



**SJUKSKÖTERSORS ERFARENHET AV SMÄRTSKATTNINGSARBETE OCH
KÄNNEDOM OM CENTRALA RIKTLINJER FÖR SMÄRTSKATTNING**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2016-01-11
Kurs: 44
Författare: Josefine Bjällstrand
Författare: Maria Sjöberg

Handledare: Britten Jansson
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Smärta är en subjektiv upplevelse som påverkas av flertalet faktorer och bör snarare ses ur detta perspektiv än vilken typ av vävnadsskada den kan härledas till. Smärta skall angripas i ett helhetsperspektiv vilket tar hänsyn till hela patientens upplevelse och lidande.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av smärtskattning, smärtskattningsverktyg och kännedomen om centralt uppsatta riktlinjer för smärtskattning.

Metod

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ metod, vilken beskrev sjuksköterskornas levda erfarenheter. Data samlades in med hjälp av halvstrukturerade intervjuer. I studien intervjuades sju legitimerade sjuksköterskor utvalda med hjälp av urvalskriterier uppsatta för att kunna besvara studiens syfte. Materialet analyserades med en induktiv kvalitativ analysmetod och bearbetades med en manifest metod.

Resultat

Resultatet visade på tillgångar och begränsningar i sjuksköterskans smärtskattningsarbete. Tillgångarna återfanns i sjuksköterskans praktiska arbete och i de strukturer sjuksköterskorna ansåg behjälpliga i arbetet med smärtskattning. Begränsningarna avsåg de områden sjuksköterskorna uppfattade hindra ett effektivt smärtskattningsarbete. Vidare framkom att sjuksköterskorna hade begränsad kännedom om att centrala riktlinjer för smärtskattning fanns upprättade på sjukhuset och deras innehåll. Flertalet förslag på förbättringsarbeten framkom.

Slutsats

Resultatet visade att sjuksköterskorna strävade efter ett aktivt smärtskattningsarbete för att lindra lidande och ge patienterna möjlighet till optimal smärtbehandling. Dock beskrevs flertalet strukturella och kunskapsmässiga begränsningar vilka försvårade omvårdnaden vid smärta. Detta kunde leda till att patienterna inte fick en optimal smärtbehandling, vilket kunde gett ett ökat lidande och en försämrad återhämtning efter sjukdom eller operativa ingrepp.

Nyckelord: Centrala riktlinjer, Lidande, Optimal smärtbehandling, Smärtskattning,

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Smärta	1
Smärtskattning	2
Lidande.....	3
Sjuksköterskans roll och ansvar	4
Problemformulering.....	5
SYFTE	6
METOD	6
Val av Metod.....	6
Urval	6
Datainsamling	7
Dataanalys.....	7
Forskningsetiska överväganden.....	9
RESULTAT	9
Erfarenhet av tillgångar i smärtskattningsarbetet	10
Erfarenhet av begränsningar i smärtskattningsarbetet	11
Sjuksköterskornas förslag till förbättringsarbete.....	12
DISKUSSION	13
Resultatdiskussion	13
Metoddiskussion	15
Slutsats.....	17
REFERENSER	18

BILAGA A - C

INLEDNING

Internationell forskning visar på en diskrepans mellan vårdenheters centrala riktlinjer för smärtskattning och hur smärtskattningsverktygen används av sjuksköterskor (Forgeron, Twycross & Williams, 2015; Barker, Spence & Wilson, 2014; Akar, Arslan, Koca, Ozdogan & Tural, 2014; Davies & Harmer, 1998). I enlighet med sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2014) bör centrala riktlinjer följas för att kunna erbjuda ett kvalitetssäkrat smärtskattningsarbete och optimal smärtlindring. Sjuksköterskan kan därmed lindra patienters lidande i enlighet med International Council of Nurses [ICN] etiska kod för sjuksköterskor (2014). Författarna anser därför att det är relevant att beskriva sjuksköterskors erfarenhet utav smärtskattning och användning av smärtskattningsverktyg.

BAKGRUND

Smärta

Smärta definieras av International Association for the Study of Pain (1994) som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven som sådan skada.

Smärtans väg

Enligt Drozd, Filip, Swieboda och Prystupa (2013) beror smärtan på irritation av receptorer, även kallade nociceptorer. Nociceptorerna finns på nervslut belägna i hud och vävnad. Två typer utav nervfiber leder smärta. Delta A- fibrer leder skarp, väldefinierad smärta, exempelvis från ett slag, snitt eller en elektrisk stöt. C-fibrer leder brännande eller värkande smärta, vilka kan upplevas pulserande och molande. Smärtan kommer följaktligen i två faser. A-fiber skapar den första fasen, vilken utgör en snabb varningssignal och ger en reaktion på ett eventuellt hot. Den andra fasen utgörs av C-fibrerna. Ett stimuli skickas av nociceptorerna till ryggmärgen för att kopplas om och fortsätta mot de centrala delarna av hjärnan. Den grundläggande känslan av smärta uppstår när thalamus mottagit signalen. Signalen fördelas därefter till limbiska systemet, hjärnans känslocentrum, och hjärnbarken var smärtan uppfattas och tolkas. Lundeberg och Norrbrink (2010) beskriver smärta som aktivitet i nervfiber specialiserade att förmedla smärta. Varseblivning uppstår när signalerna nått hjärnan. Smärta kan upplevas utan att någon aktivitet i nervfibrerna påvisats.

Akut smärta

Lundeberg och Norrbrink (2010) beskriver vidare smärtans indelning i akut eller långvarig. Akut smärta avgränsas till ett förväntat och överskådligt förlopp på högst sex månader. Exempel på akut smärta är den som uppstår till följd av trauma eller operation. Intensitet och duration står i proportion till vävnadsskadan. Akut smärta medför ökad pulsfrekvens, förhöjt blodtryck, ökad andningsfrekvens, svettningar och ökad muskelaktivitet. Smärta kan leda till oro, ångest och rädsla, vilket förstärker upplevelsen av den ursprungliga smärtan. Gouin och Kiecolt-Glaser (2011) beskriver hur fysiologisk och psykologisk stress påverkar kroppens läkningsförmåga negativt. Danaher, Merkel och Williams (2015) påpekar att läkning och återhämtning efter operativa ingrepp försämras av smärta.

Långvarig smärta

Lundeberg och Norrbrink (2010) redogör för att långvarig smärta oftast är akut smärta som pågått i över sex månader och till följd har orsakat permanenta förändringar i nervsystemet. Smärta kvarstående en längre tid kan övergå till ett ihållande smärttillstånd, även kallat ett smärtsyndrom. Smärtsyndromet påverkar flertalet av kroppens system såsom immunsystemet, det endokrina systemet, det autonoma nervsystemet och de motoriska funktionerna. Förändringar i nämnda system kan påverka sömnkvaliteten, sinnesstämningen, daglig aktivitet och kognitiva funktioner såsom minne, inläring och koncentrationsförmåga. För att minska risken för att akut smärta övergår till ett smärtsyndrom ska kartläggning och behandling adekvata för tillståndet tidigt initieras. Bjälje, Haug, Sand och Sjaastad (2013) påpekar att smärtupplevelsen kan förstärkas om patienten har en pessimistisk syn på smärtans ursprung.

Smärtupplevelsen

Rodriguez (2015) menar att upplevelsen av smärta är subjektiv och bör betraktas ur detta perspektiv snarare än vilken grad och typ av vävnadsskada den kan härledas till. Ur ett omvårdnadsperspektiv bör smärta enligt McGuire (1992) ses som en subjektiv upplevelse med känslomässiga, beteendemässiga och sociokulturella dimensioner. Dimensionerna är komplext hopplänkade, vilket påverkar individens smärtupplevelse. Barlow (2004) menar att när vi upplever ett hot mot vårt välbefinnande framkallar det rädsla och oro. Smärta är ofta associerat till ett potentiellt hot och framkallar därför existentiella känslor och tankar. Linton (2013) talar om att kontext och situation där smärtan uppstår påverkar hur vi uppfattar den. Exempelvis kan ett sjukvårdssammanhang upplevas som en trygg kontext, vilket kan reducera smärtupplevelsen. I en utlämnande och hotfull situation kan smärtupplevelsen istället förstärkas. Iannetti och Mouraux (2004) beskriver att upplevelsen av och uttryck för smärta formas av ens kulturella kontext och de sociala koder och tabun som är gällande. Smärtupplevelsen påverkar ens beteende, men ens beteende påverkar också smärtupplevelsen. Strategier för att hantera smärta är inlärd beteenden, som påverkar upplevelsen både på ett psykologiskt och fysiologiskt plan. Detta genom att beteendet kan generera nya reaktionsmönster i hjärnan.

Smärtskattning

Hawthorn och Redmond (1999) beskriver att smärta ska angripas ur ett helhetsperspektiv som tar hänsyn till hela patienten och dennes tillstånd. De menar att smärta är ett ständigt föränderligt fenomen, vilket medför att en kontinuerlig utvärderingsprocess är en nödvändig komponent i smärtbehandlingen. Forster, Herrmann, Klopfenstein, Mamie och Van Gessel (2000) anser att en förutsättning för en korrekt utvärdering är att kartlägga patientens totala smärtupplevelse och att beskriva smärtans förändring över tid. I arbetet med att kontinuerligt utvärdera smärta och smärtbehandling används olika smärtskattningsverktyg. Allwood, Bergh, Gunnarsson, Odén, Sjöström och Steen (2005) betraktar dessa som verktyg för patienten att använda i beskrivningen av sin smärtupplevelse. Kartläggning med smärtskattningsverktyg innan smärtbehandling inleds ger ett referensvärde som möjliggör utvärdering av behandlingseffekten.

Smärtskattningsverktyg

I hälso- och sjukvården används olika smärtskattningsverktyg beroende på enhetens riktlinjer. Visual Analog Scale (VAS) skattar smärtans intensitet. Genomförandet av smärtskattning tar en minut och hälso- och sjukvårdspersonalen behöver ingen specifik utbildning (French, Hawker, Kendzerksa & Mian, 2011).

VAS-instrumentet är en tio centimeter lång plaststicka vilken har en nummerskala 0-10 på baksidan avsedd för hälso- och sjukvårdspersonalen. Sidan avsedd för patienten har en markör som utan gradering kan flyttas mellan ingen smärta och värsta tänkbara smärta (French, Hawker, Kendzerksa & Mian, 2011).

Numeric Rate Scale (NRS) är avsedd för vuxna patienter och mäter smärtans intensitet. Till skillnad från VAS, är denna numerisk gentemot patienten. Patienten återger ett nummer mellan 0-10 där 0 är ingen smärta och 10 värsta tänkbara smärta för att ge en beskrivning av smärtans intensitet. NRS är ett verbalt smärtskattningsverktyg (French et al., 2011). För att skatta genomsnittlig smärta under en begränsad period kan verbal smärtskattningsskala (VRS) användas. Smärtskattningen skall bestå av minst fem skalsteg, till exempel ”ingen”, ”lindrig”, ”måttlig”, ”stark” och ”mycket stark” (Lundeberg & Norrbrink, 2010).

För målgruppen barn mellan sju och tio år finns smärtskattningsverktyget Face Pain Scale-revised (FPS-R). FPS-R skalan är delvis numerisk, 0 till 10, där 0 är ”ingen smärta” och 10 representerar ”väldigt mycket smärta”. Under sifferraden finns sex ansikten tecknade med olika smärtuttryck inritade. Ansiktena är avsedda för att barnet skall peka på det ansiktsuttryck som bäst motsvarar barnets smärta (Lundeberg & Norrbrink, 2010).

Riktlinjer för smärtskattning

Enligt Bahtsevani, Stoltz och Willman (2011) ökar kraven på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens samtidigt som resurserna minskar. Artikelförfattarna ser lösningen i att prioritera utveckling och utvärdering, vilket ger ökad kunskap och bättre beslutsunderlag. Enligt Socialstyrelsen (2015) uppförs riktlinjer på vårdenheten för att ge möjlighet till utvärdering och utveckling av omvårdnadsarbetet. Detta medför i enlighet med ICN (2014) etiska kod möjlighet till evidensbaserat arbete för hälso- och sjukvårdspersonalen. Karolinska Universitetssjukhusets (2013) riktlinjer ger en anvisning i hur och vilka smärtskattningsskalor som skall användas och till vilken målgrupp. Akademiska Sjukhuset i Uppsala, genom Gordh (2012), ger i sina riktlinjer en beskrivning av vilket smärtskattningsverktyg som skall användas, hur det skall användas och dokumenteras. Vid Danderyds Sjukhus AB, genom Löthman (2014), finns gemensamma riktlinjer för smärtbehandling och smärtskattning. Dessa framhåller att smärtskattning alltid ska genomföras när risk för smärta finns. De beskriver vilket smärtskattningsverktyg som skall användas och med vilken frekvens.

Lidande

Enligt Eriksson (2001) är lidande och smärta inte synonyma, men ur smärta kan lidande uppkomma. Lidande upplevs när en individ genomgår negativa erfarenheter, men kan även vara konstruktivt och drivande och kan leda till en positiv förändring. Lidandet bär på pina och vånda. Begreppet har utvecklats till att ha både en objektiv och en subjektiv innebörd. Människan ska ses både utifrån objektiva mätbara kriterier, samt hennes egna subjektiva upplevelser.

Eriksson (2001) beskriver vidare att tre olika former av lidande möts i hälso- och sjukvården. Sjukdomslidandet upplevs i relation till sjukdom och behandling. Sjukdomslidandet innefattar kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Smärtan är därmed ett lidande. Själsligt och andligt lidande uppkommer genom den skam eller skuld som patienten kan känna i relation till behandling och sjukdom.

Vårdlidande upplevs av patientens när dennes värdighet kränks, vid rubbade maktförhållanden och vid utebliven eller felaktig vård. Exempelvis kan utebliven vård bli en kränkning och leda till en upplevelse av vanmakt för patienten. Livslidande yttrar sig i den existentiella aspekten av att vara patient, att ha en sjukdom och att uppleva ohälsa. Exempelvis kan patienten ifrågasätta livssituationen, dess konsekvenser och dess orsak. Upplevelsen av att ens existens är hotad ger ett livslidande (Eriksson, 2001). Arman (2015) ser att lidandet har en fysisk, en emotionell och en existentiell dimension som kan medföra ångest, oro och ökad smärta. Smärtupplevelsen skall således ses ur samtliga lidandeperspektiv för att få en helhetsbedömning av personens lidande. Larauche, Mulak och Taché (2012) menar att om inte lidandet lindras kan det leda till stressrelaterade sjukdomar som drabbar hela kroppen.

Enligt Body, Foex, Kaide och Kendal (2013) upplever ett stort antal patienter ett omfattande lidande. Majoriteten av de patienter som söker akut vård lider vid ankomst till mottagningen. Orsaken till lidandet kan vara brist på diagnos, väntan på besked, smärta eller sorg. Faktorer som förvärrar lidandet kan vara väntetid, smärtsamma ingrepp, nålstick, dåligt bemötande, bristfällig information och underbehandlad smärta. Knudsen (2012) talar om att lidande leder till minskade möjligheter för patienten att finna adekvata strategier att hantera exempelvis smärta.

Sjuksköterskans roll och ansvar

Begreppet ansvar ges av Eriksson (2001) bland annat en etisk innebörd genom synonymerna förbindelse och skyldighet gentemot patienten och riktlinjerna. Sjögren (2012) talar om att sjuksköterskans professionella ansvar är uppdelat i det yttre ansvaret och det inre ansvaret. Det yttre ansvaret formuleras av riktlinjer, befattningsbeskrivningar, föreskrifter och lagar. Exempelvis står det i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) 2 § att alla människor har rätt till en god vård på lika villkor. Sjögren (2012) talar vidare om att det inre ansvaret definieras av mötet med patienten. I det inre ansvaret ingår enligt, Elstad, Sørlie och Torjuul (2007) sjuksköterskans upplevda ansvar av moralisk och etisk karaktär. Det inre ansvaret ingår också i det yttre ansvaret då de etiska och moraliska förpliktelserna ingår i sjuksköterskans professionella ansvar. ICN (2014) beskriver i sin etiska kod för sjuksköterskor att en del av hennes ansvar är att vara respektfull, lyhörd och visa medkänsla. För patienten innebär detta att denne blir respekterad i sina värderingar, upplevelser och önskemål.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) nämner i 2a § att hälso- och sjukvårdspersonalen skall respektera patienternas integritet och autonomi. Almås, Grønseth och Stubberud (2011) menar att när patientens smärta och lidande blir bemött och respekterat i sin subjektivitet ges möjlighet till adekvat smärtskattning, smärtlindring och förebyggande av ångest och oro. Det yttre ansvaret, genom riktlinjerna, garanterar en viss kvalitet i omvårdnaden och leder till en korrekt utvärdering. Smärta innebär ett lidande för patienten. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2014) ingår att lindra lidande som en del i sjuksköterskans ansvar gentemot patienten.

Omvårdnad vid smärta

Evidensbaserat omvårdnadsarbete, i enlighet med sjuksköterskans kärnkompetenser (SSF, 2014), betyder att sjuksköterskan arbetar med vetenskapen som grund för omvårdnaden. Vid smärta innebär det exempelvis validerade smärtskattningsverktyg (SSF, 2014).

Enligt Danaher et al. (2015) ska sjuksköterskan skatta smärtans intensitet och se till smärtans lokalisation, karaktär och duration. Sjuksköterskan ska vara uppmärksam på områden smärtan påverkar såsom sömn, mobilitet, sociala interaktioner och stressbeteenden. Utvärdering av omvårdnaden ska genomföras och dokumenteras enligt gällande riktlinjer. Detta möjliggör kvalitets- och förbättringsarbeten, vilket är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (SSF, 2014). Choate, McDonald och Scott (2011) lyfter fram sjuksköterskans ansvar gällande uppföljning av administrerad analgetika, samt observation av biverkningar såsom förstoppning, andningssvårigheter, blodtrycksfall, illamående och känselbortfall.

Heneka, Hickman, Lam, Philips och Shaw (2014) menar att en avgörande del i god smärtbehandlingen är sjuksköterskans kompetens i att informera och undervisa patienten om smärtans ursprung, effekter och faktorer som påverkar smärtan. Sjuksköterskan ska undervisa patienten om smärtskattningsverktygens funktion samt användning då detta är en förutsättning för en korrekt smärtskattning. Sjuksköterskan ska enligt Davies (2013) även undervisa patienten i vilka behandlingsmetoder, farmakologiska och icke-farmakologiska, som finns tillgängliga för patientens tillstånd. Undervisning och information är viktiga omvårdnadsåtgärder för att minska behovet av farmakologisk behandling vid smärttillstånd. Body et al. (2013) anser att undervisning och information är viktiga även för att minska patientens lidande.

Sjuksköterskan ska enligt kärnkompetenserna (SSF, 2014) arbeta personcentrerat. Det innebär att sjuksköterskan aktivt lyssnar till patientens berättelse och utgår ifrån den som grund i omvårdnadsarbetet. Jacobs (2015) beskriver att personcentrering består i en meningsfull relation och dialog mellan två personer, i detta fall sjuksköterskan och patienten, vilket förstärker patientens upplevelse av att bemästra sin situation. Forskning bedriven av Adams, Lillie, Ryan och Thwaites (2013) visar att patienterna eftersöker att sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal aktivt skall lyssna till vad de har att säga, visa empati och bemöta dem med respekt för deras person och önskemål. Body et al. (2013) ser även ett personcentrerat arbetssätt som viktigt för att minska patientens lidande.

SSF (2014) påtalar vikten av kärnkompetensen ”samverkan i team” för att uppnå bästa möjliga vård och säkerhet för patienten. Säker vård är även det en av sjuksköterskans kärnkompetenser. Tillsammans med en god dokumentation kan smärta omedelbart och grundligt utvärderas, vilket enligt Davies (2013) ger sjuksköterskan möjlighet att tidigt upptäcka försämringar i patientens tillstånd. Att bedöma smärta enligt riktlinjerna leder enligt Danaher et al. (2015) till en optimerad smärtlindring och återhämtning hos exempelvis nyopererade patienter.

Problemformulering

Storsjukhusen har centralt uppsatta riktlinjer för smärtskattningsarbetet inom sina enheter. Riktlinjerna bör, som bakgrunden belyser, följas för att säkra kvalitet och kontinuitet i arbetet med smärtskattning. Patienten får genom detta möjlighet till optimal smärtbehandling och minskat lidande. Författarnas personliga erfarenhet är att dessa riktlinjer i praktiken inte följs till fullo, utan att smärtskattningsverktygen används av sjuksköterskorna godtyckligt och utan uppenbar struktur. Tidigare forskning ger en indikation på att användningen av smärtskattningsverktyg inte stämmer överens med vårdenhetens centrala riktlinjer (Forgeron et al., 2015; Barker et al., 2014; Davies & Harmer, 1998).

Enligt Akar et al. (2014) saknas kunskaper om smärtskattning hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Konsekvensen kan bli att patienterna, enligt Gouin och Kiecolt-Glaser (2011) och Danaher et al. (2015), inte får en optimal smärtbehandling, vilket ger ett ökat lidande och försämrar patienternas möjlighet till återhämtning och läkning. Författarna anser därför att det är relevant att beskriva sjuksköterskors erfarenhet utav smärtskattning och användning av smärtskattningsverktyg.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av smärtskattning, smärtskattningsverktyg och kännedomen om centralt uppsatta riktlinjer för smärtskattning.

METOD

Val av Metod

Studiens syfte besvarades med hjälp av en kvalitativ metod vilken enligt Danielsson (2012) beskriver personers levda erfarenheter och ger utrymme för berättande och beskrivande. En kvalitativ metod hade för avsikt att skapa förståelse för och insikt i den enskilda individens levda erfarenheter i den förutbestämda kontexten. Detta gav författarna en möjlighet att ta del av sjuksköterskornas erfarenhet av smärtlindring, smärtskattningsverktyg och deras kännedom om centralt uppsatta riktlinjer för smärtskattning. Data samlades in med hjälp av halvstrukturerade intervjuer som Gillham (2008) hävdar balanserar den kvalitativa metodens berättarfrihet. En halvstrukturerad intervjuform valdes för att minska risken för att ämnesområden författarna avsåg beröra missades då denna form bygger på att samtliga intervjuer utgår ifrån en likvärdig struktur och ett likvärdigt innehåll.

Urval

Smärta sågs som ett förväntat omvårdnadsproblem i samband med kirurgi (Brattwall, Jakobsson, Rawal, Segerdahl och Stomberg, 2008). Därav valdes sjuksköterskor inom verksamhetsområdet kirurgi- och urologi.

Urvalskriterier

Legitimerade sjuksköterskor som tillfrågades skulle besitta minst två års klinisk erfarenhet som sjuksköterskor, varav minst sex månader inom valt verksamhetsområde. Benner (1993) menar att sjuksköterskan efter två år uppvisar en kompetens som yttrar sig i långsiktiga mål och genomarbetade planer, vilka innehåller en medvetenhet, ett abstrakt tänkande och ett analytiskt begrundande. Författarna ansåg det troligt att sjuksköterskorna efter sex månader bör vara införstådda med riktlinjer och rutiner på arbetsplatsen. Sjuksköterskorna skulle arbeta på ett sjukhus som hade centralt uppsatta riktlinjer för att i enlighet med syftet kunna beskriva kännedomen om dessa. Riktlinjerna skulle innehålla information om vilket smärtskattningsverktyg som skulle användas samt hur ofta och vid vilka tillfällen smärtskattning skulle genomföras (Gordh, 2012; Karolinska Universitetssjukhuset, 2013; Löthman, 2014). Sjuksköterskorna skulle behärska det svenska språket i tal och skrift för att minska risken för missförstånd i intervjusituationen och feltolkningar av resultatet (Brinkman & Kvale, 2014).

Urvalsgrupp

Åtta sjuksköterskor från fem avdelningar på ett sjukhus i en storstad anmälde intresse om deltagande. Av dessa valdes sju sjuksköterskor ut för att inkludera så många avdelningar som möjligt i studien. Sjuksköterskorna i undersökningsgruppen uppfyllde samtliga ovanstående krav och hade en arbetslivserfarenhet som sjuksköterskor mellan 2 ½ och 8 år, varav 1 till 5 år inom valt verksamhetsområde.

Datainsamling

Ett sjukhus med centralt uppsatta riktlinjer för smärtskattning identifierades. Verksamhetsområde kirurgi och urologi valdes och förfrågan om tillstånd att genomföra studien inom verksamhetsområdet skickades till enhetschef (Bilaga A). Tillstånd från enhetschef erhöles. Sju chefsjuksköterskor kontaktades via e-mail innehållande förfrågan om deltagande i studien (Bilaga B). Dessa ombads vidarebefordra förfrågan till samtliga sjuksköterskor på respektive avdelning. En chefsjuksköterska avböjde deltagande med motiveringen att avdelningen inte var avpassad för studiens syfte. En annan återkopplade snabbt med namn på tre sjuksköterskor vilka kunde delta i studien. Dessa inkluderades. Resterande fyra inkluderade sjuksköterskor kontaktade författarna enligt instruktionen i förfrågan om deltagande.

Intervjuguide

En intervjuguide framtoqs i syfte att kunna jämföra och dra slutsatser utifrån sjuksköterskornas svar. Enligt Gillham (2008) säkerställer intervjuguiden en likvärdig struktur och information för intervjupersonerna, i detta fall sjuksköterskorna. Intervjuguiden garanterade även att inga ämnesområden författarna avsåg undersöka översågs i intervjusituationen. Guiden inleddes med en kort presentation av studien och dess syfte, samt information om konfidentialitet. Sjuksköterskorna informerades även om att intervjuerna spelades in, syftet med inspelningen och hur det inspelade materialet skulle användas. Intervjuguiden innehöll två öppna bakgrundsfrågor och sex öppna ämnesområdesfrågor med tillhörande fördjupningsfrågor (Bilaga C).

Genomförande

Intervjuerna genomfördes under perioden 2015-11-10 - 2015-11-17 i utrymmen anvisade av sjuksköterskorna. Första intervjun genomfördes som pilotintervju. Närvarande vid varje intervju var båda författarna och sjuksköterskan. Författarna genomförde varannan intervju. Den passiva författaren ansvarade för ljudinspelningen. Skriftligt samtycke inhämtades från samtliga sjuksköterskor innan intervjuerna genomfördes. Samtliga utrymmen var lämpliga för intervjuer, då författarna och sjuksköterskorna kunde samtala ostört. Intervjuerna tog cirka tjugo minuter vardera.

Pilotintervju

I enlighet med Gillham (2008) genomfördes en pilotintervju för att testa frågornas applicerbarhet i vald kontext. Författarna fick även tillfälle att testa intervjuteknik och elektronisk utrustning. Pilotintervjun bedömdes, såsom Danielson (2012) beskriver, kunna besvara studiens syfte samt hålla uppskattad tidsram. Inga modifieringar gjordes i urvalskriterierna eller intervjuguiden, därmed inkluderades pilotintervjun i studien.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades av intervjuande författare, i enlighet med Danielson (2012), ordagrant inom 48 timmer efter genomförandet. Transkriberingen kontrollerades sedan av den andra författaren för eventuell korrigerings. De transkriberade texterna genomlästes flertalet gånger av författarna i syfte att få en djupare förståelse av innehållet. Till innehållsanalysen valdes en induktiv kvalitativ analysform vars utgångspunkt enligt Danielson (2012) är textens innehåll. Granskär och Höglund-Nielsen (2015) beskriver att analysen är förutsättningslös och kan vara baserad på personers levda erfarenheter, exempelvis sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med smärtskattningsverktyg. En manifest bearbetningsmetod valdes för att bibehålla ursprungstextens innehåll och för att minska risken för övertolkning. Metoden beskrivs av Granskär och Höglund-Nielsen (2015) innebära att det uppenbara och tydliga innehållet i intervjuerna sammanfattas utan vidare tolkning för att därefter sorteras och kategoriseras.

Meningsenheter som ansågs besvara studiens syfte valdes ut och en tabell skapades var meningsenheterna lades in. Meningsenheterna kondenserades för att bli mer lättförståeliga. De kondenserade meningsenheterna kodades därefter genom en kortfattad beskrivning av meningsenhetens innehåll, se Tabell 1. Efter en noggrann genomgång av koderna framträdde tre tydliga inriktningar i sjuksköterskornas berättelser. En inriktning beskrev det som sjuksköterskorna såg som tillgångar i arbetet med smärta och innefattade det praktiska arbetet med smärtskattning samt befintliga strukturer. Den andra inriktning som framkom var det som sjuksköterskorna beskrev begränsa dem i arbetet med smärtskattning. Avslutningsvis framkom flertalet förslag på förbättringsarbete som sjuksköterskorna ville belysa. Utifrån dessa inriktningar diskuterades lämpliga benämningar utifrån studiens syfte och tre huvudkategorier skapades varav en indelades i två subkategorier, se Tabell 2.

Tabell 1. Exempel från analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
<i>... men dom som är opererade så skall det vara var fjärde timme, men sen brukar man ju vara inne oftare, jag menar det beror ju på patienten ringer och har ont då kör man ju skattningen i alla fall innan det bli liksom det blir det ju inte på fel timme, då kanske det blir lite tätare.</i>	Smärt skattar opererade patienter var 4:e timma, går till patienten oftare om denne har ont.	Sjuksköterskan smärtskattar oftare vid behov	Aktivt smärtskattnings arbete	Erfarenhet av tillgångar i smärtskattning arbetet.
<i>Vi har ju TakeCare, journalsystemet som vi använder och där finns det ju smärtskattning, och man går in bara och registrerar NRS, vila, rörelse tror jag att det är.</i>	Använder journalsystemet Take Care där NRS i vila och rörelse registreras	Sjuksköterskan dokumenterar smärtskattning i vila och rörelse	Aktivt smärtskattnings arbete	Erfarenhet av tillgångar i smärtskattning arbetet
<i>Vår kontaktsjuksköterska som jobbar med våra cancerpatienter kom till mig och sa såhär: det börjar bli svårt för mig att skriva remisser till ASiH för det finns ingen dokumentation om hur det varit med smärtan</i>	Kontakt sjuksköterskan för cancerpatienter informerade om att remittering till ASiH är svår då dokumentation av smärta saknas.	Dokumentation om smärta saknas		Erfarenhet av begränsningar i smärtskattning arbetet

Forskningsetiska överväganden

Autonomi och integritet har varit författarnas ledord under studien. Autonomi genom informerat samtycke, integritet genom konfidentialitet, vilka medförde att sjuksköterskorna inte utsattes för oacceptabla risker då känslig information kunde komma att beröras. Intervjun var frivillig och kunde när som helst avbrytas av sjuksköterskan utan vidare motivering vilket Helgesson (2006) anser är en viktig komponent i ett etiskt förhållningssätt. Nedanstående forskningsetiska överväganden ansågs av författarna vara ovärderliga verktyg för att upprätthålla ett etiskt förhållningssätt i arbetet.

Informerat samtycke

Informerat samtycke är grunden till en god forskningsetik ansåg författarna i enlighet med Helgesson (2006). I den förfrågan om deltagande (Bilaga B) som skickats till sjuksköterskor på enheterna tillhandahölls information om studien och dess syfte. Informationen gav sjuksköterskorna möjlighet att ta ett välgrundat beslut om deltagande och framhöll att intervjun var helt frivillig och när som helst kunde avbrytas av sjuksköterskan utan vidare motivering. Förfrågan innehöll ett samtyckesformulär för signering som samlades in av författarna innan intervjun.

Konfidentialitet och säkerhet

Konfidentialitet innebär enligt Kjellström (2014) att ansvara för att inte obehöriga kan få tillgång till information som kan identifiera deltagande sjuksköterskor. Författarna har därför tydliggjort att inspelat material efter transkribering kommer raderas. För en säker hantering har allt material förvarats på personliga lösenordskyddade datorer. Inspelat och transkriberat material har bara kunnat tillgå av författarna själva och inga personuppgifter har sparats i anslutning till materialet. Citaten som användes i resultatet kodades med en siffra för respektive intervju utan inbördes ordning. När studiens rapport godkänns av lärosätet raderades all insamlad data. Kjellström (2014) betonar vikten av att intervjupersonerna ska vara införstådda med hur insamlat material ska användas. Sjuksköterskorna var införstådda med att materialet skulle komma att offentliggöras i form av en rapport. Rapporten för denna studie har skickats ut till berörda enheter.

RESULTAT

Efter analysprocessen genomfördes sorterades materialet in i tre huvudkategorier och två subkategorier. Dessa redovisas i Tabell 2. Citat från sjuksköterskorna omformulerades till skriftspråk för att underlätta läsförståelsen utan att förändra citatens innebörd. Citaten skrevs i kursiv text med indrag. Text som inte besvarade studiens syfte togs bort från citaten och markerades med (...). För att höja studiens trovärdighet kodades citaten med en siffra för respektive intervju.

I resultatet omtalades Take Care och avsåg det journalsystem som användes av många sjukhus. I detta journalsystem dokumenterades bland annat alla patientuppgifter, sjukdomsdiagnoser och omvårdnad. I journalsystemet användes en aktivitetsplan, i resultatet benämnd "standarsvårdplan", vars funktion var att sjuksköterskan lättöverskådligt skulle kunna se omvårdnadsåtgärder som skulle utföras för varje post-operativ patient. I journalsystemet kunde även olika mätvärden, exempelvis smärtskattning med VAS och NRS, registreras och följas upp.

Tabell 2. Ur analysprocessen framkomna huvudkategorier och subkategorier

Huvudkategori	Subkategorier
Erfarenhet av tillgångar i smärtskattningsarbetet	Aktivt smärtskattningsarbete Befintliga strukturer
Erfarenhet av begränsningar i smärtskattningsarbetet	
Sjuksköterskornas förslag till förbättringsarbete	

Erfarenhet av tillgångar i smärtskattningsarbetet

Aktivt smärtskattningsarbete

Samtliga sjuksköterskor beskrev ett aktivt smärtskattningsarbete som en av de största tillgångarna, men användningen av smärtsmärtskattningsverktyg och metoder varierade. En egen metod beskrevs, vilken innebar en verbal metod som bestod i att fråga om patienten led av smärta utan att göra någon numerisk skattning. Det vanligast förekommande smärtskattningsverktyget uppgavs vara NRS. De smärtskattningsverktyg som nämndes ansågs vara användarvänliga och lätta för patienterna att förstå. Sjuksköterskorna berättade att valet av metod för smärtskattning var personcentrerat och baserades därmed på vilken patient sjuksköterskan hade framför sig. Språksvårigheter och ålder framkom som påverkande faktorer vid metodvalet och då ansågs användning av VAS mest lämplig.

Utöver metod beskrevs att även frekvensen av smärtskattning anpassades efter patientens individuella förutsättningar. Sjuksköterskorna uppgav att post-operativa patienter smärtskattades regelbundet minst var fjärde timme och oftare om behov förelåg. På övriga patienter beskrevs att en smärtskattning baserad på individens förutsättningar och behov utfördes.

”De som är opererade ska smärtskattas var fjärde timme, men sedan brukar jag vara inne oftare. Det beror ju på om patienten ringer och har ont.”(7)

Sjuksköterskorna beskrev att de, utöver att skatta smärtans intensitet, gjorde bedömningar av smärtans karaktär, lokalisation och duration. En helhetsbild gav dem en större förståelse för patientens smärtupplevelse. De var överens om att smärta är subjektiv och svår att mäta, varför de ansåg att kompletterande beskrivningar av smärtupplevelsen behövdes.

Sjuksköterskorna erfor att uppföljning av smärta utfördes kontinuerligt genom uppföljande smärtskattning och/eller verbal kommunikation. Ibland användes ett smärtskattningsverktyg för att få ett numeriskt värde, ibland tillfrågades patienten om smärtan hade minskat eller ökat.

”Jag går tillbaka och frågar hur det känns. Känns det bättre? Känns det sämre?” (2)

Befintliga strukturer

Sjuksköterskornas arbetsstruktur gällande smärtskattning beskrevs grundas sig i det arbetssätt som utvecklats utifrån klinikens standardvårdplan för post-operativa patienter. Samtliga sjuksköterskor beskrev att den sågs som stommen i avdelningens dagliga arbete.

Standardvårdplanen uppgavs ge sjuksköterskorna en trygghet i sitt arbetssätt och en lättarbetad struktur i smärtskattningsarbetet. Samtliga sjuksköterskor ansåg att standardvårdplanen var en tillgång i arbetet då den täckte in flera aspekter av smärtskattningsarbetet såsom klockslag, frekvens, tillvägagångsätt, dokumentation för smärtskattning, samt bedömning av smärta. Sjuksköterskorna beskrev sig genom standardvårdplanen säkra på avdelningens arbetssätt.

”Vi har ju våra opererade patienter, här har vi standardvårdplaner där vi ska smärtskatta var fjärde timme, då skriver vi oftast in en siffra. Ibland händer det att man skriver in i fritext i journalen.”(3)

Ytterligare en tillgång sjuksköterskorna identifierade var avdelningens rutiners lättillgänglighet. Avdelningens rutiner fanns i pappersformat i en rutinpärm på respektive expedition och i digitalt format på intranätet. Sjuksköterskorna ansåg därför att avdelningens rutiner enkelt kunde tillgås vid behov. Utöver avdelningens rutiner påtalade sjuksköterskorna ett PM innehållande rutiner specifikt för smärtskattning och smärtlindring av postoperativa patienter. Detta PM omtalades i positiva ordalag då det täckte in en stor del av det arbete som bedrevs på avdelningarna.

Erfarenhet av begränsningar i smärtskattningsarbetet

Dokumentationen ansågs vara den största begränsningen i arbetet med smärtskattning. Dokumentation av smärtskattning uppgavs ofta utebli helt. Utebliven dokumentation uppgav sjuksköterskorna berodde på ett krångligt dokumentationssystem och avsaknad av tid. Det krångliga i dokumentationen ansågs vara tillgängligheten i dokumentationssystemet, vilken beskrevs som tidskrävande då sjuksköterskorna måste klicka på flera olika ställen för att kunna registrera värden från smärtskattningen. Sjuksköterskorna beskrev vidare begränsningen i när arbetsbelastningen blev för hög då även patienter utan smärta skulle smärtskattas. Onödigt smärtskattning ansågs stjäla tid från omvårdnad av övriga patienter. Detta har även lett till att dokumentation bortprioriterades.

”Att vi ska smärtskatta alla patienter var fjärde timme kan jag tycka är irrelevant (...) jag kan tycka absolut att vi ska smärtskatta dem var 4:e timme om de är inne för någon form av smärtproblematik, men om någon är inne för en urosepsis kan jag inte förstå varför jag ska gå dit var fjärde timma och fråga om de har ont.” (2)

Den vanligast bortprioriterade dokumentationen var uppföljning av smärta. Sjuksköterskorna uppgav sig vara sämre på att dokumentera uppföljningen av smärta än den smärtskattningen som gjordes innan smärtlindring. Sjuksköterskorna menade att bortprioriterad dokumentation har lett till begränsningar för bland annat remittering till andra instanser. Utan en komplett dokumentation av patienternas smärta blev remisserna svåra att bedöma.

”Vår kontaktsjuksköterska som jobbar med våra cancerpatienter kom till mig och sa såhär: det börjar bli svårt för mig att skriva remisser till ASiH för det finns ingen dokumentation om hur det varit med smärtan.” (4)

Sjuksköterskorna nämnde också begränsningar i möjligheterna till adekvat förbättringsarbete då detta baserades på dokumentation av smärtskattningsarbetet, vilken enligt sjuksköterskorna var bristfällig och således blev missvisande.

”Vi har gjort en utvärdering där jag tror att det var 29 procent av patienterna som smärtskattats en gång per arbetspass under första dygnet.”
(5)

Samtliga sjuksköterskor beskrev begränsningar i sin kännedom om innehållet i avdelningens rutiner och i sjukhusets centrala riktlinjer. Sjuksköterskorna i studien hänvisade till avdelningens rutiner när tillfrågade om sjukhusets centrala riktlinjer. Sjuksköterskorna ansåg att avdelningens rutiner torde vara baserade på sjukhusets centrala riktlinjer. Vidare uppgav sjuksköterskorna att de inte regelbundet tog del av innehållet i avdelningens rutinpärm.

Sjuksköterskorna beskrev en begränsning i tillförlitligheten hos smärtskattningsverktygen, vilka genererar ett numeriskt värde som ska representera patientens subjektiva smärtupplevelse. Sjuksköterskorna uppgav att de förhöll sig tveksamma till de värden patienterna uppgav i samband med smärtskattning i de fall sjuksköterskans uppfattning om patientens smärta inte stämde överens med det genererade värdet.

”Vissa VAS:ar 10 som är uppegående och pratar och inte särskilt påverkade, medan någon VAS:ar 3 som ligger helt orörlig i sängen och svettas och kan knappt prata för att han har så ont.” (2)

Sjuksköterskorna talade även om begränsningar i smärtskattningsverktygen gällande vissa patientgrupper, såsom patienter med kommunikationssvårigheter till följd av demens eller andra handikapp. En ytterligare patientgrupp var de patienter som inte kände sig bekväma med smärtskattningsverktygen. Sjuksköterskorna beskrev att de ibland upplevde en irritation från patientens sida när de ombads skatta sin smärta numeriskt.

Sjuksköterskorna berättade vidare att hög arbetsbelastning begränsade deras möjligheter att smärtskatta de patienter som inte själva påkallade uppmärksamhet vid smärta. Den höga arbetsbelastningen gjorde att inte alla patienter hanns med och då prioriterades de som själva påkallade uppmärksamhet. Detta ansågs resultera i att smärta missades och förblev obehandlad.

Sjuksköterskornas förslag till förbättringsarbete

Sjuksköterskorna beskrev flertalet förslag på förbättringsarbete gällande smärtskattningsarbetet. Ett förslag var att se över rutinen att smärtskatta alla patienter oavsett behov. Förslaget skulle enligt sjuksköterskorna kunna förbättra följsamheten till avdelningens rutiner när inte onödigt smärtskattning tar personalens tid. Sjuksköterskorna ställde sig frågan om smärtskattning var relevant för alla patienter oavsett intagningsorsak.

Sjuksköterskorna talade om att ett förbättringsarbete skulle kunna innebära en förenkling av dokumentationen genom möjligheten att dokumentera i direkt anslutning till smärtskattning. Detta ansågs resultera i att skattade värden inte glöms bort då vägen till en dator kan bli lång när annat kommer emellan.

Förslaget ville sjuksköterskorna implementera genom att kunna dokumentera direkt i patientsalen och på så sätt minska risken för att värden glöms eller tappas bort emellan olika arbetsmoment.

”Nu kanske jag fladdrar ut lite här, men jag skulle vilja ha ”paddor” vid sängarna där man bara klickar en gång och så är det klart. Då behöver man inte skriva upp värdet någonstans eller ha det i huvudet tills man kommer till en dator.” (5)

Dokumentationen föreslogs också göras mer användarvänlig genom att dokumentera smärtskattning direkt i inskrivningsanteckningen i journalsystemet, vilket skulle medföra att ett utgångsvärde finns för varje patient och då skulle kunna underlätta framtida smärtskattning.

Sjuksköterskorna eftersökte mer information och uppdateringar från den smärtgrupp som fanns på kliniken. De ansåg att detta saknades med konsekvensen att ny kunskap och nya direktiv inte kommunicerades i den utsträckning sjuksköterskorna önskade. De ansåg att mer regelbunden information och utbildning från smärtgruppen skulle kunna vara en viktig tillgång i smärtskattningsarbetet.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna i studien beskrev användningen av olika smärtskattningsverktyg och andra kompletterande metoder som används vid smärtskattning. De påtalade att de kompletterar smärtskattningsverktygen med ytterligare frågor om smärtans karaktär, lokalisation och duration, samt avläser patientens kroppsspråk och beteende för att få en helhetsbild av patientens smärta. Likt Rodriguez (2015) och McGuire (1992) ansåg sjuksköterskorna att smärta är en subjektiv upplevelse bestående av komplext sammanlänkande dimensioner. Denna uppfattning bland sjuksköterskorna motsägs dock av att deras tilltro till patientens skattade värde uppgavs vara låg när detta inte stämde överens med sjuksköterskans egen bild av patientens smärta. Patientens subjektiva upplevelse ifrågasattes alltså av sjuksköterskorna. Författarna anser att personcentrerad omvårdnad försvåras om patientens upplevelse och smärtskattningsvärde ifrågasätts i relation till sjuksköterskornas egna uppfattningar om patientens behov. Att inte arbeta personcentrerat medför en risk för ytterligare lidande för patienten då en korrekt kartläggning och smärtbehandling, i enlighet med Forster et al (2000), bygger på en beskrivning av patientens totala smärtupplevelse. Sjuksköterskan skall, enligt SSF (2014), även besitta kompetens i teamarbete. Författarna menar att patienten måste behandlas som en medlem i teamet för att arbetet ska kunna anses vara personcentrerat.

Sjuksköterskorna uppgav brister i dokumentationssystemet vilka ledde till att dokumentation missades, och vid hög arbetsbelastning ibland helt uteblev. Enligt Bahtsevani et al. (2011) ökar kraven på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens, samtidigt som resurserna minskar. Författarna anser att resursen som sjuksköterskorna använder sig utav, i form av dokumentationssystemet, brister då systemet enligt sjuksköterskorna inte är anpassat för den höga arbetsbelastning som ibland råder. Enligt Forster et al. (2000) kan en kontinuerlig dokumentation av patientens smärtupplevelse beskriva smärtans förändring över tid och leda till en optimal smärtbehandling.

Författarna anser att hög arbetsbelastning och ett bristande dokumentationssystem leder till att sjuksköterskorna inte kan leva upp till sitt ansvar gällande kärnkompetensen att kunna utvärdera och dokumentera efter gällande riktlinjer (SSF, 2014). Utebliven dokumentation anser författarna resulterar i att kvalitets- och förbättringsarbete inte kan genomföras på ett korrekt sätt, då avläsning av data i journalsystemen inte överensstämmer med verkligheten. Den uteblivna dokumentationen förhindrar även kartläggning av patientens totala smärtupplevelse och försvårar därmed en optimal smärtbehandling. Forster et al. (2000) anser att kartläggning av den totala smärtupplevelsen är en förutsättning för en korrekt utvärdering av patientens smärta. Hawthorn och Redmond (1999) påtalar att smärta är ett ständigt föränderligt fenomen, vilket medför att en kontinuerlig utvärderingsprocess är nödvändig. Författarna i föreliggande studie anser därför att utebliven eller bristfällig dokumentation om patients smärtupplevelse leder till en felaktig utvärdering av patientens smärta vilket medför att optimal smärtlindring uteblir. Författarna anser i enlighet med Body et al. (2013) att underbehandlad smärta leder till lidande. Författarna anser vidare att lidandet förstärks om vård uteblir, då patienten blir kränkt och känner en vanmakt inför situationen. Författarna anser så som Knudsen (2012) att lidandet minskar patientens möjligheter till att finna adekvata strategier att hantera sin smärtupplevelse.

När sjuksköterskorna tillfrågades om sjukhusets centrala riktlinjer för smärtskattning kände få till att de fanns eller vad de innehöll. Att kännedomen om sjukhusets centrala riktlinjer för smärtskattning är begränsad bland sjuksköterskor påvisas även i tidigare studier av Forgeron et al. (2015), Barker et al. (2014) och Davies och Harmer (1998). Sjuksköterskans yttre ansvar definieras av Sjögren (2012) som en skyldighet att följa olika styrdokument, exempelvis centrala riktlinjer. Det ligger således i sjuksköterskans ansvar att känna till innehållet i sjukhusets centrala riktlinjer för att på ett korrekt sätt kunna arbeta enligt dessa. Riktlinjer behövs enligt Socialstyrelsen (2015) och Danaher et al. (2015) för att kunna utföra korrekt utvärdering och för att utgöra underlag för förbättringsarbete. ICN's etiska kod (2014) påtalar sjuksköterskans ansvar för att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad. Danaher et al. (2015) beskriver att en bedömning av smärta enligt centrala riktlinjer leder till optimerad smärtbehandling och återhämtning för patienten. Om optimerad smärtbehandling uteblir leder det enligt Body et al. (2013) till ett lidande för patienten. Författarna anser att när centrala riktlinjer inte tillämpas leder det till att smärta inte följs upp och utvärderas på ett korrekt sätt, vilket försvårar framtida förbättringsarbeten och utveckling av omvårdnaden. Vidare anser författarna att sjuksköterskorna genom att inte känna till sjukhusets centrala riktlinjer ej kan anses leva upp till sitt ansvar att tillämpa godtagbara riktlinjer. På så sätt bidrar sjuksköterskorna till att smärta ej följs upp eller utvärderas på ett korrekt sätt. Konsekvenserna av ovanstående faktorer blir att patientens möjligheter till en optimal smärtbehandling minskar. Blir patienten inte optimalt smärtlindrad leder det till ett lidande och en försämrad återhämtning.

En ytterligare begränsning i smärtskattningsverktygens tillförlitlighet såg sjuksköterskorna i specifika patientgrupper, såsom patienter som lider av demens eller andra handikapp som påverkar patientens kognitiva förmåga. Sjuksköterskorna beskrev att de i dessa fall förlitade sig på sin kliniska blick då de båda smärtskattningsverktyg NRS och VAS enligt French et al. (2011) kräver en kvantifiering av patientens smärta. I resultatet nämner inte sjuksköterskorna några alternativa smärtskattningsverktyg anpassade för dessa patientgrupper utan förlitar sig i dessa fall helt på sin egen uppfattning om patientens smärta. Akar et al. (2014) beskriver att avsaknad av kunskap om smärtskattning finns hos sjuksköterskor.

Författarna anser att när avsaknad av kunskap om smärtskattning drabbar specifika patientgrupper kan inte hälso- och sjukvården anses leva upp till det lagstadgade kravet på en god vård på lika villkor (SFS, 1982:763, 2 §).

Sjuksköterskornas beskrev att utöver den höga belastningen på hälso- och sjukvården tillkom arbetsbelastning i form av onödiga arbetsrutiner inlagda i dokumentationssystemet. Rutinerna innebar att samtliga patienter intagna på avdelningarna skulle smärtskattas oavsett intagningsorsak. Sjuksköterskorna beskrev att denna smärtskattning var onödig och ansåg att patienter som behövde vård bortprioriterades. Genom att lyssna aktivt till patientens berättelse och utgå ifrån den som grund i omvårdnadsarbetet arbetar sjuksköterskan enligt SSF (2014) beskrivning av kärnkompetensen personcentrerad omvårdnad. Body et al. (2013) menar att ett personcentrerat förhållningssätt är avgörande för att minska patientens lidande. Författarna anser att det yttre ansvaret här kommer i konflikt med det inre ansvaret. Det yttre ansvaret beskrivs av Sjögren (2012) som styrdokument och riktlinjer. Det inre ansvaret beskrivs av Elstad, Sørlie och Torjuul (2007) som sjuksköterskans ansvar av etisk och moralisk karaktär gentemot patienten. Konflikten i detta fall ses i att följandet av onödiga rutiner kommer i konflikt med sjuksköterskans moraliska och etiska ansvar gentemot de patienter som bortprioriteras. Författarna anser att en konflikt mellan det inre och yttre ansvaret försvårar för sjuksköterskan att arbeta i enlighet med kärnkompetensen personcentrerad omvårdnad. Det yttre ansvaret styr sjuksköterskan att bortprioritera det inre ansvaret, vilket även av sjuksköterskorna uttrycktes som en felprioritering. Detta manifesteras, enligt sjuksköterskorna, i att de tvingas utföra onödiga omvårdnadsåtgärder och bortprioritera patienter i behov av vård. Författarna anser att personcentreringen uteblir då en individuell bedömning ej genomförts och kan resultera i felaktig omvårdnad. För patienten som bortprioriteras kan detta leda till underbehandling. Forskning bedriven av Adams et al. (2013) menar att patienter efterlyser sjuksköterskor som aktivt skall lyssna till vad de har att säga, visa empati och bemöta dem med respekt för deras person och önskemål. Författarna anser därför att om en patient får en felaktig vård genom en onödig omvårdnadsåtgärd, så har patienten inte blivit hörd eller sedd och ett personcentrat förhållningsätt har inte bibehållits. Enligt Eriksson (2001) så leder utebliven eller felaktig vård till ett vårdlidande. Författarna ser även en risk för utebliven omvårdnad av den patient som bortprioriteras. Bortprioriteringen kan exempelvis gälla en post-operativ patient, vilka skall smärtskattas enligt specifika rutiner. Bortprioriteras denne patient leder detta, i enlighet med Danaher et al. (2015), till att patienten inte blir optimalt smärtlindrad och återhämtningen blir sämre.

Metoddiskussion

Den halvstrukturerade kvalitativa metoden ansåg författarna vara en lämplig metod då intervjuguiden styrde sjuksköterskorna tillbaka till ämnesområdena när berättelserna expanderade över andra ämnesområden. Författarna ansåg att intervjuformen var lämpligare i jämförelse än exempelvis en ostrukturerad intervjuform, som Gillham (2008) beskriver kan riskera att missa ämnesområden, vilket skulle innebära en risk för data av sämre kvalitet. Författarna ansåg att den ostrukturerade metoden kunnat påverka resultatet och på så sätt riskerat minska tillförlitligheten och trovärdigheten i studien.

Design och upplägg för studien diskuterades av författarna innan studiens start. Då övervägdes först att använda enkäter som datainsamlingsmetod för att samla in data från så många medverkande som möjligt. Enkätundersökningar används enligt Billhult och Gunnarsson (2012) när ett stort antal svar är relevant för studiens syfte.

Denna metod avskrevs dock då syftet krävde en djupare beskrivning av deltagarnas erfarenheter och författarna ville inbjuda till ett friare berättande än det en enkätundersökning skulle kunnat erbjuda. Resultatet hade påverkats om en enkätundersökning hade valts genom att en djupare förståelse av deltagarnas personliga erfarenheter sannolikt inte hade uppnåtts.

Sjuksköterskorna hade arbetat som sjuksköterskor i minst två år varav minst sex månader inom kirurgi och urologi. Benner (1993) hävdar att sjuksköterskor efter två år uppvisar en kompetens som yttrar sig i ett långsiktigt tänkande och genomarbetade planer. Författarna ansåg dock inte att det långsiktiga tänkandet och genomarbetade planer var uppenbara i sjuksköterskornas berättelser i denna studie. Sjuksköterskorna beskrev att smärtskattningsarbetet gjordes inom ramen för det egna arbetspasset. Långsiktigt arbete med kontinuitet och möjliggörande av utvärdering prioriterades inte. Författarna ansåg därför att sjuksköterskor med mindre erfarenhet skulle kunnat inkluderas i studien då långsiktigt tänkande och genomarbetade planer, trots minst två års erfarenhet, inte kunde ses hos sjuksköterskorna i studien. Sjuksköterskorna i studien hade mellan 2 ½ och 8 års erfarenhet som sjuksköterskor varav 1 till 5 års erfarenhet inom valt verksamhetsområde. Skillnaderna i arbetslivserfarenhet och erfarenhet inom valt verksamhetsområde tycktes inte avspelas i sjuksköterskornas berättelser då beskrivningarna av exempelvis tillvägagångssätt vid smärtskattning och kännedomen om centrala riktlinjer var likartade.

Efter att förfrågan om deltagande skickats ut till chefsjuksköterskorna återkopplade en chefsjuksköterska med namn på tre sjuksköterskor som var villiga att delta i studien. Dessa utgjorde en risk då de kunde ha utvalts av chefsjuksköterskan och därmed kunnat påverka resultatet och studiens trovärdighet och tillförlitlighet. Författarna vägde risken mot att en inkludering av sjuksköterskorna i studien gav representation för ytterligare två avdelningar och en större variation i underlaget, vilket i enlighet med Billhult och Henricson (2012) bidrar till ett mer trovärdigt och tillförlitligt resultat. Författarna valde således att inkludera dessa sjuksköterskor i studien.

Framtagen intervjuguide inleddes med ett stycke information om studiens syfte och konfidentialitet. Enligt Gillham (2008) säkerställer intervjuguiden att alla sjuksköterskor får samma information. Författarna ansåg att det var viktigt att säkerställa att alla sjuksköterskor var införstådda med informationen oavsett om de läst denna information i förfrågan om deltagande eller inte. Stycket var också en hjälp för författarna att inte missa att utlämna likvärdig information till alla sjuksköterskor. Intervjuguiden höjde studiens trovärdighet och tillförlitlighet då samtliga sjuksköterskor gick in i intervjusituationen med samma förutsättningar och en klar bild av vad intervjun skulle komma att handla om. Studiens trovärdighet och tillförlitlighet stärktes ytterligare genom att en pilotintervju genomfördes för att testa frågornas applicerbarhet i vald kontext. Frågorna visade sig generera tillräcklig data av god kvalitet för att besvara studiens syfte. Intervjuguiden modifierades således inte.

Författarna ansåg, likt Granskär och Höglund-Nielsen (2012), att resultatet skulle kunnat påverkas av författarnas samspel med deltagaren, vilket medförde att vald metod inte kunde ses som oberoende av författarna. Författarna ansåg även att samspelet kan ha påverkats av medvetenheten om att intervjuerna spelades in med diktafon. Denna medvetenhet kunde ha påverkat resultatet genom att exempelvis ha hämmat författare eller deltagare.

Författarna var från början medvetna om att de hade en förförståelse för det studerade området genom sin personliga erfarenheter. Förförståelse försökte författarna förhålla sig kritiska till, men medvetna om att det som oftast enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2012) påverkar vår tolkning är omedvetet. Författarna har försökt minska förförståelsens påverkan på studiens genomförande genom att kritiskt ifrågasätta studien i varje steg av processen och genom att använda en manifest bearbetningsmetod.

Enligt Landström och Priebe (2012) bör forskningens mål vara att generera kunskap som är överförbar till fler kontexter än forskarens begränsade urvalsgrupp. Författarna ansåg ej att studien kunde ses som överförbar då den kvalitativa metoden genererar resultat som enbart representerar den mindre grupp intervjupersoner som deltar. Däremot kunde resultatet ses som relevant och användbart genom den mättnad som framkom. Mättnaden i kvalitativ forskning beskrivs av Carlson (2012) visa på tydliga gemensamma mönster i deltagarna svar utan att nya aspekter framträder under arbetets gång.

Slutsats

Resultatet visade att sjuksköterskorna strävade efter ett aktivt smärtskattningsarbete för att lindra lidande och ge patienterna möjlighet till optimal smärtbehandling. Dock beskrevs flertalet strukturella och kunskapsmässiga begränsningar vilka försvårade omvårdnaden vid smärta. Begränsad kännedom om centrala riktlinjer för smärtskattning, samt brister i dokumentationsrutiner uppgavs vara de största hindren. Dessa hinder ledde till att kvalitets – och förbättringsarbeten inte kunde utföras och utvärdering av omvårdnaden begränsades. Det skulle kunna betyda att patienterna inte fick en optimal smärtbehandling, vilket skulle kunna ge ett ökat lidande och en försämrad återhämtning efter sjukdom och operativa ingrepp.

Fortsatta studier

Studien har påvisat uppfattningen att befintliga strukturer inte alltid är avpassade för avdelningens dagliga arbete. Fortsatta studier skulle med fördel kunna undersöka i vilken utsträckning befintliga strukturer, i form av riktlinjer och rutiner, är avpassade för olika avdelningars kliniska verklighet.

Klinisk tillämpbarhet

Resurser och begränsningar identifierade i denna studie kan användas till förbättringsarbete i sjuksköterskans arbete med smärtskattning och smärtbehandling. Framkomna förslag på förbättringsarbete bör tas i beaktning.

REFERENSER

Adams, J., Lillie, K., Ryan, S., & Thwaites, C. (2013). 'What I want clinicians to know'-- experiences of people with arthritis. *British Journal Of Nursing*, 22(14), 808-812 5p

Akar, E., Arslan, D., Ozdogan, M., & Tural, D. (2014). Cancer pain prevalence and its management. *Asian pacific journal of cancer prevention*, 15(20). doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.20.8557>

Allwood, J., Bergh, I., Gunnarsson, M., Odén, A., Sjöström, B., & Steen, B. (2005). Descriptions of pain in elderly patients following orthopaedic surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 110–118. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00331.x>

Almås, H., Grønseth, R., & Stubberud, D-G. (Red.). (2011). *Klinisk omvårdnad:2*. Stockholm: Liber.

Arman, M. (2015). Lidande. I Bergbom & L. Wiklund Gustin. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 185-197). Lund: Studentlitteratur.

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

Barker, A., Spence, K., & Wilson, V. (2014). Mapping pain assessment and management in a surgical neonatal intensive care unit: a process for best practice. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 17(3), 11-16. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ce5876cf-a194-44aa-a9b4-5929e3edec75%40sessionmgr110&vid=9&hid=115>

Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (andra uppl.). New York: Guilford Press. Hämtad från https://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=Lx9hf-3ZJCQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Barlow,+d.h.&ots=WgwqHpfQ3d&sig=nE5nPBITYdDv19GOJukDC8eA844&redir_esc=y#v=onepage&q=Barlow%2C%20d.h.&f=false

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet* (T.Gundberg & B. Hedén, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1984).

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M. Henricson (2012). (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 139-149). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A., & Henricson, M. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (2012). (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 115-126). Lund: Studentlitteratur.

Bjålie, J. G., Haug, E., Sand, O., & Sjaastad, Ø. V. (2013). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi* (I. Bolinder-Palmér, K. Grönwall & K. Olsson, övers.). Stockholm: Liber. (Originalarbete publicerat 2006).

- Body, R., Foex, B., Kaide, E., & Kendal, S. (2013). Not all suffering is pain: sources of patients' suffering in the emergency department call for improvements in communication from practitioners. *Emergency Medical Journal*: Published Online First: 23122013 doi:10.1136/emmermed-2013-202860
- Brattwall, M., Jakobsson, J., Rawal, N., Segerdahl, M., & Warrén Stomberg, M. (2008). Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: implication for improvement in nursing interventions. *Journal of Perianesthesia Nursing* 23(5), sidor 312-320. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2008.07.003>
- Brinkman, S., & Kvale, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlson, E. (2012). Etnografi och deltagande observation. I M. Henricson (2012). (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 217-234). Lund: Studentlitteratur.
- Choate, K., Mcdonald, W., & Scott, D. (2011). Pain management. *Australian Nursing Journal*, 18(11), 40-40 1p. PMID: 21739783
- Danaher, J. A., Merkel, S. I., & Williams, J. (2015). Pain management in the post-operative pediatric urologic patient. *Urologic Nursing* 35(2), sidor 75-81. doi: 10.7257/1053-816X.2015.35.1.75
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsmetod. I M. Henricson (2012). (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Davies, K-A., & Harmer, M. (1998). The effect of education, assessment and a standardized prescription on postoperative pain management: The value of clinical audit in the establishment of acute pain services. *Anaesthesia*, 53, 424-430. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.009>
- Davies, P.S. (2013), Chronic pain management in the cancer survivor: tips for primary care providers. *The Nurse practitioner*, 38(6), sidor 28-38. doi: 10.1097/01
- Drozd, M., Filip, R., Swieboda, P., Prystupa, A. (2013). Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 1(1), sidor 2-7. pmid: 25000833
- Elstad, I., Sørli, V., & Torjuul, K. (2007). Compassion and Responsibility in Surgical Care. *Nursing Ethics*, 14(4). doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733007077886>
- Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Forgeron, P., Twycross, A., & Williams, A. (2015). Paediatric nurses' postoperative pain management practices in hospital based non-critical care settings: A narrative review. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(4), 836-863. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.01.009

Forster, A., Herrmann, F.R., Klopfenstein, C.E., Mamie, C., & Van Gessel, E. (2000). Pain intensity och pain relief after surgery: a comparison between patients' reported assessment and nurses' and physicians' observations. *ACTA Anaesthesiol Scandinavia*, 44 (1), sidor 58-62. pmid: 10669273

French, T., Hawker, G. A., Kendzerksa, T., Mian, S. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 63(11), 240–252, doi: 10.1002/acr.20543

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

Gordh, T. (2012). *Smärtbehandling: kvalitetsmål*. Uppsala: Landstinget i Uppsala län. Hämtad från <http://www.akademiska.se/Global/Neuro/Sm%C3%A4rtcentrum/Dokument/Sm%C3%A4rtbehandling%20kvalitetsm%C3%A5l.pdf>

Gouin, J.P., & Kiecolt-Glaser, K. J. (2011). The Impact of Psychological Stress on Wound Healing: Methods and Mechanisms. *Immunology and Allergy Clinics of North America*. 1(31), sidor 81-93. doi: 10.1016/j.iac.2010.09.010

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). (2015). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

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

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik: För medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Heneka, N., Hickman, L., Lam, L., Phillips, J. L., & Shaw, T. (2014). Impact of a novel online learning module on specialist palliative care nurses' pain assessment competencies and patients' reports of pain: Results from a quasi-experimental pilot study. *Palliative Medicine*, 28(6), 521-529 9p. doi:10.1177/0269216314527780

Iannetti, G.D. & Mouraux, A. (2004). From the neuromatrix to the painmatrix (and back). *Experimental Brain Research*, 205(1), 1-12. doi: 10.1007/s00221-010-2340-1

International Association for the Study of Pain (1994). *IASP Taxonomy*. Hämtad 13 november, 2015, från <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

International Council of Nurses (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

- Jacobs, G. (2015). The currentness of person-centred practice. *International Practice Development Journal*, (5) sidor: 1-3. Accessionsnr: 109945380.
- Karolinska Universitetssjukhuset. (2013). *Riktlinjer för smärtbehandling vid Astrid Lindgrens barnsjukhus*. Hämtad från <http://www.karolinska.se/globalassets/global/alb/barnanestesi-operation-intensivvard/smartbehandlingsriktlinjer.pdf>
- Kjellström, S. (2014). Forskningsetik. I M. Henricson (2012). (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Knudsen, K. A. (2012). *Cancer pain classification*. Doktorsavhandling, Norwegian University of Science and Technology, Department of Cancer Research and Molecular Medicine. Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:533750/FULLTEXT02.pdf>
- Landström, C., & Priebe, G. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: grundläggande vetenskapsteorier. I M. Henricson (2012). (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 31-50). Lund: Studentlitteratur.
- Larauche, M., Mulak, A., & Taché, Y. (2012). Stress and visceral pain: from animal models to clinical therapies. *Experimental neurology*, 233(1), 49-67. doi: 10.1016/j.expneurol.2011.04.020
- Linton, J.S. (2013). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundeberg, T., & Norrbrink, C. (Red.). (2010). *Om smärta: ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Löthman, P. (2014). *Smärtbehandling vid Danderyds Sjukhus AB; Sjukhusövergripande riktlinje*. Stockholm: Danderyds Sjukhus AB.
- McGuire, D.B. (1992). Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7(5). Pmid: 1624815
- Rodriguez, L. (2015). Pathophysiology of Pain: Implications for Perioperative Nursing. *AORN Journal*, 101(3), 338-344. doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.12.008>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- Sjögren, R. (2012). Ansvar. I I. Bergbom, & L. Wiklund Gustin (red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitetspublikationer/strategi-for-kvalitetsutveckling-inom-omvardnad.pdf>

Stockholm 2015-11-04

Till verksamhetschef

XXX XXXXXX

Verksamhetsområde kirurgi och urologi, XXXXXXXXXXXXX

Vi heter Josefine Bjällstrand och Maria Sjöberg och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5. Vi ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör användningen av smärtskattningsverktyg. Vi vill undersöka hur sjuksköterskor med minst två års erfarenhet använder sig utav smärtskattningsverktyg i daglig klinik inom kirurgi- och urologiklinikerna i relation till sjukhusets uppsatta riktlinjer

Vi är därför mycket intresserade av att få genomföra intervjuer omfattande högst 30 minuter per intervju vid era kliniker inom kirurgi och urologi. Vi hoppas kunna använda resultaten för eventuella framtida förbättringsarbeten.

Om Du godkänner att studien genomförs vid era kliniker, är vi tacksamma för återkoppling med ditt godkännande till maria.sjoberg@stud.shh.se.

Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid era kliniker är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Student

Josefine Bjällstrand

XXX-XXXXXXX

Josefine.bjallstrand@stud.shh.se

Student

Maria Sjöberg

XXX-XXXXXXX

maria.sjoberg@stud.shh.se

Handledare

Britten Jansson

XXX-XXXXXXX

britten.jansson@shh.se

Sjuksköterskor inom verksamhetsområdet Kirurgi och Urologi.
XXXXXXXXXXXX

Förfrågan om deltagande i intervjustudie

Vi heter Josefine Bjällstrand och Maria Sjöberg och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör smärtskattning och riktlinjer för smärtskattning. Studiens syfte är att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att använda smärtskattningsverktyg i daglig klinik. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med sjuksköterskor med minst två års erfarenhet som sjuksköterska och sex månader inom verksamhetsområdet. Vår förhoppning är att resultatet kan vara behjälpligt vid förbättringsarbeten.

Vad innebär ett deltagande?

- Låta oss intervju dig under högst 30 minuter på din arbetsplats. Intervjun är i form av öppna frågor.
- Låta oss spela in intervjun på en diktafon.
- Låta oss spara denna information i en elektronisk databas och analysera den i forskningssyfte.
- Låta oss använda citat från intervjun med dig (anonymt) i rapporten om vår studie.

Du kan när som helst under intervjun välja att avbryta utan vidare motivering.

I studien kommer inte några personuppgifter kunna kopplas till det inspelade materialet eller citat använda i rapporten. Inspelat material kommer efter transkribering raderas. Inspelat och transkriberat material kommer bara kunna tillgås av författarna själva. För en säker hantering kommer allt material förvaras på personliga lösenordskyddade datorer. När studiens rapport godkänts av lärosätet kommer all insamlad data raderas. Materialet kommer offentliggöras i form av en rapport. En sammanfattning av rapporten för denna studie kommer skickats ut till berörda enheter.

Vi planerar att genomföra intervjuerna under veckorna 46-48 på en överenskommen tid. Vid intresse eller frågor om studien kan du maila eller ringa oss enligt kontaktuppgifter på sida 2.

Vid intervjutillfället, vänligen skriv ut detta dokument och skriv under för samtycke till ovanstående.

Om du samtycker, var vänlig skriv under här

Underskrift _____ Datum _____

Namnförtydligande _____

Med vänlig hälsning,

Josefine Bjällstrand
Sophiahemmet Högskola
XXX-XXXXXXX
Josefine.bjallstrand@stud.shh.se

Maria Sjöberg
Sophiahemmet Högskola
XXX-XXXXXXX
maria.sjoberg@stud.shh.se

Handledare Britten Jansson
XXX-XXXXXXX
britten.jansson@sophiahemmethogskola.se

INTERVJUGUIDE

Presentation av författarna.

Vi genomför ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör användningen av smärtskattningsverktyg. Vi vill ta del av er erfarenhet av att använda smärtskattningsverktyg i daglig klinik.

Samtalet kommer spelas in för att bättre kunna analysera och förstå innehållet. Materialet kommer raderas från diktafonen så fort det är transkriberat och överfört till en lösenordskyddad dator. När rapporten är godkänd av lärosätet kommer materialet att raderas. Resultatet av studien kommer publiceras i form av en rapport. Rapporten kommer finnas tillgänglig på enheten efter publicering. Deltagandet är helt frivilligt och ni kan när som helst under intervjun välja att avbryta utan vidare motivering.

Bakgrundsfrågor

- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Hur länge inom kirurgi och urologi?

Ämnesområdesfrågor

1. Beskriv hur du gör när du skattar patienternas smärta.
 - Vilka/vilket smärtskattningsverktyg använder du?
 - Hur går du tillväga? Exempelvis material som används/hur ofta.
 - Hur dokumenteras detta?
 - Hu följs det upp?
2. Vilka rutiner (ex. PM, rutinpärmar mm) har ni på avdelningen för smärtskattning?
 - Är rutinerna tydliga?
 - Är rutinerna tillämpbara?
 - Är rutinerna lättillgängliga?
 - Följs rutinerna?
3. Vilka riktlinjer finns på sjukhuset gällande smärtskattning?
 - Är riktlinjerna tydliga?
 - Är riktlinjerna tillämpbara?
 - Är riktlinjerna lättillgängliga?
 - Följs riktlinjerna?
4. Upplever du några svårigheter i arbetet med smärtskattning?
 - Om ja, vilka?
 - Om nej, då tycker du att verktyg, riktlinjer och rutiner fungerar...
5. Skulle du vilja tillägga något angående det som vi pratat om?
 - Tankar?
 - Reflektioner?
 - Frågor?
6. Har du några förslag på förbättringsarbeten som skulle kunna göras centralt eller på avdelningen?