 timmarna kan ha haft en dokumenterad utvärdering av tidigare dokumenterad smärtåtgärd. Det kan ha inneburit smärteepisoder inte bedömts som tillfredsställande smärtdokumentation relaterat till begränsat tidsmönster. Studien granskar dokumentation utförd under en period av tre år, vilket ökar studiens generaliserbarhet för vårdenheten eftersom en längre granskad tidsperiod minskar risken att av slumpskäl välja ett bra respektive dåligt år.

### Journalinsamling

Tillgång till alla dokumenterade journaler utifrån valda inklusionskriterier erhöles efter godkännande från chefläkare och verksamhetschef för vårdenheten. Polit och Beck (2012) beskriver att det vid urval från en population finns risk för bias. Fördelen med denna studie var att hela populationen kunde identifieras, där populationen i denna studie definieras som alla sjukhusets befintliga journaler som var utförda åren 2006-2008 på postoperativa patienter med en vårdtid på minst två nätter. Därför kunde frekvensen operationer i urvalet jämföras med frekvensen operationer i denna population, för att utvärdera om urvalet var representativt för populationen. Urvalet i studien visade sig överensstämma väl med given data utifrån det totala antalet operationer de givna åren. De fyra vanligaste kategorierna av beskrivna operationer i populationen överensstämde med de fyra vanligaste kategorierna av operationer i urvalet. Eftersom de sextio journalerna slumpades med hjälp av en slumpvalsgenerator, där alla journaler hade lika stor möjlighet att bli valda, kunde inte författaren påverka urvalet. Urvalet är därför att betrakta som fullständigt randomiserat. Polit och Beck (2012) beskriver att ett urval som är totalt slumpmässigt inte löper risk för bias, men ett sådant urval inte garanterar att urvalet blir representativt. Med ökad urvalstorlek ökar sannolikheten för att urvalet blir representativt för populationen. Överensstämmandet mellan urval och population gällande frekvensen av de olika operationerna, samt den jämna fördelningen av kön och år indikerar slumpmässighet och skulle också kunna ge en indikation på att urvalets storlek medförde att det var representativt för populationen.

### Bortfall

Totalt exkluderades tre journaler från det slumpade urvalet. En journal exkluderades då patienten re-opererades inom 48 timmar från ankomst till avdelning och två journaler exkluderades då patienterna övernattat på den postoperativa enheten. Vid en reoperation kan smärtdokumentationen bli mer riktad mot smärta vilket inte ger den generella bilden av verksamhetens smärtdokumentation. Vid övernattnings på den postoperativa enheten saknas smärtdokumentation i de granskade journalerna då den postoperativa enheten har egna journaler. Bortfallet borde inte ha någon större effekt på frekvensen tillfredsställande respektive icke tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder. Om de tre journalerna skulle

ha innehållit fem icke tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder vardera skulle frekvensen tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder istället för sextiofem procent bli sextiotvå procent vilket är en mycket liten skillnad.

### Forskningsetiska överväganden

Studiens genomförande diskuterades med medicinskt ansvarig chefläkare på sjukhuset och beslut togs att ingen forskningsetisk ansökan behövdes göras. Det är viktigt att hålla god ordning i sin studie, både vid hantering av journaler och vid analys av journaler. Anonymitet kan upprätthållas om individens identitet inte noteras vid insamling av material (Vetenskapsrådet, 2011). Då studiens syfte inte var att granska unika individer har alla journaler avidentifierats. De avidentifierade journalerna har inte lämnat sjukhuset och förvaras inlåsta i sjukhusets journalarkiv. En svaghet med studien är att författaren själv har avidentifierat journalerna. Att alla journalerna avidentifierades innan analys påbörjades minskar dock risken för igenkänning av enskild individs journal. Det är viktigt att inte forskning utsätter någon individ för kränkning eller förödmjukelse (Hermeren, 1996). Då författaren arbetar på sjukhuset där studien genomförs, har etiska resonemang för varje moment i studien förts för att minimera risken att individer på något sätt upplever sig kränkta. Vid två tillfällen informerades personalen på enheten där studien genomfördes angående studiens syfte. Vid ett av tillfällena noterades även informationen och skickades ut via mail till personalen på enheten. Detta gjordes för att minimera eventuell oro hos personalen, och förtydliga att ingen individ av personalen skulle granskas utan endast dokumentationen av smärta i omvårdnadsjournalerna.

### Tolkning och användning av valda granskningsinstrument

Validitet innebär att mätinstrument som används mäter det som avses mätas (Borg & Westerlund, 2012; Polit och Beck, 2012). Analysen bygger på ett granskningsinstrument utvecklat år 1993. Instrumentet utgick då ifrån rådande lagstiftning kring dokumentation, Patientjournalagen (1985:562). Idag har denna lag ersatts av patientdatalagen (2008:355). Stycket ”en patientsjournalens innehåll” som förekommer i patientjournalagen (1985:562) och som ersätter Patientdatalagen (2008:355), innehåller inga ändringar som påverkar validiteten för Ehnfors & Smedby (1993) granskningsinstrument som användes i denna studie. Personlig kontakt togs även med Anna Ehrenberg och Catrine Björvell av handledaren (AWL) som bekräftar att instrumentet kan vara relevant för denna typ av studie. Fördelen med instrumentet är att det granskar fullständighet vid enskilda omvårdnadsproblem. Vid genomgång av olika instrument i litteraturen återfanns inget motsvarande instrument med detta fokus.

För att bedöma dokumentationens kvalitet användes ett av författaren utvecklat instrument för att kvantitativt bedöma smärtdokumentationen. Detta instrument har inte tidigare använts och därför inte validitets- eller reliabilitetstestats. Samtidigt är det ett instrument vars syfte endast är att deskriptivt beskriva förekomst alternativt avsaknad av smärtbeskrivning samt eventuella kombinationer av smärtbeskrivningar med utgångspunkt i VIPS beskrivning av smärtdokumentation.

Hur noggrant ett instrument mäter det som instrumentet är avsett att mäta visar på instrumentets reliabilitet (Borg & Westerlund, 2012; Polit och Beck, 2012).

Granskningsinstrument utvecklat av Ehnfors och Smedby (1993) har använts i tidigare studie, där instrumentet visat på god reliabilitet (Idvall & Ehrenberg, 2002). För att öka reliabiliteten

vid analysens dataextraktion utfördes den kollegiala granskningen av de nio journaler i inledningsfasen av studien, utförd av författare och handledare, tydliggjorde tolkningen av granskningsinstrumenten. Resultatet från denna första granskning resulterade i god överensstämmelse av bedömning utifrån granskningsinstrumentet, vilket indikerar att instrumentet är reliabelt och visar på objektivitet i bedömningarna av dataextraktionen. Under arbetets gång har en kontinuerlig dialog förts mellan författare och handledare. Uppkomna tolkningsfrågor har också fortlöpande diskuterats med handledare för att öka objektiviteten i bedömningen. Ökad objektivitet i denna form av studie är betydelsefull då studien ska kunna upprepas med likvärdig bedömning. Trots att denna studie granskar dokumentation med ett fokus på smärta borde metoden vara applicerbar på andra typer av vårdverksamheter där VIPS används som riktlinjer för dokumentation. Denna typ av studie kan även appliceras på andra typer av omvårdnadsproblem för att utvärdera och utveckla vården.

### Ämnesval

Denna studie är ett exempel på tillämpad studie. Med tillämpad studie, avses kunskaper som syftar till en förbättring, exempelvis vid förändring i en organisation (Vetenskapsrådet, 2011). På vårdenheten där studien genomfördes pågick under studiens gång en organisatorisk förändring, då dokumentationen övergick från pappersjournal till datajournal. Resultatet från denna studie kan därför ge en bild av smärtdokumentationen på vårdenheten de åren som omfattas i de journaler som granskats. Tidigare journalgranskningsstudier som genomförts i verksamheten med start år 2009 är baserade på Global Trigger Tool (GTT) modellen (Socialstyrelsen, 2013). GTT fokuserar inte på fullständighet kring dokumentation eller omvårdnadsproblemet smärta, då syftet istället är att via strukturerad granskning, identifiera vårdskador eller tillbud. Därför är vald metod i denna studie viktig för att bidra med nya kunskaper med fokus på smärtdokumentation till verksamheten.

### **Resultatdiskussion**

#### Individanpassad dokumentering

Upplevelse av smärta är individuell och ska tolkas efter den unika patientens upplevelse (IASP, 2012; Norrbrink & Lundeberg, 2010). Vårdverksamhetens arbete ska grunda sig i respekt för den enskilda individen och dennes behov.

Studiens resultat visar att omvårdnadsanamnes dokumenterats i alla omvårdnadsjournaler utom en. För att kunna uppnå optimal smärtlindring är information angående preoperativ smärta, rädsla för operation och katastroftänkande kring smärta viktig, eftersom de är identifierade riskfaktorer för postoperativ smärta (Sommer et al., 2011). Den höga frekvensen av dokumenterad omvårdnadsanamnes i denna studie, indikerar att en dialog förts med patienten innan operation, vilket ökar möjligheten att identifiera individuella riskfaktorer för att smärtlindra patienten.

Dock visade alla journaler i föreliggande studie avsaknad av vårdplan, mål och omvårdnadsdiagnos. Detta resulterar i avsaknad av poängbedömning fyra och fem. En anledning till avsaknad av vårdplan i dokumentationen kan bero på att det för varje typ av operation, finns utformade skriftliga riktlinjer som beskriver plan och mål för hela vårdförloppet, uppdelat för varje enskild dag. En annan orsak till avsaknad av omvårdningsmål i dokumentationen kan bero på att enheten har ett generellt övergripande mål för vården som är 100 procent nöjdhet med smärtlindring, och 100 procent nöjdhet med smärtlindring inom rimlig tid. Det har dock tidigare visats att denna typ av rutinmässiga riktlinjer i vissa fall kan

innebära att patienten inte upplever vården som individanpassad (Idvall et al., 2008). Därför kan det vara viktigt att individanpassa smärtlindringen för att uppnå 100 procent nöjdhet.

Det finns tre olika komponenter som beskriver smärtupplevelsen enligt Norrbrink och Lundeberg (2010), den sensoriskt diskriminativa, den affektiva och den kognitiva komponenten. För att bedöma smärtans helhet utifrån dessa komponenter rekommenderar VIPS att smärtans lokalisering, karaktär, intensitet, tidsperspektiv och utlösande/lindrande faktorer bedöms och dokumenteras (Björvell, 2001). För att fånga smärtans komplexitet är det därför värdefullt vid en smärtbeskrivning att kombinera flera av VIPS-modellens smärtbeskrivningar. Dock visade det sig i denna studie att det var vanligast att smärteepisoderna endast innehöll en typ av smärtbeskrivning, av vilket den mest frekvent förekommande var intensitet. Dokumentation av smärtintensitet har tidigare beskrivits som viktigt för att kommunicera patientens upplevelse av smärtans intensitet mellan vårdpersonal samt för utvärdering kring given behandling (Williamson & Hoggart, 2005). En tidigare studie har visat att dokumentering av intensitet med hjälp av VAS skalan var bristfällig (Ene et al., 2008). I föreliggande studie dokumenterades VAS-skalan i hög utsträckning. Detta beror troligtvis på sjukhusets generella riktlinjer som rekommenderar VAS skalan vid bedömning av patientens smärtintensitet. Brantberg (2012) beskriver att det är önskvärt att intensitetsskattning utifrån valt instrument även kompletteras med patientens upplevelse av given behandling då enbart en siffra inte beskriver detta i dokumentationen. Resultatet från denna studie visar en låg frekvens av kombination med olika smärtbeskrivningar. Smärtans karaktär var den beskrivning som var dokumenterad minst antal gånger. Smärtkaraktär är viktigt att dokumentera eftersom den kan identifiera smärta som ter sig avvikande från ett normalt postoperativt förlopp (Searle, Howell & Bennet 2012). För att öka kvaliteten i smärtdokumentationen bör därför rekommendationer ges för att utveckla dokumentationens omfattning till att gälla flera delar av den individuella smärtupplevelsen, med hjälp av att kombinera VIPS rekommenderade smärtbeskrivningar.

Resultatet i denna studie visar att det inte fanns någon skillnad i antalet tillfredsställande respektive icke tillfredsställande smärteepisoder mellan man och kvinna. Dock kan det enligt Polit och Beck (2012) finnas andra faktorer som påverkar resultatet och som är viktiga att fokusera på vid resultattolkning. I studiens resultat skulle typ av operation kunna vara en faktor som påverkar antalet tillfredsställande smärteepisoder mer än typ av kön. De fem mest vanligt förekommande operationerna hade likvärdig frekvens av tillfredsställande smärteepisoder och varierade mellan 61-69 procent. Detta i jämförelse med antalet tillfredsställande smärteepisoder för de mindre vanliga operationerna på sjukhuset, där frekvensen tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder varierade mellan 33-100 procent. Denna stora variation kan bero på få dokumenterade smärteepisoder för de mindre vanliga operationerna vilket försvårar jämförelsen mellan vanliga respektive mindre vanliga operationer. Däremot fanns det ingen skillnad i andel tillfredsställande dokumenterade smärteepisoder om de summerades för varje operationsgrupp, vanliga respektive mindre vanliga operationer. Förekomst av medföljande övervakningskurva eller formulär för dokumentation vid PCA-behandling visade ingen effekt på frekvens av tillfredsställande smärteepisoder jämfört med de smärteepisoder som saknade denna typ av formulär. Detta resultat motsäger Idvall & Ehrenbergs (2002) studie om dokumentationens fullständighet som visade att medföljande listor ökade fullständigheten i dokumentationen.

Icke farmakologiska åtgärder är en viktig del i arbetet mot postoperativ smärta som sjuksköterskan lägger stor tid på (Manias et al., 2005). Föreliggande studie visar att dokumentationen av icke farmakologiska åtgärder är betydligt mindre vanligt förekommande jämförd med dokumentationen av farmakologiska åtgärder. Sjukhuset har utvecklade

vårdprogram som även beskriver vissa omvårdnadsåtgärder vilket kan bidra till att dessa inte dokumenteras eftersom de då ses som en självklarhet att de används. Dock kan det vara bra för att förtydliga kommunikationen mellan kollegor vad som använts och fungerar bäst för just den unika patienten, eftersom detta underlättar möjligheten för individuellt anpassade smärtåtgärder (Axelsson et al., 2006).

### Patientsäkerhet

All hälso- och sjukvård ska bedrivas för att tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet (SFS, 1982:763). Denna studie visar att åtgärd är beskriven i 93 procent av smärteepisoderna. Däremot är resultat endast beskriven i 65 procent. I de dokumenterade smärteepisoder i denna studie där dokumentation av resultat saknas kan det eventuellt ha funnits en ökad risk att patientens smärta inte tillräckligt behandlats. Även tidigare studier visar hur sjuksköterskan brister i att utvärdera given behandling (Bucknall et al., 2007; Ene et al., 2008). En obehandlad smärta kan leda till ett flertal komplikationer för patienten vilket kan påverka patientsäkerheten negativt (Werner & Leden, 2010; Woo, 2012; Katz & Seltzer, 2009). Därför är det viktigt för patientsäkerheten att utvärdera och dokumentera given smärtbehandling.

Studien visar att det enbart identifierats tre stycken omvårdnadsepikriser. Enligt SOSFS (2008:14) ska en patientjournal innehålla epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård. För att öka kontinuiteten i omvårdnaden bör även sjuksköterskan dokumentera omvårdnadsepikris för den unika individen (Björvell, 2011). Sjukhusets riktlinjer är att dokumentera omvårdnadsepikris då patienten ska flyttas till annan vårdinstans, detta kan vara orsaken till det låga antalet omvårdnadsepikriser i studien.

### Utvärdering och förbättring av smärtdokumentation

Patientjournalen är en viktig informationskälla för att följa upp och utveckla verksamheten (SFS, 2008:355). Enligt Samuels och Kritter (2011) beskrivs att kvaliteten på smärtdokumentation kan ge en indikation av verksamhetens kvalitet. Resultatet visar att smärtdokumentationen i mer än hälften av smärteepisoderna uppfyllde kraven på tillfredsställande (poäng>2) dokumentation. Vilket innebar att problemet fanns beskrivet, åtgärd var utförd och resultat dokumenterat. För att öka proportionen av antalet fullständigt dokumenterade smärteepisoder, har tidigare studier visat att utbildning inom journalföring ökat fullständighet vid dokumentation av smärta (Abdalahim et al., 2011). Avdelningen saknar specifika interna riktlinjer för omvårdnadsdokumentation vilket skulle kunna vägleda personalen i dokumentationen och förtydliga smärtdokumentationens riktlinjer på vårdavdelningen. Denna studie kan vara användbar för utveckling av sådana riktlinjer. I arbetet för en god omvårdnadsdokumentation har Karolinska Universitetssjukhuset en årlig journalgranskning (Björvell, 2011). I arbetet för att förbättra dokumentationen på sjukhuset där föreliggande studie genomfördes skulle liknande mål och utvärderingar utvecklas. Resultatet beskriver i första hand hur det såg ut i verksamheten under tiden för studien, men kan kanske också ge en indikation på vad som kan behöva utvärderas och eventuellt förbättras i dagens smärtdokumentation. Det granskningssätt som använts i studien kan även appliceras på databaserade journaler då granskningsrubrikerna även idag är aktuella enligt VIPS. Ehrenberg (2001) beskriver hur sjuksköterskor beskrev att orsaken till otillräcklig dokumentation grundade sig i tidsbrist, avsaknad av tydlig struktur och kunskap kring vad som ska dokumenteras. Arbetsmiljön har inte undersökts i föreliggande studie men kan vara av intresse att diskutera för att förbättra verksamheten med fokus på dokumentation.

## **Slutsats**

Studien indikerar att mer än hälften av de dokumenterade smärteepisoderna var tillfredsställande. Samtidigt visade studien på total avsaknad av vårdplan, mål och omvårdnadsdiagnos i granskad dokumentation. Granskningsinstrumenten i studien utgår från VIPS modellen, detta gör även sjukhusets dokumentation. Eftersom även tidigare studier (Abdalrahim et al., 2008; Idvall & Ehrenberg, 2002) gjorda på andra sjukhus visar liknande brister kan det antas att denna svaghet kanske ligger i dokumentationsriktlinjernas tydlighet snarare än hos journalförande vårdpersonal alternativt bristande utbildning i dokumentationsriktlinjerna. Kvalitetsgranskningen visar att sjuksköterskans dokumentering av smärtbedömning sällan kombineras med flera olika typer av smärtbeskrivningar. Effektiv smärtbehandling grundas på kännedom om patientens helhetsupplevelse och beskrivning av smärta. Detta är viktigt för att kunna kommunicera den smärta som patienten upplever, för att möjliggöra en mer adekvat smärtbehandling. Därför är utförlig dokumentation av smärta viktig för att höja kvaliteten av dokumentationen och underlätta kommunikationen av patientens upplevda smärta. För att utveckla och förbättra fullständigheten i dokumentationen, kan dokumentationsutbildning för sjuksköterskan bidra till förbättring och vara ett led i denna utveckling. Resultaten från denna studie kan möjligen utgöra en del i verksamhetens diskussion och utveckling av dokumentationsriktlinjer men även ligga som grund för diskussion för alla sjuksköterskor som dokumenterar smärta.

## **Fortsatt Forskning**

Fler studier inom ämnet bör göras för att kunna generalisera resultatet samt bidra till utveckling av den postoperativa smärtdokumentationen. Detta ökar möjligheten att ge en mer individanpassad vård vilket samtidigt höjer patientsäkerheten.

## **Tack**

Ett stort tack till min handledare Agneta Wennman-Larsen. Genom att ge mig nya utmaningar och konstruktiv återkoppling har framförallt arbetet men även jag utvecklats. Du är en stor inspiration och förebild för mig.

## REFERENSER

- Adie, S., Naylor, J.M., & Harris, I.A. (2010). Cryotherapy after total knee arthroplasty a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Arthroplasty*, 25(5), 709-715.
- Abdalahim, M.S., Majali, S.A., & Bergbom, I. (2008). Documentation of postoperative pain by nurses in surgical wards. *Acute pain*, 10, 73-81.
- Abdalahim, MS., Majali, S.A., Stomberg, M.W., & Bergbom, I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse education in practice*, 11(4), 250-255.
- Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A-C., & Randers, I. (2006). Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 15,(8) 936-945.
- Björvell, C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C. (2002). *Nursing documentation in clinical practice. Instrument development and evaluation and evaluation of a comprehensive intervention programme*. Akademisk avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Björvell, C. (2011). *Sjuksköterskans journalföring och informationshantering – en praktisk handbok* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., & Wredling, R. (2000). Development of an nursing audit instrument for nursing care plans in patient records. *Quality in health care: QHC*, (9)1, 6-13.
- Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003a). Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 402-410.
- Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003b). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 12,(2), 206-214.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2012) *Statistik för beteendevetare – faktabok*. (3. uppl.). Malmö: Liber.
- Brantberg, A.L. (2012). Dokumentation [Smärtskattning av akut och postoperative smärta]. Hämtad från: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/Dokumentation/>
- Bucknall, T., Manias, E., & Botti, M. (2007). Nurses' Reassessment of Postoperative Pain After Analgesic Administration. *The Clinical Journal of Pain*, 23(1), 1-7.
- Collins, S.L., Moore, R.A., & McQuay, H.J. (1997). The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimeters? *Pain*, 72(1-2), 95-97.

Darmer, M.R., Ankersen, L., Nielsen, B.G., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2004). The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(3), 325-332.

van Dijk, J.F.M., van Wijck, A.J.M., Kappen, T.H., Peelen, L.M., Kalkman, C.J., & Schuurmans, M.J. (2012). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 65-71.

Dunwoody, C.J., Krenzischek, D. A., Pasero, C., Rathmell, J.P., & Polomano, R.C. (2008). Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 9(1), 11-21.

Ehnfors, M., Angermo, L.M., Berring, L., Ehrenberg, A., Lindhart, T., Rotegard, A.K., Thorell-Ekstrand, I. (2006). Mapping VIPS Concepts for Nursing Interventions to the ISO Reference Terminology Model for Nursing Actions: A Collaborative Scandinavian Analysis. *Studies in Health Technology and Informatics*, 122, 401-405.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (1998). *VIPS-boken – Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet.

Ehnfors, M. (1993) Quality of care from a nursing perspective. Akademisk avhandling. Uppsala Universitet.

Ehnfors, M., & Smedby, B. (1993). Nursing Care as Documented in Patient Records. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 7(4), 209-220.

Ehnfors, M., Thorell-Ekstrand, I., & Ehrenberg, A. (1991). Towards basic nursing information in patient records. *Vård i Norden*, 11(3-4), 12-31.

Ehrenberg, A. (2000). In pursuit of the common thread. Nursing content in patient records with special reference to nursing home care. Akademisk avhandling. Uppsala Universitet.

Ehrenberg, A. (2001). Nurses' Perceptions Concerning Patient Records in Swedish Nursing Homes. *Vård i Norden*, 59(21), 9-14.

Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand, I. (1996). Nursing documentation in patient records: experience of use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 853-867.

Ene, K.W., Nordberg, G., Berg, I., Johansson, F.G., & Sjöström, B. (2008). Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing* 17(15), 2042–2050.

Fredheim, O.M., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., & Borchgrevink, P.C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 131(18), 1763-1777.

Grazia De Marinis, M., Piredda, M., Chiara Pascarella, M., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D., Alvaro, R., & Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!'



consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1544-1552.

Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M., & Ehrenberg, A. (2009). Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1557-1564.

Gunningberg, L., & Idvall, E. (2007). The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 756-766.

Herdman, T. H. (2012)(Ed.). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Hermerén, G. (1996). *Kunskapens pris: Forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap*. (2:a uppl.) Stockholm: Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR).

Hudcova, J., McNicol, E., Quah, C., Lau, J., & Carr, D.B. (2006). Patient controlled opioid analgesia versus conventional opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database of systematic reviews*, 18(4).

Idvall, E., & Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 734-742.

Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhjelm, J., & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nursing and Health Sciences*, 10(2), 131-136.

Joelsson, M., Olsson, L-E., & Jakobsson, E. (2010). Patients' experience of pain relief following hip replacement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2832-2838.

International Association for the study of pain - IASP. (2012). *IASP Taxonomy*. Hämtat 2 december, 2012 från IASP: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm#Pain>

Kaffarnik, M., & Utzolino, S. (2009). [Postoperative management of patients with BMI >40kg/m<sup>2</sup>]. *Zentralblatt für Chirurgie*, 134(1), 43-49.

Katz, J., & Seltzer, Z. (2009). Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 723-744.

Leykin, Y., Pellis, T., Del Mestro, E., Fanti, G., & Marzano, B. (2008). Perioperative management of 195 consecutive bariatric patients. *European journal of anaesthesiology*, 25(2), 168-170.

Lundeberg, T., Lund, I., Dahlin, L., Borg, E., Gustafsson, C., Sandin, L., Rosén, A., Kowalski, J., & Eriksson, S.V. (2001). Reliability and Responsiveness of three different pain assessments. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33(6), 279-283.

Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2005). Nurses' Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. *Pain Management Nursing*, 6(1), 18-29.

Markert, S.E. (2011). The use of cryotherapy after a total knee replacement: a literature review. *Orthopedic Nursing*, 30(1), 29-36.

Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(1), 9-15.

Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (Red.). (2010). *Om SMÄRTA – ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Ogston-Tuck, S. (2012). A silent epidemic: community nursing and effective pain management. *British Journal of Community Nursing*, 17(11), 512, 514, 516-518.

Pellino, T.A., Gordon, D.B., Engelke, Z.K., Busse, K.L., Collins, M.A., Silver, C.E., & Norcross, N.J. (2005). Use of Nonpharmacologic Interventions for Pain and Anxiety After Total Hip and Total knee Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 24(3), 182-190.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rudin, Å., Brantberg, A.L., Eldh, E., & Sjölund, K.H. (2011). *Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling*. Hämtad från: <http://sfai.se/files/21-9%20Riktlinjer%20för%20postoperativ%20smärtbehandling%20B.pdf>

Samuels, J.G., & Kritter, D. (2011). Pain Management Documentation – Analyzing One Hospital's Computerized Clinical Records. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 29(9), 512-518.

Samuels, J.G., & Fetzer, S. (2008). Development of the Samuels Scale to Rate Pain Management Documentation. *Pain Management Nursing*, 9(4), 166-170.

Searle, R.D., Howell, S.J., & Bennet, M.I. (2012). Diagnosing postoperative neuropathic pain: a Delphi survey. *British Journal of Anaesthesia*, 109 (2), 240-4.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1985:562. *Patientjournallag*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1998:204. *Personuppgiftlag*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

Shang, A.B., & Gan, T.J. (2003). Optimising Postoperative Pain Management in the Ambulatory Patient. *Drugs*, 63(9), 855-867.

Socialstyrelsen. (2013). *Strukturerad journalgranskning för att identifiera och mäta förekomst av skador i vården enligt metoden Global Trigger Tool- Handbok för patientsäkerhetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17839/2009-11-34.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.

SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stener-Victorin, E., Kowalski, J., & Lundeberg, T. (2002). A new highly reliable instrument for the assessment of pre- and postoperative gynecological pain. *Anesthesia and analgesia*, 95(1), 151-157.

Thomas, B.R. (2009). Cholecystectomy: take a look at two options. *Nursing*, 39(2), 36-39.

Thorell-Ekstrand, I. (1994). *Clinical nursing education. The learning of individual care planning*. Akademisk avhandling. Institution för medicin. Stockholm: Karolinska.

Vetenskapsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning – Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed - Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011*.

Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från:

<http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf>

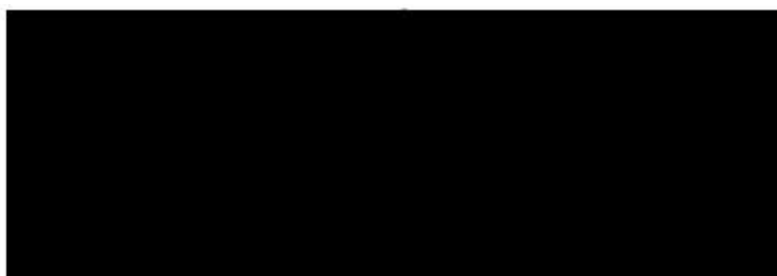
Werner, M., & Leden, I. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

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

Winther Olsen, S. (2013). Quality Improvement in Documentation of Postoperative Care Nursing Using Computer-Based Medical Records. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28(2), 77-86.

Woo, KY. (2012). Exploring the effects of pain and stress on wound healing. *Advances in Skin & Wound Care*, 25(1), 38-44.

Wu, C., & Raja, S.N. (2011). Treatment of acute postoperative pain. *The Lancet*, 377(9784), 2215-2225.



### Meddelande om studie av journalgranskning

Denna journal har i avidentifierad form granskats i syfte att undersöka dokumentation av postoperativ smärta i omvårdnadsjournaler. Studien har legat till grund för en magisteruppsats inom ramen för Magisterprogrammet i Omvårdnadsvetenskap med inriktning Akutsjukvård, 60 högskolepoäng, vid Sophiahemmet Högskola. Totalt granskades 60 stycken slumpvis utvalda journaler, varav denna journal var en. Avidentifieringen innebär att namn och personnummer täckts över innan journalen kopierades inför granskningen. De som granskade journalen var inte anställda vid [redacted] och har därmed inte varit inblandade i den vård och/eller behandling som gavs under tidsperioden för de journaler som granskats 2006-2008.

Granskningsgruppen utgjordes av:

Lena Arvidsson, leg. [redacted]  
samt Magisterstudent vid Sophiahemmet Högskola med handledning av Agneta Wennman-Larsen, Med Dr, leg sjuksköterska, Lektor, Sophiahemmet Högskola.

Tillstånd att genomföra studien på [redacted] har godkänts av [redacted], chefläkare och [redacted], verksamhetschef sjukvård.

[redacted], december 2012.  
Lena Arvidsson leg. sjuksköterska

**DOKUMENTATIONENS FULLSTÄNDIGHET FÖR ENSKILDA OMVÅRDNADSPROBLEM**

(Granskningsinstrument.)

Omvårdnads:

Problem	-anammes,	-status	-diagnos	-mål	vårdplan	utförd åtgärd	-resultat	-epikris
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Problemet finns beskrivet, eller åtgärd är planerad eller genomförd
  2. Problemet finns beskrivet, och åtgärd är planerad eller genomförd
  3. Problemet finns beskrivet, och åtgärd är planerad eller genomförd och resultat finns.
  4. Problemet finns beskrivet, och åtgärd är planerad och genomförd och resultat finns
  5. Innehåll motsvarande alla omvårdnadsprocessens delar (=VIPS huvudsökord) finns.
- God beskrivning av problemet, relevant för omvårdnad.

---

För att höja kraven på kvalitet kan kriterier för de olika delarna bestämmas före granskningen, t ex vilka delar måste finnas för att problemet ska anses beskrivet, vilka åtgärder måste vara planerade etc.

*Fullständigheten i dokumentation av enskilda problem. (Ehnfors & Smedby, 1993). Från Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (1998).*

## Bilaga III

Stockholm 2012-12-04

Till verksamhetschef \_\_\_\_\_ och Chefsöverläkare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Jag heter Lena Arvidsson och är Legitimerad sjuksköterska anställd vid \_\_\_\_\_. Jag studerar vid Magisterprogrammet i omvårdnadsvetenskap inriktning akutsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. Som vi tidigare diskuterat kommer mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, innefatta en journalgranskningsstudie kring postoperativ smärta (var god se bifogad projektplan för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Som anställd vid \_\_\_\_\_, vårdenheten är jag mycket intresserad av få genomföra studien vid \_\_\_\_\_, då jag tror att resultaten av studien skulle kunna vara intressanta för den kliniska verksamheten vid den enhet där jag arbetar.

För att få genomföra studien krävs, som nämnts, formellt godkännande av verksamhetschef samt chefsläkare. För godkännande av att studien genomförs vid \_\_\_\_\_ vänligen underteckna nedan. Har Ni frågor rörande studien är Ni välkomna att kontakta mig eller min handledare Agneta Wennman-Larsen, Med Dr, Leg ssk, Lektor, Sophiahemmet Högskola.

Vänlig hälsning

\_\_\_\_\_  
**Lena Arvidsson, Leg ssk, magisterstudent, Sophiahemmet Högskola**  
Tfn: \_\_\_\_\_  
E-postadress: [lena.arvidsson@shh.se](mailto:lena.arvidsson@shh.se)

\_\_\_\_\_  
**Agneta Wennman-Larsen, Med Dr. Leg ssk, Lektor, Sophiahemmet Högskola**  
Tfn: \_\_\_\_\_  
E-postadress: [agneta.wennman-larsen@shh.se](mailto:agneta.wennman-larsen@shh.se)

## Bilaga III

Jag godkänner härmed att Lena Arvidsson får utföra studien "Sjuksköterskans dokumentation av postoperativ smärta - en journalgranskningsstudie" på kliniken under följande tidsperiod 121204-130322.

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Verksamhetschef, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Chefsöverläkare, \_\_\_\_\_