# Postoperativ smärtbehandling

## – Hinder ur ett sjuksköterskeperspektiv

**Lotta Johansson**

**Anette Eliasen Sjögestam**

Omvårdnad, 61-90 hp
Omvårdnad - Vetenskapligt arbete 61-90 hp
Vt 2011

---

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad

# Postoperative pain treatment

## -Barriers from a nurse's view

**Lotta Johansson**

**Anette Eliasen Sjögestam**

Nursing Care 61-90 ECTS credits
Nursing Thesis, 15 ECTS credits (61-90 ECTS credits)
Spring 2011

---

School of Social and Health Sciences
P.O. 823
S- 301 18 Halmstad

| | |
|---|---|
| **Titel** | Postoperativ smärtbehandling - Hinder ur ett sjuksköterskeperspektiv |
| **Författare** | Lotta Johansson, Anette Eliasen Sjögestam |
| **Sektion** | Sektionen för hälsa och samhälle<br>Högskolan i Halmstad<br>Box 823<br>301 18 Halmstad |
| **Handledare** | Henrika Jormfeldt, Universitetslektor, Med. Dr |
| **Examinator** | Petra Svedberg, Universitetslektor, Med. Dr |
| **Tid** | Vårterminen 2011 |
| **Sidantal** | 15 |
| **Nyckelord** | Postoperativ smärta, sjuksköterskans upplevelser, sjuksköterska-patient relation, smärtbehandling |


**Sammanfattning**

Obehandlad eller underbehandlad postoperativ smärta kan leda till allvarliga skador på vitala organ samt även ge kroniska smärtor i skadeområdet. Detta innebär förlängda vårdtider, stort lidande för patienten och stora kostnader för samhället. Sjuksköterskan har ett stort ansvar i den postoperativa smärtbehandlingen genom regelbunden mätning, behandling, utvärdering och dokumentation av smärta och administrerad smärtlindring. Syftet var att beskriva hindrande faktorer i postoperativ smärtbehandling ur ett sjuksköterskeperspektiv. Metoden var en litteraturstudie där 12 vetenskapliga artiklar, kvalitativa och kvantitativa, sammanställde. Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde hinder i den postoperativa smärtbehandlingen i form av; Bristande kommunikation, Bristande stöd från organisationen och Bristande kunskap. Studier från hela världen beskriver liknande upplevelser hos sjuksköterskor. Den postoperativa smärtbehandlingen behöver få en högre prioritet i organisationen. Sjuksköterskorna behöver avsatt arbetstid för att öka sina kunskaper i postoperativ smärtbehandling. Vidare forskning behövs, där effekterna av en effektiv postoperativ smärtbehandling kan mätas i form av minskat lidande för den enskilde patienten samt minskade kostnader för samhället. Forskningen bör även inrikta sig på hur sjuksköterskans användning av evidensbaserade smärtskattningsmetoder kan främjas.

| | |
|---|---|
| **Title** | Postoperative pain treatment - Barriers from a nurse's view |
| **Author** | Lotta Johansson, Anette Eliasen Sjögestam |
| **Department** | School of Social and Health Sciences<br>Halmstad University<br>P.O. Box 823<br>SE-301 18 Halmstad, Sweden |
| **Supervisor** | Henrika Jormfeldt, Senior Lecturer, Ph. D |
| **Examiner** | Petra Svedberg, Senior Lecturer, Ph. D |
| **Period** | Spring 2011 |
| **Pages** | 15 |
| **Key words** | Nurses' experiences, nurse-patient relation, pain treatment, postoperative pain |


**Abstract**

Untreated or undertreated postoperative pain can lead to serious damage of vital organs and also cause chronic pain in the injured area. This means prolonged periods of care, great suffering for the patient and substantial cost to society. The nurse has a major responsibility in the postoperative pain treatment by regular measurement, treatment, evaluation and documentation of pain and given analgesics. The aim of this study was to describe barriers to effective postoperative pain treatment viewed from a nurse’s perspective. The method was a literature review where 12 research articles, both qualitative and quantitative, were compiled. The result shows that nurses experienced barriers in the postoperative pain treatment in form of; Lack of communication, Lack of support from the organization and Lack of knowledge. The experiences were similar between nurses in many parts of the world. The postoperative pain treatment should be prioritized in the organization. The nurses' needs dedicated working to improve their skills in postoperative pain management. Further research is needed where the effects of an effective postoperative pain management can be measured in terms of reduced suffering for the individual patient and reduced costs for the society. Research should also focus on how nurses' use of evidence-based pain measurement methods can be promoted.

# Innehållsförteckning


Inledning 1

Bakgrund 1

Postoperativ smärta 1
Komplikationer av obehandlad postoperativ smärta 2
Behandling av postoperativ smärta 2
Sjuksköterskans ansvar i smärtbehandlingen 3

Syfte 4

Metod 4

Datainsamling 4
Databearbetning 5

Resultat 6

Bristande kommunikation 6
Sjuksköterska - patient 6
Sjuksköterska - medarbetare 7

Bristande stöd från organisationen 8
Outtalade krav 8
Tid och bemanning 8
Oklara eller snäva mål i verksamheten 9
Brist på resurser 10

Bristande kunskap 10

Diskussion 10

Metoddiskussion 10
Resultatdiskussion 11

Konklusion 14

**Implikation** **14**

**Referenser**

**Bilagor**

**Bilaga I Tabell 1; Sökordsöversikt**
**Bilaga II Tabell 2; Sökhistorik**
**Bilaga III Artikelöversikt**

# Inledning

Varje år utförs enligt Världshälsoorganisationen [WHO] (2008) cirka 234 miljoner omfattande kirurgiska ingrepp på människor världen över. Alla kirurgiska ingrepp medför smärtor och risk för komplikationer. Obehandlad postoperativ smärta kan leda till allvarliga komplikationer i form av skador på vitala organ som hjärta och lungor. Smärtan bidrar även till fördröjd mobilisering och försämrad sårläkning (Rawal, 2003). Dessa komplikationer orsakar stort lidande för patienten samt stora kostnader för samhället i form av förlängda vårdtider och ökat resursbehov (ibid.). Ingen statistik finns över hur många komplikationer som uppstår enbart på grund av obehandlad eller underbehandlad smärta, vilket gör det svårt att beräkna kostnaderna för dessa. Det kan dock misstänkas att dessa är enorma (Nyström, 2004).

Sjuksköterskan har en viktig roll i den postoperativa omvårdnaden, med ansvar för regelbunden smärtskattning samt administration av ordinerad analgetika (Hawthorn & Redmond, 1999; Rawal, 2003). Inom varje organisation bör det finnas klara riktlinjer och rutiner för den postoperativa smärtbehandlingen, samt regelbunden utbildning för sjuksköterskor som är involverade i arbetet med smärtbehandling (ibid.). Kunskaperna kring postoperativ smärta och smärtbehandling (Rawal, 2003) har med tiden förbättrats, standardiserade smärtskattningsinstrument har tagits fram och behandlingsmetoder har moderniserats. Trots detta visar en litteraturgenomgång (Dolin, Cashman & Bland, 2002) av 800 artiklar innefattande 20 000 patienter att ca 30 % av alla opererade, inneliggande patienter upplever medelsvår eller svår postoperativ smärta. Enligt Gordon och Dahl (2004) är inte lösningen på det utbredda problemet med underbehandlad postoperativ smärta att utveckla nya metoder för postoperativ smärtbehandling. Kvalitetsförbättringar inom organisationen kan istället skapas om befintliga metoder och kunskaper prioriteras av sjukhusledningen.

# Bakgrund

## Postoperativ smärta

Smärta definieras enligt International Association for the Study of Pain [IASP] som: "En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada"(Werner & Strang, 2003 s.13). Smärta uppstår genom att alogener frisätts i den skadade vävnaden och stimulerar nociceptiva receptorer, som finns rikligt i hud och slemhinnor. Signalerna skickas till centrala nervsystemet via A-delta nervtrådar och C-nervtrådar (Rawal, 2003). Smärtan som uppstår efter en operation är akut, skarp och välavgränsad (ibid.).

Alla operationer (Rawal, 1999; Macintyre & Schug, 2007) medför vävnadsskador som leder till smärta. Den postoperativa smärtan är oftast svår upptill 72 timmar efter operationen men upplevelsen är subjektiv och det är bara individen själv som kan avgöra om det gör ont eller inte. Akut postoperativ smärta (Sjöström, 1995; Rawal, 2003) är en varningssignal om att en vävnadsskada har uppstått. De vanligaste beskrivningarna av postoperativ smärta enligt Rawal (2003) är att den bränner eller bultar. Den kan även upplevas som klåda och ömhet beroende på svullnad och blåmärken vid eller runt operationsområdet (ibid.). Tidigare smärtupplevelser, orsaker

till smärtan, kulturell bakgrund, socialt stöd samt oro och ångest påverkar också hur patienten upplever sin smärta men har inget med nociceptionen att göra (Rawal, 1999).

## Komplikationer av obehandlad postoperativ smärta

Enligt Nyström (2004) riskerar var fjärde patient som opereras i Sverige, att drabbas av någon form av postoperativ komplikation. Postoperativ smärta bidrar till komplikationer och är därför viktig att behandla snabbt och adekvat (Rawal, 1999; Macintyre & Schug, 2007). Obehandlad postoperativ smärta kan ge upphov till mycket allvarliga konsekvenser (Rawal, 1999) i form av bland annat nedsatt lungfunktion, på grund av svårighet att djupandas och hosta upp slem. Detta kan resultera i minskat syreupptag, atelektaser (sammanfallna lungblåsor) och pneumoni. Smärtor ger även en ökad utsöndring av stresshormoner i blodet, vilket kan leda till påverkan på cardiovasculära funktioner med ökad risk för hjärtinfarkt. Den ökade halten av stresshormoner ger även upphov till hyperglykemi med ökad proteinnedbrytning och försämrad sårläkning som följd. Stark smärta fördröjer mobiliseringen och ökar därmed risken att utveckla trycksår och djup ventrombos (DVT). Obehandlad postoperativ smärta kan även påverka de gastrointestinala funktionerna med förstoppning och illamående som följd, vilket ökar risken för dehydrering och malnutrition (ibid.). Robinson och Vollmer (2010) fann i sin studie att obehandlad postoperativ smärta även kan leda till akut förvirringstillstånd (delirium), speciellt hos den åldrade befolkningen. I en studie av Shea, Brooks, Dayhoff och Keck (2002) jämfördes förekomst av postoperativa lungkomplikationer (postoperative pulmonary complications, PPC) hos äldre patienter som genomgått bukkirurgi. Resultatet visade att patienter som utvecklat PPC hade signifikant starkare postoperativa smärtor än de patienter som inte utvecklade PPC. PPC nära på fördubblade vårdtiden i studien. På lång sikt (Macintyre & Schug, 2007) kan akut obehandlad postoperativ smärta även leda till kronisk smärta genom så kallad Wind-up. Wind-up startar genom den inflammation, som är en normal reaktion på vävnadsskada, och syns som svullnad, rodnad och värmeökning. Inflammationen aktiverar receptorer som skickar smärtsignaler till ryggmärgen. Om inte smärtan behandlas, fortsätter smärtsignaler skickas i en allt snabbare hastighet, vilket retar smärtreceptorerna och C-fibrerna. Det har uppstått en smärtspiral som gör att smärtreceptorerna kommer i ett hyperaktivt tillstånd. Detta hyperaktiva tillstånd bidrar till ökad smärtkänslighet (allodyni) i operationsområdet och leder i värsta fall till bestående förändringar i nervsystemet på ryggmärgsnivå (ibid.). En god postoperativ smärtlindring är därför viktig, inte bara för att minska lidandet för patienten utan även för att minska kostnaderna för samhället.

## Behandling av postoperativ smärta

Den postoperativa smärtan kan behandlas enligt en mängd olika strategier. Det är alltid läkaren på avdelningen eller i vissa fall anestesiologen, som avgör vilken strategi som är lämplig för den enskilda patienten (Rawal, 2003). Den vanligaste strategin vid medelstor kirurgi, till exempel höftfraktur eller hysterectomi är kombinerad peroral administrering (så fort operationen tillåter och patienten tolererar detta) av perifert och centralt verkande analgetika med tillägg av opioider via injektion eller tabletter "vid behov" (Rawal, 2003). Vid omfattande kirurgiska ingrepp, till exempel övre bukkirurgi eller amputationer kan det vara lämpligt att ge patienten epiduralanalgesi (EDA), där små doser av opioider blandat med lokalbedövningsmedel kontinuerligt infunderas med

pump och smärtlindrar på ryggmärgsnivå. Denna behandling är förenad med risker i form av bland annat blodtrycksfall och andningsdepression och kräver noggrann övervakning av patienten och omfattande kunskaper hos sjuksköterskan (Rawal, 2003). Sjuksköterskan kan även använda sig av enklare icke-farmakologiska metoder (Hawthorn & Redmond, 1999) som komplement till den farmakologiska behandlingen för att minska patientens postoperativa smärtor. Det kan till exempel handla om massage, värme- eller kylbehandling och transkutan nervstimulering (TENS). Musikterapi är ett annat icke farmakologiskt behandlingsalternativ som ger möjlighet till muskelavslappning och minskade smärtor framförallt vid postoperativ vård (ibid.).

## Sjuksköterskans ansvar i smärtbehandlingen

Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) skall sjuksköterskan kunna tillämpa omvårdnadsprocessen genom att bedöma, planera, genomföra och utvärdera omvårdnadsinsatserna. Vidare ska sjuksköterskan kunna tillämpa kunskaper i farmakologi och läkemedelshantering och dokumentera enligt gällande författningar. Enligt Nationella handboken för hälso- och sjukvård (Vårdhandboken, 2010) kännetecknas en god vård av att den är patientfokuserad, säker och jämlik. Vården skall utformas utifrån den enskilda människans behov och förutsättningar på ett tryggt och säkert sätt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården skall utformas och genomföras i samråd med patienten och god kommunikation är en förutsättning för patientens delaktighet i den egna vården och behandlingen (ibid.). Enligt Medicinska Kvalitets Rådet (MKR) (2001) är det läkaren som har ansvaret för den medicinska behandlingen genom att ordinera adekvata läkemedel. Sjuksköterskan har ansvaret för att skatta och behandla patientens smärta efter läkarens ordinationer samt utvärdera och dokumentera effekten av given smärtlindring.

Smärta är en subjektiv upplevelse, därför behövs metoder där sjuksköterskan får en uppfattning i hur patienten upplever smärtan samt för att kunna mäta effekten av given smärtlindring (Vårdhandboken, 2010). Det finns inte ett mätinstrument som passar alla utan valet av instrument måste anpassas efter patienten. Mätinstrumentet visar objektivt på intensiteten av smärtan men inte hur patienten upplever sin smärta. Smärtbilden måste kompletteras genom att fråga patienten om denne har ont och lyssna på vad patienten säger och hur patienten uttrycker sig (ibid.). Vårdhandboken (2010) och MKR (2001) rekommenderar Visuell Analog Skala (VAS) där patienten själv får skatta smärtan genom att placera en vertikal markör på en 100 mm lång horisontell linje eller Numeric Rating Scale (NRS), där patienten verbalt får skatta smärtan på en skala mellan 0 (ingen smärta) – 10 (värsta tänkbara smärta). För att skatta smärta hos personer med språksvårigheter, nedsatt medvetande eller mycket nedsatt kognitiv förmåga (Hawthorn & Redmond, 1999; Rawal, 1999, Vårdhandboken, 2010) kan andra smärtskattningsskalor användas, som exempelvis Doloplus 2 eller Faces Pain Scale (FPS). Dessa smärtskattningsmetoder går då ut på att observera bland annat ansiktsuttryck, beteende och rörelsemönster hos patienten som kan tyda på smärta (Vårdhandboken, 2010). Under de tre första postoperativa dygnen bör smärtan skattas ofta, helst var 3:e - 4:e timme. Dessutom ska smärtskattning ske vid varje smärtgenombrott samt före och efter administrering av analgetika (ibid.). En god postoperativ smärtbehandling innebär enligt Vårdhandboken (2010) att smärtmålet aldrig ska överstiga 4 på en 11 gradig skala (VAS eller NRS). Det är dock alltid patienten och inte skattningsinstrumentet som anger om smärtbehandlingen är adekvat

och om den är på en rimlig nivå. Smärtskattningen skall utföras både i vila och i rörelse (ibid.). En studie av Roth et al. (2005) visade att patienter som smärtskattades och medicinerades regelbundet upplevde att deras smärta hade tagits på allvar och var också mer nöjda med sin smärtlindring än de patienter som enbart fick smärtlindring vid behov. De som enbart fick smärtlindring vid behov hade också mycket högre smärtintensitet och genombrottssmärta än patienter som regelbundet medicinerades mot smärta. Denna studie bekräftar Rawal (1999) inställning till vad som är den bästa smärtlindringen. Han anser att det bästa sättet att smärtlindra, är genom att förhindra att smärta uppstår. Morrison et al. (2003) visar i sin studie att god postoperativ smärtbehandling är vinstgivande både för patienten och för samhällsekonomin, eftersom smärta kan bidra till komplikationer som förlänger vårdtiden, ökar lidandet och bidrar till ökade kostnader. Sjuksköterskans smärtdokumentation har en central plats i den postoperativa omvårdnaden (Vårdhandboken, 2010). Dokumentationen skall bidra till att patientens smärtupplevelser kan förmedlas över arbetslagen så att smärtbehandlingen förblir kontinuerlig under dygnets alla timmar samt vid alla former av mobilisering. Patientens upplevelser skall dokumenteras på ett korrekt och utförligt språk som tillgodoser patientens behov och innehålla en beskrivning av smärtans lokalisation, karaktär och duration (ibid.).

Behov finns av en förbättrad postoperativ smärtbehandling (Gordon & Dahl, 2004). Ändringar av metoder och farmakologi är inte avgörande, utan förbättringarna bör ske genom effektivare och mer strukturerad användning av de metoder som redan finns och genom att all personal aktivt arbetar med förbättringar (ibid.). Sjuksköterskan bär ett stort ansvar i den postoperativa smärtbehandlingen. Det är därför av stor betydelse att identifiera vilka hinder som sjuksköterskan upplever i omvårdnadsprocessen vid postoperativ smärtbehandling. Genom att medvetandegöra befintliga hinder kan adekvata åtgärder vidtas för att överkomma dem.

# Syfte

Syftet var att beskriva hindrande faktorer i postoperativ smärtbehandling ur ett sjuksköterskeperspektiv.

# Metod

En litteraturstudie genomfördes utifrån Fribergs (2006) struktur. Litteraturstudien innefattade 12 vetenskapliga artiklar som analyserades och sammanställdes. Resultatet analyserades inte utifrån någon teoretisk modell, vilket gav litteraturstudien en induktiv ansats. Resultatartiklarnas vetenskapliga kvalitet granskades utifrån Carlsson & Eiman (2003).

## Datainsamling

Inledande, ostrukturerade sökningar gjordes på databaserna PubMed, CINAHL, Science Direct, SveMed+ och PsychInfo. Sökningar gjordes både med MeSH-termer, ämnesord, Headings och i fritext för att undersöka forskningsläget som grund för den riktade sökningen. Databaserna PubMed och CINAHL ansågs tillföra mest material till syftet

och av de artiklar som ansågs intressanta i de övriga databaserna, återfanns samtliga på PubMed eller CINAHL eller på båda. I den riktade sökningen användes därför enbart de stora databaserna CINAHL och PubMed. Sökorden som användes presenteras i sökordsöversikten (Tabell 1, Bilaga I). Inklusionskriterier för samtliga sökningar var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vara publicerade år 2000 och därefter samt enbart innefatta vuxna patienter. Artiklar från olika delar av världen valdes för att kunna urskilja eventuella skillnader och likheter mellan länder och världsdelar. Inklusionskriterier för artiklarna var att de skulle svara mot syftet, alltså utgå från sjuksköterskans upplevelser av hinder. Studier som uteslutande behandlade postoperativ smärta vid cancerdiagnoser exkluderades eftersom det bedömdes att det då fanns fler dimensioner av smärtan än vad syftet omfattade. Den riktade sökningen kan ses i sin helhet i Tabell 2, Bilaga II (Sökhistorik).

Flera av artiklarna i resultatet förekom i båda databaserna och med olika sökord. Den sökningen där artikeln hittades först dokumenterades. Samtliga artiklar fanns att tillgå i fulltext, via databasen eller högskolans tidskriftsarkiv. En artikel som verkade svara mot syftet och som förekom som referens i andra artiklar hittades inte vid de riktade sökningarna och söktes därför manuellt på författarens namn. Samtliga sökningar gav över 500 träffar. Samtliga titlar lästes. Om titeln verkade svara mot syftet, så lästes abstrakt igenom. Efter genomläsning av 47 abstrakt som bedömdes relevanta valdes 21 artiklar ut och lästes i fulltext. Vid första gallringen valdes 5 bort direkt eftersom de inte svarade mot syftet eller var reviewartiklar. En artikel publicerad 2000 och en artikel publicerad 2001 bedömdes vara något för gamla men var ändå relevanta för studiens syfte eftersom de tillförde mycket till resultatet, samt användes som referens i flera av de övriga artiklarna. Tre av artiklarna var skrivna av samma författare och hade sina ursprung från samma intervjuer. Dock belyste de sjuksköterskans upplevelser ur olika perspektiv och tillförde därför olika faktorer till resultatet. De återstående 16 artiklarna granskades, analyserades och graderades enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier. Två artiklar baserades på kvantitativ metod och analyserades enligt mallen för kvantitativa studier. Tolv av artiklarna baserades på kvalitativ metod och analyserades enligt mallen för kvalitativa studier. Två av artiklarna baserades på både kvalitativ och kvantitativ metod, dessa analyserades enligt mallen för kvalitativa studier. I den andra gallringen valdes ytterligare fyra artiklar bort på grund av låg vetenskaplig kvalitet. De tolv artiklarna som slutligen inkluderades i studien hade kvalitetsgrad I eller II. Dessa artiklar sammanställdes i en analys innefattande; syfte, metod/urval och resultat/slutsats. Artiklarna hade sina ursprung i Storbritannien, Island, Sverige, Sydafrika, Jordanien och Iran.

De artiklar som valdes till resultatet är markerade med * i referenslistan.

## Databearbetning

Materialet granskades och analyserades gemensamt av författarna till föreliggande studie. Efter att ha analyserat samtliga studiers resultat framkom tre faktorer som alla påverkade sjuksköterskans upplevelse av hinder i den postoperativa smärtbehandlingen. Artiklarna lästes igen och de olika faktorerna färgmarkerades och ställdes samman till tre teman. Två utav temana innehöll i sin tur två eller flera underteman. Dessa olika teman stärktes med citat hämtade ur sjuksköterskornas egna berättelser i artiklarna.

# Resultat

Resultatet är indelat i tre teman; Bristande kommunikation, Bristande stöd från organisationen och Bristande kunskap. I två teman förekommer två eller flera underteman. De i studierna förekommande citat som upplevdes centrala för temat finns med för att stärka och förtydliga resultatet, såsom beskrivs ovan. Citaten är översatta till svenska från originalspråket engelska av författarna till föreliggande studie.

## Bristande kommunikation

### Sjuksköterska - patient

Att ha en relation till patienten underlättade en god kommunikation, vilket i sig sågs som en viktig faktor i smärthanteringen (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Rejeh, Ahmadi, Mohamadi, Anoosheh & Kazemnejad 2009b; Willson, 2000). En bristande kommunikation mellan sjuksköterska och patient kunde ha flera orsaker. Till exempel att patienten var oförmögen att kommunicera verbalt på grund av demens, afasi eller medvetande sänkning. Detta medförde hinder i smärtskattningen och gjorde sjuksköterskan osäker på patientens smärtor (Klopper, Andersson, Minkkinen, Ohlsson & Sjöström 2005; Schafheutle, Cantrill & Noyce, 2001).

> Alltför ofta, om patienten inte kan kommunicera så antar vi att han inte har ont (Klopper et al., 2005 s.17).

Även om sjuksköterskorna ansåg att det var svårt att skatta smärta hos de icke-verbala patienterna, så användes i studierna sällan smärtskattningsskalor som VAS eller NRS, inte ens då patienten var kommunicerbar. En av anledningarna till detta var att patienten ansågs för gammal och antogs inte kunna skatta smärtan själv (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Brown & McCormack, 2006; Schafheutle et al., 2001).
En annan anledning var om sjuksköterskan upplevde att patienten överskattade sina smärtor. I sådana situationer litades mer till patientens vitalparametrar eller ansiktsuttryck, det egna omdömet eller hur ont patienter ”brukar ha” efter liknande ingrepp, istället för att lita på patientens egna ord (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Coulling, 2005; Harper, Ersser & Gobbi, 2007; Klopper et al., 2005; Rejeh, Ahmadi, Mohamadi, Anoosheh & Kazemnejad, 2009a; Schafheutle et al., 2001).

> Du vet hur det brukar vara, det är ju ett rutiningrepp. Du vet vilken smärta de kommer att ha efteråt (Harper et al., 2007 s.605).

När patienten var känd eller misstänkt missbrukare av narkotika uppstod ofta en motvilja hos sjuksköterskorna att tro på patientens egen rapport om smärta (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Klopper et al., 2005; Rejeh et al., 2009a), eftersom sjuksköterskorna inte visste om det var smärta eller begär efter ett visst läkemedel.

> Människor som begär mängder av en viss analgetika och sedan skuttar ur sängen för att gå och röka med ett stort leende på läpparna…det är problematiskt…(Blondal & Halldorsdottir, 2009 s.2901).

Det fanns även situationer då sjuksköterskan upplevde att patienten underskattade sin smärta. Detta skapade också problem i form av att patienten vägrade ta emot smärtlindring. Det kunde till exempel handla om att patienten var rädd för injektioner

(Schafheutle et al., 2001), om den speciella ”kulturen” inom militären, där det ansågs manligt att klara smärta (Harper et al., 2007), eller om kulturella barriärer mot att visa smärta (Rejeh et al., 2009a).

> I vår kultur skäms männen över att visa smärta; därför behöver de enkelrum där de kan skrika och gråta och inte behöver gömma sina känslor. Men eftersom de tror att män aldrig gråter av smärta så hör vi dem inte och detta kan ge stora problem i smärtbehandlingen (Rejeh et al., 2009a s.165).

Sjuksköterskor hade lärt sig att lyssna på hur patienten uttryckte sin smärta och fattade beslut om smärtbehandling utifrån det. När patienten inte kunde göra sig förstådd på grund av språksvårigheter uppstod ytterligare ett hinder i den postoperativa smärtbehandlingen (Klopper et al., 2005; Söderhamn & Idvall, 2003).

> Patienten kunde inte tala ett ord svenska. Han hade genomgått en bukoperation och hade intensiva smärtor postoperativt. Den ansvariga sjuksköterskan trodde inte på honom (…) att han hade så stark smärta (Söderhamn & Idvall, 2003 s.30).

Patientens etnicitet spelade stor roll för sjuksköterskans förmåga att kommunicera med patienten i studien från Sydafrika. Många olika stammar som var och en hade sitt språk bidrog till kommunikationsproblemen. Vidare ansåg sjuksköterskorna där att den svarta befolkningen upplevde mindre smärta än den vita, vilket resulterade i att patienter ur den svarta befolkningen i många fall blev utan adekvat smärtlindring (Klopper et al., 2005).

> (…) om det vore en svart patient så förväntade jag mig att han inte klagade över smärta direkt när han kom tillbaka (efter operation) (Klopper et al., 2005 s.17).

I studien från Jordanien (Abdalrahim, Majali & Bergbom, 2010) upplevde sjuksköterskan att anhöriga ofta var hotfulla och aggressiva när de upplevde att deras anhöriga inte fick hjälp i tid. Deras uppträdande gjorde då att sjuksköterskan hade svårt att få en bra relation till patienten, vilket upplevdes negativt för smärtbehandlingen.

## Sjuksköterska - medarbetare

I flera av studierna upplevde sjuksköterskan stora hinder i smärtbehandlingen om kommunikationen med läkaren var bristfällig. Det kunde till exempel handla om ett konkret hinder i form av brist på adekvata ordinationer (Abdalrahim et al., 2010; Coulling, 2005; Schafheutle et al., 2001) eller att sjuksköterskan saknade befogenhet att ”lägga sig i” läkarens arbete trots att hon upplevde att patienten inte erhöll adekvat smärtlindring (Abdalrahim et al., 2010; Rejeh, Ahmadi, Mohamadi, Anoosheh & Kazemnejad, 2008). I vissa fall (Söderhamn & Idvall, 2003; Blondal & Halldorsdottir, 2009) fick sjuksköterskan agera som patientens advokat och argumentera med läkaren och kräva en bättre smärtlindring, vilket av sjuksköterskan upplevdes som frustrerande.

> Vi har duktiga kirurger på vårt sjukhus. De arbetar hårt, men vi saknar relationen med dem. De lyssnar inte på oss och ber oss att inte lägga oss i deras beslut. De tycker inte att vi är kompetenta och de läser aldrig vår dokumentation (...) (Abdalrahim et al., 2010 s.168)

Sjuksköterskan upplevde det svårt att diskutera smärtlindring med nya läkare som varken kände sjuksköterskan eller patienten (Blondal & Halldorsdottir, 2009). I den

svenska studien (Söderhamn & Idvall, 2003) upplevde sjuksköterskorna att de hade mycket goda kunskaper i postoperativ smärtbehandling, men att de ofta blev hindrade av läkarna att utnyttja sina kunskaper. Det upplevdes frustrerande när sjuksköterskorna visste vad patienten behövde men inte fick lov att ge det. Det kunde också vara svårt att få tag på läkare som kunde ordinera analgetika då dessa sällan befann sig på avdelningen (Abdalrahim et al., 2010; Blondal & Halldorsdottir, 2009; Brown & McCormack, 2006). Dessa faktorer skapade frustration hos sjuksköterskan, att vilja behandla patientens smärtor men att inte kunna.

> Jag kontrollerade medicinlistan och såg att där inte fanns någon ordination på analgetika. Jag ringde de ansvariga läkarna, men de var upptagna. Jag insisterade på att någon av dem skulle komma. De avser inte att negligera patienten, men de rusar till operation och glömmer att ge ordinationen (Abdalrahim et al., 2010 s.167).

Ett annat hinder i smärthanteringen var när kommunikationen mellan sjuksköterskorna på avdelningen brast. Det kunde röra sig om brist på dokumentation om smärta, smärtskattning och utvärdering (Abdalrahim et al., 2010). Det kunde även handla om misstro till de egna kollegernas förmåga att smärtskatta patienten korrekt (Willson, 2000).

> Vi skriver korta anteckningar. Vi skriver bara att patienten har ont, att läkaren informerades, men inga smärtskattningsskalor används (Abdalrahim et al., 2010 s.167).

# Bristande stöd från organisationen

## Outtalade krav

I flera studier var det en oskriven regel att patienterna inte skulle behöva opioider i mer än två dagar postoperativt. Sjuksköterskorna upplevde ett krav från avdelningen att patienten skulle skrivas ut snabbt och detta hindrade sjuksköterskan från att ge patienten opioider trots att patienten fortfarande hade starka smärtor och hade ordination som tillät administreringen (Abdalrahim et al., 2010; Rejeh et al., 2009a; Willson, 2000).

> Vi har inget ansvar för vården efter utskrivning; därför vet vi inte hur det går för patienterna hemma. Tidig utskrivning verkar vara oundvikligt på dessa avdelningar på grund av den långa väntelistan med patienter som behöver opereras (Rejeh et al., 2009a s.165).

## Tid och bemanning

Ett annat organisatoriskt hinder som var gemensamt för de allra flesta sjuksköterskorna i studierna var den stora bristen på tid för patienterna och den höga arbetsbördan (Abdalrahim et al., 2010; Blondal & Halldorsdottir, 2009; Brown & McCormack, 2006; Coulling, 2005; Rejeh et al., 2008; Schafheutle et al., 2001; Willson, 2000). Sjuksköterskans brist på tid resulterade ofta i att patienterna fick vänta länge på sin smärtlindring. Sjuksköterskan kunde till exempel ha ensamt ansvar för ett stort antal patienter med postoperativa smärtor (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Rejeh et al., 2008; Schafheutle et al., 2001; Willson, 2000) eller uppleva sig ständigt avbruten i sitt arbete med smärtbehandling i form av telefonsamtal och ringningar (Rejeh et al., 2009b),

frågor från studenter eller medarbetare, ronder och mobiliseringar (Brown & McCormack, 2006; Rejeh et al., 2008; Willson, 2000).

> (...) aktiviteter som till exempel att svara på ringningar, personsökningar och telefonsamtal, följa upp lab-prover och att hjälpa nya sjuksköterskor ger störningar i arbetet med smärtbehandlingen (Rejeh et al., 2009b s.278).

I en studie från Storbritannien var de tvungna att vara två sjuksköterskor för att hämta ut narkotiska preparat till patienten. Detta blev ett stort hinder i smärthanteringen, då de samtidigt upplevde att de var för få sjuksköterskor på avdelningen (Schafheutle et al., 2001). Upplevelsen av att vara för få sjuksköterskor på avdelningen delades av många sjuksköterskor i olika delar av världen (Abdalrahim et al., 2010; Brown & McCormack, Coulling, 2005; 2006; Rejeh et al., 2009b; Schafheutle et al., 2001). Detta gjorde att sjuksköterskorna många gånger fick prioritera bort att gå och fråga patienterna om de hade smärtor eller om administrerade läkemedel haft effekt (Brown & McCormack, 2006; Willson, 2000). Tidsbristen bidrog även till en nedprioritering av att skriva noggranna omvårdnadsplaner för smärthanteringen, vilket i sig försämrade kommunikationen mellan sjuksköterskorna (Willson, 2000).

> Tyvärr har vi inte mycket tid att sitta ner och lyssna på våra patienter, lyssna till deras smärtupplevelser, prata om deras personliga smärtbehandling och minska deras oro och smärta (Rejeh et al., 2008 s. 471).

## Oklara eller snäva mål i verksamheten

Avsaknad av klara mål och riktlinjer för postoperativ smärthantering på vårdavdelningen gjorde att sjuksköterskorna arbetade med olika strategier och inte hade ett gemensamt arbetssätt, vilket av många upplevdes som ett hinder i smärthanteringen, speciellt hos sjuksköterskor som var nya på avdelningen (Abdalrahim et al., 2010; Blondal & Halldorsdottir, 2009; Rejeh et al., 2009a).

> Det är inte så att man inte klarar av uppgifterna, det är mer som att folket (organisationen) inte riktigt är överens om vad som behöver göras och vem som ska göra det (Blondal & Halldorsdottir, 2009 s.2902).

De nya sjuksköterskorna fick då förlita sig på de som arbetat där längre och ta efter deras arbetssätt (Willson, 2000). Andra gånger (Rejeh et al., 2009b) kunde alltför fasta mål och strama riktlinjer angående postoperativ smärthantering göra att sjuksköterskan hindrades att hantera patientens smärta genom omvårdnadsinsatser och icke-farmakologisk behandling.

> Jag behöver handlingsfriheten att ingripa i smärtlindringen, att få lov att göra det jag kan göra för mina patienter, och jag måste ha rätten att utföra omvårdnad baserad på mina diagnoser, men vissa lagar på sjukhuset har förbjudit oss...(Rejeh et al., 2009b s.277).

### Brist på resurser

I en studie från Iran framkom även ett konkret organisatoriskt hinder i from av brist på analgetika. Detta innebar att sjuksköterskorna var tvungna att spä ut injektionerna och dela ut till de mest behövande, något de upplevde vara både frustrerande och oetiskt (Rejeh et al., 2009a).

> Ibland, på grund av brist på narkotika så spär vi ut och distribuerar det bland patienterna. Vi måste välja, och det är inte lätt men vi måste anpassa oss till dessa förutsättningar (Rejeh et al., 2009a s.164).

## Bristande kunskap

I några studier (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Coulling, 2005; Rejeh et al., 2009b) upplevde sjuksköterskorna att de hade för lite utbildning i postoperativ smärthantering. Sjuksköterskeutbildningen gav inte tillräckliga kunskaper för att utföra ett adekvat arbete i den postoperativa smärthanteringen.

> Bristen på utbildning om smärtbehandling är uppenbar och jag tror att den akademiska utbildningen inte förbereder sina studenter på smärtlindring, stöd och empati för patienterna (Rejeh et al., 2009b s.277).

Många sjuksköterskor hade dåliga kunskaper om opioider och dess verkan som smärtlindring. Detta medförde en rädsla och osäkerhet i att ge opioider till patienterna. Sjuksköterskorna var i huvudsak rädda för att patienten skulle drabbas av andningsdepression eller tillvänjning (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Coulling, 2005; Klopper et al., 2006; Willson, 2000). Sjuksköterskorna var också rädda för att ge opioider när det inte fanns möjlighet att övervaka patienten efteråt, till exempel inför natten (Willson, 2000). Även läkarna hade denna rädsla för opioidernas tillvänjande effekt och kunde beordra sjuksköterskorna att ge patienten en injektion med vatten istället för opioider (Abdalrahim et al., 2010).

> Du kan fortsätta att ge mediciner och du kan lätt döda någon på det viset (Blondal & Halldorsdottir, 2009 s.2901).

# Diskussion

## Metoddiskussion

Målet med litteraturstudien var att söka kunskap om sjuksköterskans upplevelser av hinder i den postoperativa smärthanteringen. Resultatet bygger övervägande på kvalitativa artiklar, vilket kan ses som en styrka då det var upplevelsen som eftersöktes. De kvantitativa artiklar som förekommer i resultatet stärker det resultat som framkommer i de kvalitativa artiklarna, vilket ökar trovärdigheten. Att studierna härstammar från olika delar av världen med olika kulturella värderingar är också en styrka då hindren tenderar att vara detsamma oavsett världsdel. I fyra av studierna deltog både manliga och kvinnliga sjuksköterskor vilket kan vara en styrka eftersom det kan visa att sjuksköterskornas upplevelser av hinder inte är könsrelaterat. I en studie deltog enbart kvinnliga sjuksköterskor och i sju av studierna redovisades inte

könsfördelningen. Detta kan vara en svaghet då det blir svårt att urskilja om upplevelsen av hinder är könsbundet.

I de systematiska sökningarna användes endast två databaser, CINAHL och PubMed. Detta kan ses som en svaghet då viktiga artiklar kan ha förekommit även i andra databaser. Dock gjordes inledande breda sökningar i flera andra databaser, men samtliga studier som svarade mot vårt syfte återfanns i CINAHL eller PubMed, eller i båda. Dessa databaser är de mest relevanta för omvårdnadsforskning, vilket gör antalet databaser mindre relevant. Sökningarna utgjordes både av MeSH-termer på PubMed, Headings på CINAHL samt i fritext. Flera av sökorden användes i båda databaserna. Sökningarna som redovisas i Tabell II är inte strikt systematiska eftersom fritext inkluderats i de flesta sökningar. I vissa sökningar användes enbart fritext, vilket gav ett bredare perspektiv och fler träffar, vilket kan vara en styrka. En av artiklarna hittades via manuell sökning. Att den inte återfanns vid de riktade sökningarna kan vara en svaghet i datainsamlingen och kan visa på att fler riktade sökningar borde ha genomförts.

Sökningarna begränsades till år 2000 och senare. De flesta artiklarna som inkluderades i studien var fem år eller yngre, vilket kan ses som en styrka. Tre av artiklarna var äldre än sju år, vilket kan vara en svaghet, men deras resultat var likvärdigt med de yngre artiklarna. Detta visar att forskningsläget inte har förändrats i så stor utsträckning under denna tidsperiod och att artiklar som publicerats för 7 år sedan därför fortfarande har relevans. Tre av studierna härstammar från samma intervjumaterial, vilket kan vara en svaghet, men studierna hittades vid olika sökningar och med olika sökord och behandlar olika aspekter av syftet. Studiernas resultat översattes till svenska och bearbetades för att skapa en essens som sen kunde sammanställas till ett resultat i litteraturstudien. Artiklarna som användes till resultatet var mycket samstämmiga i sina resultat, trots stora skillnader i kultur och deltagarantal. Detta kan anses stärka litteraturstudiens trovärdighet.

## Resultatdiskussion

Artiklarna granskades utifrån Carlsson och Eiman (2003) bedömningsmallar för både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Artiklarna kvalitetsbedömdes gemensamt av föreliggande studies författare, vilket kan ses som en svaghet då inga individuella bedömningar av artiklarnas vetenskapliga kvalitet gjordes. Dock fördes en diskussion gällande bedömningarna mellan föreliggandes studies författare. Samtliga resultatartiklar bedömdes som grad I eller II. Vissa av artiklarna hamnade precis på gränsen mellan grad I och II. I de flesta fall graderades de då till den högre graden. I ett av fallen låg artikeln på gränsen mellan grad II och III. Denna graderades då till grad II. I de allra flesta fallen berodde detta gränsvärde på att inget bortfall fanns angivet i studien, vilket gav dem 0 poäng i denna kategori. Detta ansågs inte vara tillräckligt relevant i de kvalitativa studierna, för att de skulle hamna i den lägre graderingen om de låg på gränsen. Vid bedömning av de studier som innehöll både kvantitativa och kvalitativa data valdes mallen för kvalitativa studier då den kvalitativa delen av studien användes till resultatet och därför ansågs mest relevant. I samtliga studier var metod, resultat och diskussion av god vetenskaplig kvalitet. Samtliga resultatartiklar baseras på studier utförda på sjuksköterskor. I vissa av artiklarna fanns godkännande från etisk kommitté redovisat, i annat fall angavs att inget godkännande behövdes för studien.

I resultatet framkom tre teman som påverkade sjuksköterskans upplevelser av hinder i den postoperativa smärtbehandlingen; Bristande kommunikation; Bristande stöd från organisationen och Bristande kunskap. För att skapa förutsättningar för en god postoperativ smärtbehandling är kommunikationen en viktig faktor (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Rejeh et al., 2009b; Willson, 2000). I resultatet (Harper et al., 2007; Klopper et al., 2005; Rejeh et al., 2009a; Söderhamn & Idvall, 2003) framkom att sjuksköterskor ofta tenderade att underskatta patienters smärta beroende på att de hade svårt att tro på patienten och att alla patienter inte visade sin smärta. I Vårdhandboken (2010) framgår tydligt vikten av att tro på patientens självskattning av smärtan. Smärtan är alltid vad patienten upplever att den är. Enligt Idvall, Hamrin, Sjöström och Unosson (2002) och Wickström, Nordberg, Bergh, Johansson och Sjöström (2008) skattar sjuksköterskor ofta patientens smärta lägre än patienten själv gör. I den senare studien framkom att skillnaderna mellan sjuksköterska och patienten skattning minskade med ökad utbildning hos sjuksköterskorna. I Richards och Hubbert (2007) studie framkom att sjuksköterskor var medvetna om vikten av att tro på patienten, men hade ändå svårt att leva upp till det och avstå från de egna värderingarna som oftast inte överensstämde med patientens självskattning. Enligt Dihle, Bjølseth och Helseth (2006) upplevde sjuksköterskorna att de arbetade evidensbaserat med smärtskattningen men observationsstudien visade att sjuksköterskorna litade mer till sin egen uppfattning av patientens smärta än vad patienterna uttryckte. Dessutom avstod flera sjuksköterskor från att ställa direkta frågor om smärtan och patienten gavs därför inte möjlighet att uttrycka sin smärta. Om sjuksköterskan underskattar patientens smärta torde detta även leda till att patientens smärta blir underbehandlad.

I flera studier i resultatet (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Brown & McCormack, 2006; Schafheutle et al., 2001) framkom att sjuksköterskor inte använde smärtskattningsskalor i den utsträckningen som de borde. I smärtskattningen ansågs en hög ålder eller demensymtom hos patienten innebära att traditionella och evidensbaserade smärtskattningsmetoder inte kunde användas (Klopper, et al. 2005; Schafheutle et al. 2001). Detta emotsägs av Kaasalainen och Crook (2004) som jämförde smärtskattningsinstrument på äldre, kognitivt friska samt dementa patienter mellan 65 och 99 år. Denna undersökning visade att 100 % av patienterna med mild demens samt 70 % av patienterna med medelsvår demens kunde skatta sin smärta via NRS. Enbart vid svår till mycket svår demens var patienterna helt oförmögna att skatta sin smärta via NRS. I studier av Dihle et al. (2006), Wadensten et al. (2011) och Wickström et al. (2008) framkommer det att sjuksköterskor har vetskapen om hur viktig smärtskattningen är, men använder ändå inte VAS eller NRS rutinmässigt. Roth et al. (2005) visar i sin studie att regelbunden smärtskattning och smärtlindring ger en mer nöjd patient, vilket stämmer väl överens med Vårdhandbokens (2010) riktlinjer för postoperativ smärtbehandling.

Endast i två av resultatartiklarna (Abdalrahim et al., 2010; Willson, 2000) upplevde sjuksköterskorna att bristande smärtdokumentationen hindrade dem i arbetet. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att upprätta vårdplaner och hinna utvärdera effekten av given smärtlindring vilket ytterligare ökar bördan för tjänstgörande sjuksköterska under nästkommande pass. Detta visar att sjuksköterskorna inte ser bristande dokumentation som ett betydande hinder för att ge god postoperativ smärtbehandling.

I flera resultatartiklar framkom tidsbristen (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Brown & McCormack, 2006; Coulling, 2005; Rejeh et al., 2008; Rejeh et al., 2009a; Schafheutle et al., 2001; Willson, 2000) som ett stort problem. Sjuksköterskorna arbetade under ständig tidspress och upplevde ofta att avdelningen var underbemannad. Detta drabbade patienterna i form av utebliven smärtskattning, lång väntan på smärtlindring eller utebliven utvärdering av given analgetika (Brown & McCormack, 2006; Willson, 2000). Att patienter måste vänta länge på sin smärtlindring (Rejeh et al., 2009b) går rakt emot vad Sjöström (1995) menar är det bästa sättet att lindra smärta på, nämligen att förhindra att den uppstår. Upplevelsen att arbeta under ständig tidspress var gemensam för sjuksköterskor i stora delar av världen utan kulturella skillnader.

I resultatet framkom att sjuksköterskorna saknade riktlinjer i smärtbehandlingen (Abdalrahim et al., 2010). En svensk studie av Kajermo et al. (2007) visade också på att oklara eller orealistiska mål i organisationen upplevdes vara ett hinder för ett evidensbaserat omvårdnadsarbete. Även alltför strikta och styrande direktiv kunde upplevas hämmande i smärtbehandlingen (Rejeh et al., 2009b). I en studie av Manias, Bucknall och Botti (2005) framkom det att regler och rutiner kunde utgöra ett hinder för god postoperativ smärtbehandling genom att sjuksköterskorna höll strikt på tidsintervallen mellan analgetikadoserna, trots att patienten uttryckte smärta. Den nya lagen om Patientsäkerhet (SFS 2010:659), som trädde i kraft i januari 2011, skärper kraven på vårdgivare att aktivt arbeta för en minskning av antalet vårdskador. Till vårdskador räknas skador och komplikationer som drabbar patienter i vården och som hade kunnat undvikas genom att korrekta åtgärder vidtagits. Till dessa skador räknas bland annat trycksår, malnutrition och smärtor. En god och adekvat postoperativ smärtbehandling kan förhindra att dessa skador uppstår och minskar därmed antalet patienter som skadas i vården. Därför bör den postoperativa smärtbehandlingen prioriteras högre av organisationen.

Många sjuksköterskor upplevde att de hade bristfälliga kunskaper i smärtbehandling (Coulling, 2005; Rejeh et al., 2009b; Willson, 2000). Sjuksköterskorna saknade undervisning i postoperativ smärtbehandling under sin utbildning. Hos många sjuksköterskor i studierna fanns en rädsla att överdosera opioider (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Coulling, 2005; Klopper et al., 2006; Willson, 2000). Detta gjorde att sjuksköterskorna medvetet underbehandlade patientens smärtor i ren omtanke för patientens säkerhet. Framför allt var sjuksköterskorna rädda för att patienterna skulle drabbas av andningsdepression. Cashman och Dolin (2004) visade i en genomgång av 165 studier, att den genomsnittliga risken för svår andningsdepression vid opioidbehandling av postoperativ smärta endast var 0.3 %. Denna låga siffra kan jämföras med de stora riskerna för komplikationer som underbehandlad postoperativ smärta leder till. I den svenska studien (Söderhamn & Idvall, 2003) upplevde sjuksköterskorna att de hade mycket goda kunskaper i postoperativ smärtbehandling, men att de inte fick utnyttja sina kunskaper i den utsträckning som de önskade. Detta bland annat på grund av att läkarna inte hade tillit till sjuksköterskornas kompetens i smärtbehandling. I en studie av Wickström et al. (2008) resulterade en utbildning i smärtbehandling att sjuksköterskorna gav patienten en bättre postoperativ smärtlindring. Vilket stämmer med Ang et al. (2004) som visar med sin studie att bristfälliga kunskaper i smärthantering ger ett sviktande självförtroende och därmed en rädsla att ge patienten för mycket smärtlindring. Stora skillnader mellan sjuksköterskornas utbildning i Europa, Asien och Afrika ger naturligtvis skillnader i upplevelsen av kunskapsluckor i postoperativ smärtbehandling.

I resultatartiklarna framkom inga skillnader i upplevda hinder mellan manliga och kvinnliga sjuksköterskor. I några studier deltog både manliga och kvinnliga sjuksköterskor men inga skillnader i upplevelser redovisades i resultatet. I kommunikationen med patienten framkom däremot skillnader mellan manligt och kvinnligt i några studier. Det handlade då om kulturellt betingade skillnader, där männen i Iran inte fick lov att visa sin smärta (Rejeh et al., 2009a). Även inom militären i Storbritannien ansågs det omanligt att uttrycka smärta (Harper et al., 2007). Etniska skillnader i upplevelsen av hinder i smärtbehandlingen framkom i studien från Sydafrika, där patienter ur den svarta befolkningen ansågs ha högre smärttröskel än övriga (Klopper et al., 2005). För att kunna arbeta evidensbaserat i smärtbehandling är det viktigt att aktivt söka kunskap. I en studie av Carlson (2009) var samtliga medverkande sjuksköterskor väl medvetna om vad som ingick i en god och evidensbaserad postoperativ smärtbehandling, med bland annat regelbunden smärtskattning samt att tro på patientens rapport om smärtor istället för att titta patientens beteende eller vitalparametrar. Dock använde endast 57 % av sjuksköterskorna sig av dessa kunskaper i sitt arbete. De som arbetade evidensbaserat hade ofta en specialistutbildning och läste ofta vetenskapliga tidskrifter.

# Konklusion

Resultatet visar på ett flertal faktorer som av sjuksköterskorna upplevs hindra en god postoperativ smärtbehandling. En bristande kommunikation med patienten, läkaren och kollegerna upplevs som ett stort hinder för att uppnå målen med smärtbehandlingen. Tidsbrist och alltför stor arbetsbörda upplevs utgöra hinder för en adekvat smärtbehandling och upplevelsen av att vara för få sjuksköterskor med ansvar för alltför många patienter delas av sjuksköterskor i olika delar av världen. Många sjuksköterskor upplevde att de inte hade tid att smärtskatta patienterna och hos flera fanns en motvilja att använda smärtskattningsskalor. Ovilja bestod i en misstro mot patientens egen rapport av smärta, att patienten inte anses klara uppgiften att skatta sin smärta eller att sjuksköterskan helt enkelt inte hinner smärtskatta alla patienterna.

Avsaknad av lokala mål och riktlinjer för den postoperativa smärtbehandlingen upplevs av många sjuksköterskor som ett hinder och bidrar till att alla arbetar på "sitt" sätt. Även alltför fasta och snäva mål och riktlinjer på avdelningen kan upplevas hindrande i arbetet med smärtbehandling. Bristen på kunskap i smärtbehandling och läkemedelsbiverkningar framkommer som ytterligare ett hinder och i vissa studier, medan man i en studie anser sig ha goda kunskaper som inte utnyttjas, vilket upplevs hindrande och frustrerande.

# Implikation

Resultatet visar på behov av ett starkare samarbete mellan sjuksköterskor och läkare för att bättre ta tillvara båda parters kompetens i den postoperativa smärtbehandlingen. Organisationen har ett stort ansvar i att ge sjuksköterskorna mer tid för sina patienter, för att de ska hinna med att ge alla god postoperativ omvårdnad och därmed en adekvat smärtbehandling. Den postoperativa smärtbehandlingen bör prioriteras högre av organisationen. Detta är viktigt dels för att minska lidandet för patienten, och dels för att spara pengar och resurser i vården. Det är viktigt för den postoperativa smärtlindringen

att tid avsättas för sjuksköterskan att planera, dokumentera och utvärdera omvårdnaden enligt gällande lagstiftning. Det är även av störst vikt att sjuksköterskan har goda kunskaper i smärta och smärtbehandling. Därför efterfrågas regelbundna utbildningar till alla sjuksköterskor som arbetar med postoperativ smärtbehandling. Vidare bör de ges tillfälle under arbetstid förbättra sina kunskaper och ges tid att ta del av aktuell forskning inom området. På vårdavdelningar där postoperativ smärta är vanligt förekommande bör det finnas lokala riktlinjer för hur smärtbehandlingen ska utformas. Fortsatt forskning behövs i hur och till vilken grad en effektivare smärtbehandling kan minska antalet postoperativa komplikationer samt hur sjuksköterskornas användning av evidensbaserade smärtskattningsmetoder kan främjas.

"Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever the experiencing person says it does" (McCaffery and Beebe 1989, s.7).

# Referenser


*Abdalrahim, M S., Majali, S A., & Bergbom, I. (2010). Jordanian nurses' experiences in caring for patients with postoperative pain. [Electronic version]. *Applied Nursing Research, 23*(3), 64-70.

Ang, P., Knight, H., Matadial, C., Pagan, A., Curty, R., Nieves, C S., et al. (2004). Managing acute postoperative pain: is 3 hours too long? [Electronic version] *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 19*(5), 312-33.

*Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing, 18*(20), 2897-906.

*Brown, D., & McCormack, B. (2006). Determining factors that have an impact upon effective evidence-based pain management with older people, following colorectal surgery: an ethnographic study. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing, 15*(10), 1287-98.

Carlson, C. (2009). Use of three evidence-based postoperative pain assessment practices by registered nurses. [Electronic version]. *Pain Management Nursing, 10*(4), 174-187.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad - ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola".* Malmö: Malmö Högskola. Hämtad 2011-03-25 från: http://dspace.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf

Cashman, J N., & Dolin, S J. (2004). Respiratory and haemodynamic effects of acute postoperative pain management: evidence from published data. [Electronic version]. *British Journal of Anaesthesia, 93*(2), 212-23.

*Coulling, S. (2005). Nurses' and doctors' knowledge of pain after surgery. [Electronic version]. *Nursing Standard, 19*(34), 41-9.

Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative management. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing, 15*(4), 469-79.

Dolin, S J., Cashman, J N., & Bland, J M. (2002). Effectiveness of acute postoperative pain management. [Electronic version]. *British Journal of Anaesthesia,* 89(3), 409-423.

Friberg, F. (red) (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* Lund: Studentlitteratur.

Gordon, D B., & Dahl, J L. (2004). Quality improvement challenges in pain management. [Electronic version]. *Pain, 107*(1-2), 1-4.

*Harper, P., Ersser, S., & Gobbi, M. (2007). How military nurses rationalize their postoperative pain assessment decisions. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing, 59*(6), 601-11.

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

Idvall, E., Hamrin, B., Sjöström, M., & Unosson, M. (2002). Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. [Electronic version]. *Quality and Safety in Health Care, 11*(4). 327-34

Kaasalainen, S., & Crook, J. (2004). An exploration of seniors' ability to report pain. [Electronic version]. *Clinical Nursing Research, 13*(3), 199-215.

Kajermo, K N., Undén, M., Gardulf, A., Eriksson, L E., Orton, M-L., Arnetz, B B., & et al. (2007). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. [Electronic version]. Journal of Nursing Management, *16*(3), 305-14.

*Klopper, H., Andersson, H., Minkkinen, M., Ohlsson, C., & Sjöström, B. (2006). Strategies in assessing post operative pain- A South African study. [Electronic version]. Intensive and Critical Care Nursing, 22(1), 12-21.

Macintyre, P., & Schug, S. (2007). Acute Pain Management- A practical guide. Hämtad 2011-03-30 från: http://books.google.com/books?id=4rHWiKo9Mc0C&pg=PA1&lpg=PA1&dq=Acute+pain+management:+A+practical+guide&source=bl&ots=mKriLX4qAG&sig=Iovd2ANr6S3oZLrLlu6_YxvyIaI&hl=sv&ei=iH2ZTa6IL4v2sgbK7pHLCA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDAQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false

Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2005). Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. [Electronic version]. *Pain Management Nursing, 6*(1), 18-29.

McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice.* St. Louis, MO: C V Mosby.

Medicinska kvalitetsrådet [MKR]. (2001). *Behandling av postoperativ smärta. Riktlinjer och kvalitetsindikatorer*. Hämtad 2011-03-21 från: http://www.whiplashinfo.se/smarta/riktlinjer_postoperativ_smarta.htm

Morrison, R S., Magaziner, J., McLaughlin, M A., Orosz, G., Silberzweig, S B., Koval, J. et al. (2003). The impact of post- operative pain on outcomes following hip fracture. [Electronic version]. *Pain, 103*(3), 303-11.

Nationella handboken för hälso- och sjukvård. (2010). *Vårdhandboken.* Hämtad 2011-03-21 från: http://www.vardhandboken.se/Sok-pa-Vardhandboken/?quicksearchquery=postoperativ%2bsm%25c3%25a4rta

Nyström, P-O. (2004). Svårt mäta resultat och kvalitet i kirurgi men vårdtiden är en viktig variabel. [Electronic version]. *Läkartidningen, 101*(3), 184-89.

Rawal, N. (1999). *Postoperativ smärta - Behandling, kvalitetssäkring och organisation.* Lund: Studentlitteratur.

Rawal, N. (2003). Postoperativ smärta. Ingår i M. Werner & P. Strang (red.), *Smärta och smärtbehandling.* (s. 233-256). Stockholm: Liber AB.

*Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Anoosheh, M., & Kazemnejad, A. (2008). Barriers to, and facilitators of post-operative pain management in Iranian nursing: a qualitative research study. [Electronic version]. *International Nursing Review, 55*(4), 468-75.

*Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohamadi, E., Anoosheh, M., & Kazemnejad, A. (2009a). Ethical challenges in pain management post-surgery. [Electronic version]. *Nursing Ethics,* 16(2), 161-72.

*Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anoosheh, M. (2009b). Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. [Electronic version]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23*(2), 274-81.

Richards, J., & Hubbert, A. (2007). Experience of expert nurse in caring for patients with postoperative pain [Electronic version]. *Pain management Nursing*, *8*(1), 17-24.

Robinson, S., & Vollmer, C. (2010). Undermedication for pain and precipitation of delirium. [Electronic version]. *MedSurg Nursing*, *19*(2), 79-83.

Roth, W., Kling, J., Gockel, I., Rümelin, A., Hessmann, M H., Meurer, A. et al. (2005). Dissatisfaction with post-operative pain management – A prospective analysis of 1071 patients. [Electronic version]. *Acute Pain, 7*(2), 75-83.

*Schafheutle, E I., Cantrill, J A., & Noyce, P R. (2000). Why is pain management suboptimal on surgical wards? [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing, 33*(6), 728-37.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Riksdagen.

Shea, R A., Brooks, J A., Dayhoff, N E., & Keck, J. (2002) Pain intensity and postoperative pulmonary complications among the elderly after abdominal surgery. [Electronic version]. *Heart & Lung, 31(*6), 440-49.

Sjöström, B. (1995). *Assessing acute postoperative pain- Assessing strategies and quality in relation to clinical experience and professional role.* Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* Hämtad 2011-03-31 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

*Söderhamn, O., & Idvall, E. (2003). Nurses' influence on quality of care in postoperative pain management: a phenomenological study. [Electronic version]. *International Journal of Nursing Practice*, *9*(1), 26-32.

Wadensten, B., Fröjd, C., Swenne, C L., Gordh, T., & Gunningberg, L. (2011). Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(5-6), 624-34.

Werner, M., & Strang, P. (red.). (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber AB

Wickström, K., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F G., & Sjöström, B. (2008). Postoperative pain management- the influence of surgical ward nurses. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(15), 2042-50.

*Willson, H. (2000). Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(5), 1145-54.

World Health Organization [WHO]. (2008). *New checklist to help make surgery safer.* Geneva: World Health Organization. Hämtad 2011-04-12 från: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr20/en/

# Tabell 1: Sökordsöversikt Bilaga I

| **Sökord** | **PubMed MeSH** | **Cinahl Headings** |
|---|---|---|
| Postoperativ smärta | Postoperative pain, pain<br>(även fritext)<br>Pain, postoperative/nursing | Postoperative pain<br>(även fritext) |
| Sjuksköterske-patient relation | Nurse patient relation | |
| Upplevelser | Experience*<br>(fritext) | Experience*<br>(fritext) |
| Sjuksköterska | Nurs*<br>(även fritext) | Nurs*<br>(även fritext) |
| svårighet | Challenge* (fritext) | Challenge* (fritext) |
| Smärtbehandling | Pain management (fritext) | Pain management (fritext) |
| Smärtskattning | Pain measurement/standards | |

# Tabell 2: Sökhistorik Bilaga II

| Databas | Datum | Sökord/limits | Antal träffar | Lästa ab-stract | Urval 1 | Urval 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PubMed | 22/3 2011 | nurs* AND postoperative pain AND experience* Limits: Published in the last 10 years, language: english, all adult 19+. | 176 | 18 | 7 | 4 |
| CINAHL | 22/3 2011 | nurs* AND postoperative pain AND experience* Limits: Publication date: 2000-2011, language: english, all adult. | 116 | 8 | 5 | 2 |
| CINAHL | 24/3 2011 | postoperative pain (Major subject Heading) AND nurs* (Major subject Heading) Limits: Publication date: 2000-2011, language: english, all adult, abstract available. | 165 | 5 | 3 | 2 |
| PubMed | 24/3 2011 | postoperative pain, pain (MeSH Terms) AND nurse patient relation (MeSH Terms) Limits: Published in the last 10 years, language: english, all adult 19+. | 22 | 2 | 1 | 1 |
| PubMed | 24/3 2011 | pain measurement/standards (MeSH Terms) AND Pain, Postoperative/nursing (MeSH Terms) | 34 | 5 | 2 | 1 |
| CINAHL | 24/3 2011 | nurs* AND pain management AND challenge* Limits: Publication date: 2000-2011, language: english, all adult. | 48 | 8 | 2 | 1 |
| CINAHL | 26/3 2011 | Manuell sökning på författare Coulling, S | 4 | 1 | 1 | 1 |

Bilaga III: 1

| **Publikations år Land Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2010.* Jordanien **CINAHL** | Abdalrahim, M S., Majali, S A., & Bergbom, I. | Jordanian nurses' experiences in caring for patients with postoperative pain. | Att undersöka och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med postoperativ smärta, genom att få veta sjuksköterskans upplevelser. | **Metod:** Ostrukturerade intervjuer med 12 sjuksköterskor med erfarenhet av postoperativ omvårdnad och smärta. Intervjuerna varade tills datamättnad rådde. Vid dataanalysen användes kvalitativ innehållsanalys.<br>**Urval:** 12 sjuksköterskor från kirurgiska avdelningar på fyra sjukhus i Jordanien. Sjuksköterskorna anmälde själva sitt intresse av att delta i studien efter att informationsbrev lämnats på avdelningarna. Endast de som arbetat minst två år på avdelningen och som var villiga att dela med sig av sina upplevelser av att vårda patienter med postoperativ smärta inkluderades i studien.<br><br>Inget bortfall beskrivet.<br>Åtta kvinnliga och 4 manliga sjuksköterskor deltog, dock framkom ingen information om skillnader i resultat mellan manligt/kvinnligt. | Efter kondensering av datan uppkom fyra teman där sjuksköterskorna upplevde hinder i sin behandling av smärta hos patienten:<br>– **Patientens lidande**. Många patienter blev aggressiva och hotfulla vid smärta. Sjuksköterskan vågade inte smärtskatta dessa patienter.<br>– **Fast mellan sina ideal och reella arbetsförhållande**. De kunde inte använda sin kunskap i smärtbehandling, då avdelningen snabb utskrivning. De fick inte lägga sig i läkarnas ordinationer av analgetika. Tidspress och hög arbetsbelastning nämndes som ett stort hinder<br>– **Försummelse och missuppfattningar**. Brist på skriftliga ordinationer. Läkarna hade en övertro på anestesin, att patienten inte kunde ha ont direkt efter operationen. Läkarna tvingade sjuksköterskorna att använda placebo på grund av risken för opioid-beroende och komplikationer.<br>**– Att konfronteras med anhörigas krav och hot.** Många patienter hade sina anhöriga med sig och dessa kunde ofta vara ett hinder i smärtbehandlingen genom att skapa oro och vara hotfulla mot personalen. | **Grad II** |

| **Publikations år<br>Land<br>Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2009*<br>Island<br>**CINAHL** | Blondal, K., & Halldorsdottir, S. | The challenge of caring for patients in pain: from the nurse´s perspective. | Att öka förståelsen för vad det innebär för sjuksköterskan att vårda patienter med smärta. Forskningsfrågan var: Vilka är sjuksköterskans upplevelser i vårdandet av patienter med smärta? | **Metod:** En kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. 20 ostrukturerade djupintervjuer i form av respektfulla dialoger med 10 erfarna sjuksköterskor från tre olika sjukhus på Island. Fyra från medicinavdelningar och sex från kirurgavdelningar. **Urval:** Dessa 10 valdes ut bland frivilliga som anmält sitt intresse att medverka i studien.<br><br>Både sjuksköterskor från medicin- och kirurgavdelningar medverkade i studien (4 v.s. 6). Således hade inte alla patienter just postoperativ smärta, men problemen här var de samma som i de studier som behandlade enbart postoperativ smärta.<br><br>Inget bortfall beskrivet.<br>Endast kvinnliga deltagare. | Fyra teman framkom under intervjuerna, där sjuksköterskan upplevde hinder och svårigheter i smärtbehandlingen:<br>– **Att skatta smärta**. Svårt att använda mätinstrument, då många patienter hade svårt att förstå dessa eller blev irriterade av frågorna.<br>– **Moraliska dilemman**. Att vilja ge smärtstillande men inte våga på grund av rädsla för att skada patienten, speciellt de äldre, genom att ge dem opioider.<br>– **Att kommunicera med läkare**. Rädsla att inte bli tagen på allvar och att inte kunna ge patienten det som sjuksköterskan vet att denne behöver. Att behöva argumentera med läkaren kändes obehagligt.<br>– **Organisatoriska hinder**. Tidsbristen var något alla sjuksköterskor påpekade. Begränsad tillgång till läkare på avdelningen och ofta helt nya läkare som inte kände sjuksköterskorna eller patienten. | **Grad I** |

| **Publikations år Land Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2006* Storbritannien **PubMed** | Brown, D., & McCormack, B. | Determining factors that have an impact upon effective evidence-based pain management with older people, following colorectal surgery: an ethnographic study. | Att undersöka smärtbehandling hos äldre människor som blivit inlagda för colo-rektal kirurgi.<br>Fyra huvudsyften anges:<br>– Identifiera hur vårdpersonal bidrar till skattning och kontroll av postoperativ smärta hos äldre.<br>– Undersöka möjliga hinder för effektiv smärtkontroll<br>– Värdera kulturen och sjuksköterskans beslutsfattande på avdelningen.<br>– Undersöka äldres upplevelser av smärta och dess efterföljande behandling. | **Metod**: Etnografisk metod med observationer av sjuksköterska i interaktion med patienter, strukturerad intervju med patienter samt Nursing Work Index-Revised (NWI-R) frågeformulär till sjuksköterskor på en kirurgisk postoperativ avdelning. Detta frågeformulär behandlade sjuksköterskans autonomi, relationen med läkaren och organisationens support. Kvalitativa data från observationer och patientintervjuer analyserades tematiskt. Resultatet från NWI-R frågorna användes för att klargöra och stödja den kvalitativa datan.<br>**Urval:** 35 sjuksköterskor och 52 patienter. Patienterna informerades personligen om studien av forskarna dagen före operation och fick lämna sitt informerade samtycke att medverka.<br><br>Oklart hur sjuksköterskorna rekryterades. Åtta patienter föll bort på grund av ökad ohälsa eller uppskjuten operation. Fyra av sjuksköterskorna fyllde inte i frågeformulet. Ingen orsak till detta anges inte i studien.<br>Ingen information om könsfördelning hos deltagarna | Sjuksköterskans egna upplevelser och tankar om smärtbehandlingens hinder behandlades enbart i NWI-R frågeformuläret, som 35 sjuksköterskor svarade på. Av detta framgick att sjuksköterskorna upplevde sig överarbetade. Flera av dem ansåg att de inte var tillräckligt många för att utföra ett bra arbete med patienternas smärta. Många av sjuksköterskorna kände heller inget stöd eller uppskattning från organisationen (cheferna) i sitt arbete med smärtlindringen. | **Grad II** |

| **Publikations år<br>Land<br>Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2005*.<br>Storbritannien<br>**CINAHL** | Coulling, S. | Nurses' and doctors' knowledge of pain after surgery. | Att analysera sambandet mellan kunskap i akut smärtbehandling, uppfattning av klinisk färdighet och utbildning i smärtbehandling samt upplevda hinder i smärtbehandlingen hos läkare och sjuksköterska på ortoped och kirurgi-avdelningar | **Metod:** Ett strukturerat och validerat frågeformulär som grundades på resultat från en tidigare utförd studie, delades ut personligen av forskaren till 101 sjuksköterskor och läkare inom ortopedi och kirurgi på ett akutsjukhus. Skriftlig information om studiens avsikter följde med formuläret.<br>**Urval:** Samtliga deltagare arbetade på ett akutsjukhus i Storbritannien. Alla arbetade på ortopediska eller kirurgiska avdelningar eftersom det var studier inom dessa specialiteter som frågeformuläret grundades på.<br><br>Bortfall:19 % av participanterna returnerade ej frågeformuläret. Ingen analys om varför.<br>Ingen information om könsfördelning hos deltagarna. | Både sjuksköterska och läkare hade dåliga kunskaper om postoperativ smärtbehandling. Fyra hinder till adekvat smärtbehandling identifierades av många utav deltagarna:<br>– **Organisatoriska problem** i form av underbemanning.<br>– **Otillräcklig kunskap** hos personalen.<br>– **Rädsla för opioider** hos personalen.<br>– **Patientens ovilja** att ta mediciner<br><br>Svagheter: Frågeformuläret innehöll endast slutna, ledande frågor utan möjlighet att lämna kommentarer. Ingen urskillnad möjlig mellan läkare och sjuksköterska i kunskapstestet.<br>Styrkor: Hög respons (81 %). | **Grad II** |

| **Publikations år<br>Land<br>Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2007*<br>Storbritannien<br>**CINAHL** | Harper, P., Ersser, S., & Gobbi, M. | How military nurses rationalize their postoperative pain assessment decisions. | Att undersöka hur sjuksköterskor inom försvaret resonerar kring postoperativ smärtbehandling. Vilken inverkan den "militära kulturen" har på sjuksköterskans beslutsfattande. | **Metod:** En etnometodologisk etnografisk metod innefattande semi-strukturerade intervjuer med 29 sjuksköterskor inom det brittiska försvaret som arbetade på kirurgi- eller ortopediavdelningar. Intervjuerna ägde rum under en period på fyra månader.<br>**Urval:** Sjuksköterskorna som rekryterades till studien arbetade alla heltid på olika militärsjukhus inom tre olika delar av försvaret; armén, flottan och flygvapnet. Alla arbetade med den postoperativa vården av sjuk eller skadad personal inom försvaret.<br><br>Inget bortfall beskrivet. Oklart hur sjuksköterskorna rekryterades. Både manliga och kvinnliga sjuksköterskor deltog, dock framkom inga skillnader i resultat angående deras olika upplevelser. | Analysen av datan uppstod flera subteman. I dessa framkom en del hinder som sjuksköterskan upplevde inverkade på smärtbehandlingen:<br>– Svårt att tro på patientens egen smärtskattning. Inom den militära kulturen skulle man tåla smärta och inte vara till besvär. Även status och hierarki var en stor del av den militära kulturen. Sjuksköterskorna upplevde att patienten därför ofta underskattade sin smärta eller inte ville visa sig "svag" för de underordnade sjuksköterskorna genom att visa sin smärta. En del patienter vägrade till och med smärtlindring. | **Grad II** |

| **Publikations år<br>Land<br>Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2005*<br>Sydafrika<br>**PubMed** | Klopper, H., Andersson, H., Minkkinen, M., & Sjöström, B. | Strategies in assessing postoperative pain – A South African study. | Att beskriva strategier för postoperativ smärtbehandling hos en grupp sjuksköterskor i Sydafrika. | **Metod:** Mixad kvantitativ och kvalitativ, deskriptiv studie med fenomenografisk ansats. Den kvalitativa delen bygger på intervjuer med 12 sjuksköterskor om hur de resonerar kring mätning och behandling av postoperativ smärta.<br>**Urval:** 12 kvinnliga sjuksköterskor som arbetade på ett akademiskt sjukhus i Sydafrika. Dessa hade själva anmält sitt intresse att delta i studien. Dessa hade arbetat med postoperativa patienter på sjukhuset under minst sex månader.<br><br>Endast kvinnliga deltagare. Inget bortfall beskrivet. | Resultatet visade bland annat på att sjuksköterskorna var rädda för att ge för att ge patienterna opioider. Dels på grund av risken för missbruk och dels på grund av risken för andningsdepression eller död.<br>Trots att de var medvetna om vikten av att tro på patientens egen smärtskattning, så berättade många att de ibland hade svårt att tro på patienten och litade mer till sitt eget omdöme eller på vitalparametrarna. Vidare spelade patientens etnicitet en stor roll i smärtbehandlingen. Över lag ansåg man att den svarta befolkningen hade högre smärttröskel än den vita och därför fick de minde smärtstillande. | **Grad I** |

| **Publikations år Land Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2009a.* Iran **CINAHL** | Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohamadi, E [!]., Anoosheh, M., & Kazemnejad, A. | Ethical challenges in pain management post-surgery. | Att identifiera etiska utmaningar och hinder som sjuksköterskor upplever i omvårdnaden av patienter efter operativa ingrepp i Iran. | **Metod**: Semi-strukturerade intervjuer med 26 sjuksköterskor på tre universitetssjukhus i Tehran på avdelningar där patienter vårdades efter operativa ingrepp. Varje intervju varade ca.90 minuter. Varje deltagare intervjuades vid flera tillfällen. Intervjuerna pågick under tre månaders tills datamättnad rådde. Datan bearbetades sedan med kvalitativ innehållsanalys.<br>**Urval:** Sjuksköterskorna skulle ha arbetat med postoperativa patienter under minst två år och vara intresserade och kunniga inom smärtlindring. Urvalet skedde via ”snöbollseffekten” och började med en erfaren sjuksköterska som sedan tipsade om en annan o.s.v. Både manliga och kvinnliga sjuksköterskor medverkade.<br><br>(grundar sig på samma intervjuer som artikel nr.8 och 9)<br><br>Inget bortfall beskrivet.<br>Både manliga och kvinnliga sjuksköterskor medverkade, dock framkom ingen information om skillnader i resultat mellan manligt/kvinnligt. | Tre kategorier bildades av datan och visar sjuksköterskans upplevelse av hinder i arbetet med smärtbehandlingen.<br>– **Institutionella begränsningar** i form av t.ex. brist på läkemedel, stor överbeläggning på avdelningen och policy att patienten skulle skrivas ut snabbt, vilket inverkade på hur mycket smärtlindring som sjuksköterskan fick lov att ge.<br>– **Sjuksköterskans närhet till patientens smärta och lidande**. Behov att distansera sig från patienterna för att inte bli alltför engagerade i deras lidande.<br>– **Sjuksköterskans otillräcklighet** i form av att de upplevde svårigheter i att tro på patientens smärtupplevelse. De flesta sjuksköterskorna var övertygade om att smärta måste vara en del av operationens efterförlopp. | **Grad II** |

| **Publikations år Land Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2009b.* Iran **PubMed** | Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., & Anoosheh, M. | Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management. | Att ta reda på vilka hinder som sjuksköterskan upplever påverkar smärtbehandlingen av patienter efter operativa ingrepp. | **Metod**: Semi-strukturerade intervjuer med 26 sjuksköterskor på tre universitetssjukhus i Tehran på avdelningar där patienter vårdades efter operativa ingrepp. Varje intervju varade ca.90 minuter. Varje deltagare intervjuades vid flera tillfällen. Intervjuerna pågick under tre månader tills datamättnad rådde. Datan bearbetades sedan med kvalitativ innehållsanalys.<br>**Urval:** Sjuksköterskorna skulle ha arbetat med postoperativa patienter under minst två år och vara intresserade och kunniga inom smärtlindring. Urvalet skedde via ”snöbollseffekten” och började med en erfaren sjuksköterska som sedan tipsade om en annan o.s.v. Både manliga och kvinnliga sjuksköterskor medverkade.<br><br>(grundar sig på samma intervjuer som artikel nr. 7 och 9)<br><br>Inget bortfall beskrivet.<br>Både manliga och kvinnliga sjuksköterskor medverkade, dock framkom ingen information om skillnader i resultat mellan manligt/kvinnligt. | 93 primära koder hittades som delades in i fyra huvudteman för sjuksköterskans upplevda hinder:<br>– **Brist på utbildning.** Sjuksköterskorna upplevde att de hade för dålig kunskap om postoperativ smärtbehandling.<br>– **Begränsad auktoritet**. De upplevde att de hade mycket begränsad befogenhet att behandla patientens smärtor utifrån sina omvårdnadsdiagnoser.<br>– **Begränsad relation till patienten**. För många sysslor utöver att ta hand om patienterna. Svårt att få en helhetsbild av patienten när man inte hade tid att lära känna denna.<br>– **Störningar vid smärtbehandling**. För hög arbetsbörda gjorde att patienten fick vänta länge på smärtlindring. | **Grad II** |

| **Publikations år<br>Land<br>Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2008*<br>Iran<br>**PubMed** | Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Anoosheh, M., & Kazemnejad, A. | Barriers to, and facilitators of post-operative pain management in Iranian nursing: a qualitative research study. | Att fastställa iranska sjuksköterskors uppfattning om hinder och underlättare som påverkar deras behandling av postoperativ smärta. | **Metod**: Semi-strukturerade intervjuer med 26 sjuksköterskor på tre universitetssjukhus i Tehran på avdelningar där patienter vårdades efter operativa ingrepp. Varje intervju varade ca.90 minuter. Varje deltagare intervjuades vid flera tillfällen. Intervjuerna pågick under tre månader tills datamättnad rådde. Datan bearbetades sedan med kvalitativ innehållsanalys.<br>**Urval:** Sjuksköterskorna skulle ha arbetat med postoperativa patienter under minst två år och vara intresserade och kunniga inom smärtlindring. Urvalet skedde via ”snöbollseffekten” och började med en erfaren sjuksköterska som sedan tipsade om en annan o.s.v. Både manliga och kvinnliga sjuksköterskor medverkade.<br><br>(grundar sig på samma intervjuer som artikel nr. 7 och 8)<br><br>Inget bortfall beskrivet.<br>Både manliga och kvinnliga sjuksköterskor medverkade, dock framkom ingen information om skillnader i resultat mellan manligt/kvinnligt. | Hinder mot en bra postoperativ smärtbehandling upplevde sjuksköterskorna vara:<br>– **Maktlöshet.** Känslan av att inte ha något mandat för beslutsfattande angående patientens behandling.<br>– Att **organisationen** var uppgiftsorienterad. Deras försök att hjälpa och stötta patienten uppmärksammades inte.<br>– Att hela tiden bli **störd och avbruten** i sitt arbete med smärtbehandling genom att svara i telefon eller hjälpa studenter. Eller att behöva leta efter material eller mediciner på andra avdelningar. | **Grad II** |

| **Publikations år<br>Land<br>Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2001*<br>Storbritannien<br>**PubMed** | Schafheutle, E I., Cantrill, J A., & Noyce, P. | Why is pain management suboptimal on surgical wards? | Att identifiera sjuksköterskans upplevda hinder till effektiv smärtbehandling. | **Metod:** Den aktuella studien är en del av en större studie med utförda observationer av sjuksköterskor i interaktion med patienter samt haft efterföljande semi-strukturerade intervjuer med sjuksköterskorna. Dessa ägde rum på två kirurgiska avdelningar på ett universitetssjukhus i Storbritannien.<br>Utifrån resultatet av dessa observationer och intervjuer designas ett frågeformulär innehållande både öppna och slutna frågor angående hinder till effektiv smärtbehandling. Denna studie har använt detta frågeformulär samt data från sex av intervjuerna från den ursprungliga studien.<br>**Urval:** Frågeformuläret delades ut av apotekare eller forskarna till 335 sjuksköterskor som arbetade på kirurgiska avdelningar på 14 olika sjukhus i Storbritannien.<br>180 frågeformulär returnerades ifyllda och ligger till grund för resultatet i denna studie.<br>Ingen bortfallsanalys. 91, 5 % av deltagarna var kvinnor | Endast en del av studien behandlade sjuksköterskornas egna upplevelser om varför smärtbehandlingen fungerade dåligt.<br>Många sjuksköterskor upplevde svårigheter vid smärtskattning av icke-kommunikativa, medvetslösa och narkotikamissbrukande patienter.<br>Ca 20 % av sjuksköterskorna litade mer på sin egen bedömning av patientens smärta än vad patienten själv uttryckte.<br>40 % av sjuksköterskorna menade att de inte hade tid att smärtlindra sina patienter på grund av för hög arbetsbörda och för lite personal.<br>Ett annat hinder som ca.15 % såg som hinder var att de var tvungna att be en kollega att dubbelsignera parenteral analgetika, vilket lagen krävde. Detta tog mycket tid i anspråk.<br>30 % av sjuksköterskorna menade att det ofta saknades adekvata analgetikaordinationer. | **Grad I** |

| **Publikations år<br>Land<br>Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2003*<br>Sverige<br>**PubMed** | Söderhamn, O., & Idvall, E. | Nurses' influence on quality of care in postoperative pain management: A Phenomeno-logical study. | Att beskriva sjuksköterskornas inflytande på den postoperativa smärtbehandlinge ns kvalitet samt att belysa nyttan av detta inflytande. | **Metod:** Skrivna berättelser där sjuksköterskan ombads att skriva ett protokoll om: 'En komplex situation involverande postoperativ smärta där dina insatser hade betydande inverkan på resultatet och beskriv dina handlingar'. Dessa protokoll analyserades sedan med fenomenologin som grund.<br>**Urval:** 233 sjuksköterskor med erfarenhet av postoperativ smärtbehandling kontaktades via mail och tillfrågades att delta i studien. Samtliga av dessa hade deltagit i totalt sex kurser i postoperativ smärtbehandling. 28 sjuksköterskor lämnade sitt medgivande.<br>Alla 28 sjuksköterskor skickade in protokoll, men alla ansågs inte kompletta. Därför valdes15 protokoll skrivna av 14 ut för analys.<br><br>Ingen bortfallsanalys.<br>13 kvinnor och 1 man deltog, dock framkom ingen information om skillnader i resultat mellan manligt/kvinnligt. | Olika svårigheter och hinder i smärtbehandlingen framkom i protokollen. Bland annat när kommunikationen med patienten inte fungerade på grund av språksvårigheter. Läkare som inte ville tro på sjuksköterskans uppfattning om otillräcklig smärtlindring var ett annat hinder. Sjuksköterskan upplevde också att hon ibland hade svårt att tro på patienten i dennes smärtupplevelse och hur de då tvivlade på sin egen yrkesskicklighet. | **Grad II** |

| **Publikations år Land Databas** | **Författare** | **Titel** | **Syfte** | **Metod/Urval** | **Slutsats** | **Veten-skaplig kvalitet** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *2000.* Storbritannien **CINAHL** | Willson, H. | Factors affecting the administration of analgesia. | Att ta reda på vilka faktorer som styr sjuksköterskans beslutsfattande vid smärtlindringen av dessa patienter. Tre forskningsfrågor ställdes:<br>– Vilka faktorer påverkar sjuksköterskan i administreringen av analgetika till patienten efter en höftfrakturoperation?<br>– Vilka är de möjliggörande och hindrande faktorerna?<br>– Hur blir sjuksköterskorna uppmuntrade eller hindrade i varje steg i smärtbehandlingen, alltså, skattning, administrering och utvärdering? | **Metod**: Etnografisk multiple-case studie innefattande både observationer och semistrukturerade intervjuer.<br>**Urval**: Nio sjuksköterskor på tre olika ortopedavdelningar (tre från varje avdelning) på ett sjukhus i södra England. Sjuksköterskorna fick anmäla sitt intresse att medverka i studien. Sjuksköterskorna observerades sedan i interaktion med en patient dag-kvälls och nattskift. Efter varje observation intervjuades sjuksköterskan angående vad som uppkommit under observationen.<br><br>Inget bortfall beskrivet.<br>Ingen information om könsfördelning hos sjuksköterskorna. | Fem huvudteman framkom under intervjuerna som påverkade sjuksköterskans administration av analgetika:<br>– **Tid**. Sjuksköterskorna arbetade under ständig tidspress.<br>– **Organisationen** på avdelningen, mellan och inom skiften i form av dålig kontinuitet. Organisationen krävde även snabb utskrivning av patienterna, vilket resulterade i att patienten endast fick opioider i två dagar. Detta var en oskriven regel på avdelningen.<br>– **Läkarnas inflytande**. Vissa sjuksköterskor kände sig obekväma med att be läkaren att ändra sina ordinationer.<br>– **Oro över opioidernas påverkan** på patientens andning. Särskilt inför natten var sjuksköterskorna restriktiva med opioider på grund av den begränsade möjligheterna att övervaka patienten.<br>– **Överförande av information** mellan ssk-patient och ssk-ssk. De flesta sjuksköterskor var negativa till att använda smärtskattningsschema som patienten själv eller sjuksköterskekollegor fyllde i, då de tvivlade både på patientens och på kollegernas förmåga att fylla i dessa korrekt. | **Grad I** |