



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

KUNSKAPER OM OCH ERFARENHETER AV INTRAVENÖS SMÄRTBEHANDLING

EN EMPIRISK ENKÄTSTUDIE OM
SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER

Louise Ericsson
Lucy Sawicki

Examensarbete i omvårdnad
46-55 p
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2007

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

KUNSKAPER OM OCH ERFARENHETER AV INTRAVENÖS SMÄRTBEHANDLING

EN EMPIRISK ENKÄTSTUDIE OM SJKSKÖTERSORS UPPLEVELSER

LOUISE ERICSSON
LUCY SAWICKI

Ericsson, L & Sawicki, L. Kunskaper om och erfarenheter av intravenös smärtbehandling. En empirisk enkätstudie om sjuksköterskors upplevelser. *Examensarbete i omvårdnad 10 p.* Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2007.

En del av sjuksköterskans grundläggande arbete är att identifiera olika faktorer som kan påverka patienters upplevelse av smärta och smärtuttryck. För att en sjuksköterska skall kunna se en balans mellan effekt och biverkningar samt använda sig av nödvändig övervakning av smärtlindringen behövs kunskap. Föreliggande studies *syfte* var att belysa hur sjuksköterskor upplever sina kunskaper om och erfarenheter av intravenös smärtbehandling. I studien besvarade 35 sjuksköterskor arbetande på kirurgiska vårdavdelningar på ett sjukhus i södra Sverige, en enkät med såväl öppna som slutna frågor. De öppna frågorna analyserades med hjälp av manifest innehållsanalys. *Resultatet* visade att majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att de hade tillräckliga kunskaper i att administrera intravenös smärtbehandling. Erfarenhet och utbildning var de främsta påståenden sjuksköterskorna beskrev. Både som något de hade men även något som sjuksköterskorna vill ha mer av för att känna sig säkrare i sin roll som sjuksköterskor när det gällde att behandla smärta hos patienter. Även att fördjupa och få uppdaterad kunskaper om till exempel olika läkemedel var något majoriteten av sjuksköterskorna önskade. Cirka 59 procent av sjuksköterskorna administrerade mellan 1-10 procent av smärtbehandlingen som intravenös smärtbehandling. De flesta av sjuksköterskornas kunskaper grundade sig på praktisk tillämpning.

Nyckelord

Enkät, erfarenheter, intravenös smärtbehandling, kunskaper, sjuksköterskor, smärta

KNOWLEDGE ABOUT AND EXPERIENCE IN INTRAVENOUS PAIN MANAGEMENT

AN EMPIRICAL QUESTIONNAIRE STUDY ABOUT NURSE'S EXPERIENCES

LOUISE ERICSSON
LUCY SAWICKI

Ericsson, L & Sawicki, L. Knowledge about and experience in intravenous pain management. An empirical questionnaire study about nurse's experiences. *Degree Project, 10 Credit points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of nursing, 2007.

A part of the nurse's fundamental work is to identify different factors which can affect the patient's experience of pain and pain expression. If a nurse should be able to see a balance between the effects, the side-effects and use necessary supervision of the pain management, she needs knowledge. The *aim* of this study was to illuminate how nurse's feel about their knowledge and experience of intravenous pain management. A questionnaire with both closed-ended and open-ended questions was applied as a *method*. The nurses were working at some of the surgery wards at a hospital in the south of Sweden. It was 35 nurses who answered the questionnaire. When analysing the open-ended questions the writers used manifest content analysis. The *result* showed that the majority of the nurse's thought that they had enough knowledge to administering intravenous pain management. Having experience and education were the most common answer that the nurses gave. It was both something that they had but also something they wanted more of. Than they could be more secure in their role as nurses, when they treated patients with pain. The majority of the nurses wanted also to have a deeper and updated knowledge in different medicines. About 59 percent of the nurse's administrates between 1-10 percent intravenous pain management. Most of the nurse's knowledge was based on practical application.

Key words

Experience, intravenous pain management, knowledge, pain, nurses, questionnaire

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Intravenös smärtbehandling	8
Patient kontrollerad analgesi (PCA)	9
Forskning avseende kunskaper om och erfarenheter av allmän smärtbehandling	10
Tidigare forskning kring intravenös smärtbehandling	12
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	13
Avgränsningar	13
Definitioner	13
METOD	13
Urval	14
Genomförande	14
Analys	14
Etiska övervägande	15
RESULTAT	15
Enkätfråga 10: Upplever du att du har tillräckligt med kunskaper i administrering av intravenös smärtbehandling?	16
<i>Skillnader i år av erfarenhet</i>	16
Enkätfråga 11: Upplever du att din kunskap i intravenös smärtbehandling är tillräcklig?	17
Enkätfråga 13: Tror du att din kunskap om intravenös smärtbehandling främst är baserad på teori eller praktisk erfarenhet som du har?	17
Enkätfråga 14: Vilka kunskaper vill sjuksköterskorna utveckla inom intravenös smärtbehandling?	18
Enkätfråga 16: Vilken verkan har intravenös smärtbehandling jämfört med annan smärtbehandling?	18
En jämförelse mellan dag- och nattpersonalens svar på enkäten	19
Analys av helheten genom uppdelning i meningsbärande enheter, subkategorier och huvudkategorier	20
<i>Inhämtad kunskap</i>	20
<i>Behov av kunskap</i>	21
Bifynd	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23
<i>Urval</i>	23
<i>Datainsamlingen</i>	24
<i>Dataanalys</i>	25
Resultatdiskussion	25
<i>Rekommendationer</i>	28

SLUTSATS	29
REFERENSER	30
BILAGOR	32

INLEDNING

Behandlingen av smärta är en balans mellan den effekt smärtlindringen ger, dess biverkningar och nödvändig övervakning. För att sjuksköterskan skall kunna uppnå denna balans behövs kunskap. Bättre smärtbehandling har kunnat uppnås då den farmakologiska kunskapen om befintliga läkemedel har ökat hos vårdgivare. Även nya sätt att administrera läkemedel och icke- farmakologiska behandlingar har förbättrat smärtbehandlingen (Westerling, 2004).

Vi upplever att smärta är ett fenomen som existerar i högre eller mindre grad på i princip varje vårdavdelning. Trots det är intravenös smärtbehandling inte vanligt förekommande på vårdavdelningarna. En anledning till detta kan vara rädslan för allvarliga biverkningar som till exempel andningsdepression. Enligt Westerling (2004) är ökad kunskap det viktigaste sättet att förbättra smärtlindringen generellt. Men vad finns det egentligen för reell kunskap ute på ”golvet” och spelar det någon roll om man är erfaren eller inte? Föreliggande studie avser att belysa hur kliniskt verksamma sjuksköterskor upplever sina kunskaper om och erfarenheter av intravenös smärtbehandling.

BAKGRUND

Ett av de vanligaste symtomen en patient söker för hos en läkare är smärta. Statistik visar att cirka 30 procent av dem som söker på en allmänläkaremottagning, lider av någon form av betydelsefull smärtproblematik. De som söker för smärta är betydligt äldre än genomsnittet av vårdcentralsbesökarna och den dominerande gruppen är kvinnor (Apoteket AB, 2003).

Smärta kan delas upp i fyra olika kategorier. Nociceptiv smärta har aktiverade smärtreceptorer, medan neurogen smärta är en skada på sensoriska nerver. Finns det ingen direkt perifer patofysiologi eller diagnos är smärtan idiopatisk. Den smärta som är mest ovanlig är psykogen, då underliggande faktorer är psykisk sjukdom (Westerling, 2004).

För att kunna förmedla smärtimpulser finns det myeliniserade smärtfibrer som är snabba och registrerar en kortvarig och snabbt insättande art av smärta, bland annat skarp och stickande smärta. Det finns även icke-myeliniserade fibrer som är mer långsamma men av långvarig art. De registrerar djup, brännande eller molande smärta. Smärta registreras i smärtreceptorer som finns på den distala delen av nervfibrerna. Dessa smärtledande fibrer går in genom ryggmärgens bakhorn, där det bildas synapser med andra sensoriska nervfibrer. Dessa nervfibrer leder impulserna vidare genom det spinothalamiska systemet till thalamus, där leds impulserna vidare till hjärnbarkens somatosensoriska del (Almås m fl, 2004).

Smärta är ett subjektivt fenomen och det går inte att mäta på ett objektivt sätt hur intensiv en persons smärta är. Smärta kan både vara en fysisk och/eller en känslomässig obehaglig upplevelse. Man skiljer på akut smärta och långvarig

smärta. I de flesta fall räknas smärtan som långvarig om den har funnits i mer än sex månader, men smärtan behöver inte vara ihållande i sex månader utan det räcker att den är återkommande inom den perioden. Egentligen finns där inga tydliga tidsgränser mellan akut och långvarig smärta. Skillnaden mellan akut och långvarig smärta är att det oftare går att finna orsaken vid akut smärta vilket inte alltid är fallet vid långvarig smärta. Den kan behandlas ändå, kanske inte så att patienten blir helt smärtfri men det går i alla fall att lindra (Bjerneroth Lindström, 2005).

Enligt SBU (2006) drabbas cirka 20 procent av befolkningen vid ett givet tillfälle av svår eller måttligt svår långvarig smärta. En stor del av dem som drabbas har svårt att leva med sin smärta. Ur en samhällsekonomisk vinkel uppnådde kostnaderna för långvarig smärta år 2003, ett belopp motsvarande cirka 87.5 miljarder kronor. Av denna summa var 7.5 miljarder kronor direkt vårdrelaterade kostnader. Resterande 80 miljarder kronor var indirekta kostnader som skapats av till exempel sjukskrivningar.

Depression och långvarig smärta uppträder ofta samtidigt, för det mesta tyder det på att depression är en följd av smärtan och inte tvärtom. Det som skall tänkas på är att långvarig smärta inte bara ska betraktas som ett biomedicinskt fenomen och inte heller som en slutsats av psykologiska tillstånd eller svårigheter. I ett försök att integrera den komplexa helheten och ha ett multifaktoriellt sätt att se på långvarig smärta finns den biopsykosociala modellen. Då det arbetas utifrån ett tvärprofessionellt team, innebär det att läkare, sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut, psykolog och sjuksköterska tillsammans ska utforma ett speciellt program efter den profession de har. Vid multimodal rehabilitering kombineras psykologiska insatser med åtgärder vars syfte är att öka den fysiska funktionsförmågan. Detta ger på lång sikt ett bättre resultat än inte så omfattade insatser vid generell långvarig smärta (SBU, 2006).

Det är bara den som upplever smärtan som vet hur den känns, som nämnts tidigare kan smärta inte mätas med något objektiva instrument. Det enda som finns att gå på är hur personen kan beskriva sin smärta. Men eftersom smärtupplevelsen innefattar mer smärta än vad som kan beskrivas i ord blir den oftast otillräcklig (Almås m fl, 2004).

Enligt *Praktisk medicins* webbsida (2007-03-30) kan en persons individuella bakgrundsfaktorer såsom kön, utbildning och kulturella miljö påverka hur nociceptiv smärta ter sig. Även genetik och om en person har haft erfarenhet av vävnadsskada är av betydelse.

Att identifiera olika faktorer som kan påverka patienters upplevelse av smärta och smärtuttryck, är en uppgift som är av grundläggande karaktär i sjuksköterskans arbete. Kvaliteten på den insamlade informationen beror mycket på vilken observationsförmåga samt interpersonlig färdighet som sjuksköterskan har. Ett sådant arbete är även tidskrävande (Hawtorn & Redmond, 1999).

Förutom denna uppgift har sjuksköterskorna enligt Hawtorn och Redmond (1999) en betydande roll i att påverka läkarnas val av analgetika. Samt i vissa fall själv kunna bestämma när, hur och i vilken dos läkemedlet ska ges. En annan stor roll som sjuksköterskorna har är att förebygga och behandla läkemedelsbiverkningar. Eftersom sjuksköterskan har alla dessa uppgifter skall hon ha djupa kunskaper i

vilka verkningsmekanismer analgetika har, dosering och vilka läkemedel som skall användas när, men även vilka biverkningar som kan uppstå.

Inom intensivvården är en av huvuduppgifterna att lindra smärta både av humanitära skäl, och för att förhindra komplikationer som till exempel störningar av olika kroppsfunktioner. Om det finns en välutvecklad plan för smärtbehandlingen kan patienten mobiliseras tidigare, som ofta är det bästa för att undvika postoperativa komplikationer (Eklund m fl, 1991).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2005) ska sjuksköterskor arbeta för att minska lidande, vilket bland annat innebär att sjuksköterskorna skall ta till adekvata åtgärder för att patienten ska uppleva så lite smärta som möjligt. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall den som vänder sig till sjukvården och därmed lagen få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, samt tillhandahållas metoder som finns för att undersöka och behandla patienten. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) säger också att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Sjuksköterskor arbetande inom kommunen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) se till att det finns rutiner utformade där de arbetar som reglerar att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal om patientens tillstånd kräver det.

Varje gång en eventuell riskfylld åtgärd skall utföras skall vårdgivaren ur ett etiskt perspektiv se förhållandet mellan nyttan och den risk som tas. Att tänka utifrån nyttoprincipen är väsentligt när vårdgivaren skall ta till metoder där det finns en risk att patienten kan utveckla biverkningar, samt också om metodens positiva effekt har ett motstridigt eller har otillräckligt med vetenskapligt belägg (SBU, 2006).

Intravenös smärtbehandling

Analgetika kan administreras på olika sätt, intramuskulärt, parenteralt, per os och subkutant. Denna studie fokuserar på intravenös administrering. I Hawthorn och Redmond (1999) beskrivs det att vid en intravenös injektion av ett läkemedel, blir hela läkemedelsmängden direkt tillgänglig. Det förekommer inte heller någon första passageeffekt vid intravenös tillförsel. Enligt Simonsen och Aarbakke (2001) innebär detta att läkemedlet förs direkt vidare till det systemiska kretsloppet. Vid annan administrering passerar läkemedlet bland annat levern som filtrerar bort en del av läkemedlet (a a). De vanligaste läkemedlen som administreras intravenöst är opioider. Dessa kräver inte en lika stor dos intravenöst som per os. Men detta innebär inte att den intravenösa läkemedelsadministrationen är bättre, under förutsättning att dosen man administrerar ger samma grad av analgesi (Hawthorn & Redmond, 1999).

Användning av intravenös administrering kan vara bra när patientens smärta snabbt eskalerar eller efter ett kirurgiskt ingrepp då det kan behövas snabb smärtlindring. Även att använda intravenösa injektioner i initialfasen av en opioidbehandling kan vara av nytta, eftersom detta kan höja en patients välbefinnande tills dess att dosen är titrerad. Man bör inte använda intravenös tillförsel som en långtidsbehandling på grund av att opioidplasmanivåerna kan variera mycket av upprepade intravenösa tillförsel. Blir det stora svängningar i plasmakoncentrationen kan patienten få genombrottssmärta (Hawthorn & Redmond, 1999).

I SBU: s rapport, (2006) finns det beskrivet att oron över att patienter skulle kunna bli beroende av opioider har gjort att det har funnits en begränsning i att skriva ut opioider till patienter som har långvarig smärta. Detta gäller dock inte de patienter med cancerrelaterad smärta. Behandling av artrossmärta med svaga opioider är i stort sett inte kontroversiell. Medan starka opioider som morfin och fentanyl vid behandling av långvarig smärta är mer kontroversiella. Detta på grund av att effekterna av behandlingen anses vara osäkra och att läkemedlet kan ge biverkningar och även eventuellt leda till ett beroende.

I det postoperativa stadiet är det mest effektivt att använda sig av små intravenösa bolusdoser för att snabbt uppnå smärtlindring. Administrering av analgetika intravenöst ger mer förutsägbara serumkoncentrationsvärden jämfört med oral eller intramuskulär administrering. Men det är dock den snabba effekten som är den största fördelen. Intravenösa bolusdoser skjuter upp plasmakoncentrationen till topp för att sedan sjunka relativt snabbt. Detta har utvecklats till en bättre metod med pumpfunktion, patientkontrollerad analgesi (PCA). Om titreringen är noggrann minskas risken för undermedicinering som kan leda till smygande smärta. Men även överdosering och åtföljande andningspåverkan som kan utvecklas till andningsdepression minskas. Nackdelen med metoden om den används intravenöst är att den kräver närvaro av kvalificerad sjuksköterska och kontinuerlig övervakning samt är därmed resurskrävande (Rawal, 1999).

Patient kontrollerad analgesi (PCA)

Enligt Almås m fl (2004) är patientkontrollerad analgesi en läkemedelspump som kan finnas antingen subkutant eller intravenöst. Pumpen tillför läkemedel kontinuerligt i små doser. Patienten kan även tillföra läkemedel när han önskar utöver de kontinuerliga doserna. Säkerhetsmässigt har den en inbyggd spärr som innebär att patienten endast kan ge sig själv doser med ett visst intervall och upp till en förutbestämd maximaldos, för att förhindra överdosering. Om patienten visar tecken på överdosering kan sjuksköterskan när som helst justera så att smärtlindringen blir adekvat. PCA tillämpas oftast vid akut smärta. Eftersom doserna är små men många resulterar det i att det är lättare att hålla patienten smärtfri utan för stor sedering. De flesta patienter är väldigt nöjda med PCA då de har stort inflytande över sin medicinering och kan justera läkemedelsdosen efter sitt behov.

Om det tillförs läkemedel jämnt slipper patienten att bli drabbad av variationer i läkemedelskoncentrationen i plasma. Dessa variationer kan annars leda till att patienten upplever obehagliga biverkningar eller begynnande smärta beroende på om koncentrationen är hög eller låg. PCA gör det möjligt att ställa in nivån så att koncentrationen behålls jämn. Det är infusionstakten och läkemedelskoncentrationen som styr hur mycket läkemedel som skall tillföras per tidsenhet. Pumparna kan förses med ett helt dygnsbehov av läkemedel och det är idag möjligt för patienten att hämta ut den färdigblandade lösningen på apoteket. Detta innebär att patienten inte behöver vara inlagd på sjukhus om han har en PCA utan kan sköta den själv i hemmet, under förutsättning att det är en subkutan PCA som inte behöver lika noggrann övervakning som den intravenösa (Almås m fl, 2004).

Subkutan PCA har jämfört med den intravenösa fler fördelar, framförallt för cancerpatienter. Patienten behöver inte vara lika försiktig när han rör sig. Den subkutana kanylen behöver inte heller bytas lika ofta som den intravenösa utan

kan vara kvar i ett par dagar. Den subkutana kanylen behöver dessutom inte lika noggrann övervakning som den intravenösa kanylen (Almås m fl, 2004).

Indikationer för subkutan analgetikatillförsel finns enligt Almås m fl (2004) när patienten inte kan få adekvat smärtlindring även vid stora doser per os, vid plågsamma biverkningar samt om patienten har svårt att svälja av någon anledning. Indikationer för intravenös analgetikatillförsel finns vid ödem eller dålig blodcirkulation som kan göra det svårt att ge analgetika subkutant.

Forskning avseende kunskaper om och erfarenheter av allmän smärtbehandling

Chiu et al (2003) utförde en studie på 150 sjuksköterskestudenter som läste sista året på sin utbildning. Det som undersöktes var deras smärtekunskaper genom att studenterna fick svara på 23 frågor om bland annat fysiologiska och farmakologiska kunskaper samt olika behandlingsalternativ. I testet fick studenterna bedöma sin egen kunskap men blev också testade genom frågor. Resultatet visade att studenterna ansåg sig ha minimal utbildning i smärta. Det visade sig även att kunskapen i smärta överlag var låg och att det fanns brister i grundkunskap om smärtemekanismer, olika termer och behandlingar.

Goodrich et al (2006) utförde en studie som undersökte sjuksköterskestudenters samt lärares kunskaper och attityder till smärta och smärtbehandling. Slutsatsen de drog var att studenterna efter hela sin utbildning hade uppnått kunskap i att handskas med smärta, men det fanns fortfarande vissa brister. Studien på lärarna visade att de hade goda kunskaper i smärtskattning och medicinering, men dock bristande kunskaper i bland annat medicinering med opioider.

McMillian et al (2005) utförde en studie där de studerat förändringar på kunskap och attityder hos 18 blivande smärtsjuksköterskor efter en intensivkurs i smärtbehandling. De fick svara på frågor inom olika områden innan och efter en trettio två timmar lång intensivkurs. Resultatet visade att sjuksköterskorna hade en stor kunskap gällande smärta redan från början som kunde tänkas bero på den höga utbildningsnivån och deras intresse av smärtbehandling. På grund av detta blev det ingen märkbar skillnad i testet efter kursen. Men det blev ändå en signifikant ökning när det gällde deras kunskaper. När det tittades på specifika delar av kunskapstesten så var det på tre punkter. Hur länge opioider är verksamma, symtom på akut smärta och faktorer som kultur och religion som kan påverka hur man uttrycker smärta. Det visade sig att det resultatet inte blev bättre och i vissa fall även sämre på eftertestet.

När McMillian et al (2005) undersökte sjuksköterskornas attityder mot patienter som hade smärta visade det sig att endast 50 procent på testet före kursen trodde att patienter hade rätt att känna sig helt smärtfria. Endast 33 procent av sjuksköterskorna trodde att patienter med svår långvarig smärta behövde högre dos av smärstillande jämfört med de patienter som hade akut smärta. Det blev en liten men ändå en signifikant ökning på eftertestet, men inte så god som väntat. Slutsatsen efter kursen var att det blev en förändring i kunskap och attityder.

I en annan studie utförd av McCaffery och Ferrell (1997) visade de hur baskunskaper i smärtbehandling hade ökat med hjälp av en jämförelse mellan undersökningar gjorda 1995 och undersökningar gjorda under tidigare år. Studien visade en förbättring hos sjuksköterskorna i smärtskattning, i att dosera opioider

och i att kunna se sambandet av beroende. Forskarna ville jämföra med undersökningar som var lika deras egna. Därför valdes det att jämföra undersökningarna om smärtskattning och opioiddosering från år 1995 med undersökningar från år 1990. Medan undersökningarna som gällde beroende från år 1995 jämfördes med undersökningar som började år 1988.

En jämförelse mellan år 1990 och år 1995 som gällde smärtskattning och opioiddosering visade en förbättring i hur sjuksköterskor uppmärksammade att en patient som ler också kan ha ont. År 1990 var det 40.7 procent som uppmärksammade detta, medan 73.8 procent tyckte det år 1995. Det var även fler sjuksköterskor i den senare studien som hade gett en ökad men säker dos till både den leende och den grimaserande patienten. Resultatet av undersökningen av de sjuksköterskor som gjorde en korrekt smärtskattning och behandlade smärtan hos de båda patienterna rätt, var det ingen stor förändring (år 1990- 32.8 procent, år 1995- 46.8 procent). Det gjordes även en jämförelse mellan undersökningar som startade år 1988 och de nuvarande från år 1995 för att se hur sjuksköterskorna svarat angående sambandet mellan opioider och beroende. Den visade en ökning från 43.0 procent till 62.7 procent som svarade rätt. Det visade även en förbättring bland sjuksköterskor som hade en överdriven rädsla för att patienterna skulle bli beroende från 23.0 procent år 1988 till 13.3 procent år 1995 (McCaffery & Ferrell, 1997).

McCaffery och Ferrell (1997) beskrev även hur sjuksköterskeutbildningen skulle kunna förbättras gällande smärtbehandling. Bland annat måste utbildningen förbereda studenterna på att det ofta är de som har ansvaret för smärtskattning och smärtbehandling och är hörnstenen när det kommer till smärtskattning och att skraddarsy en opioidbehandling.

Glajchen et al (2001) har i sin nationella enkätundersökning undersökt smärtrelaterade kunskaper och subjektiv kompetens hos sjuksköterskor arbetande inom hemsjukvården. Efter ett visst bortfall var det 1229 sjuksköterskor som fyllde i en enkät. Sjuksköterskorna hade i genomsnitt cirka 9.5 års erfarenhet av att arbeta inom hemsjukvård och över tio års erfarenhet av sjuksköterskeyrket. Endast 38 procent av respondenterna hade fått en timmes utbildning i hantering av smärta och 34 procent hade fått fem timmars utbildning. De kunskaperna som dominerade visade sig vara inom områden som tillhörde smärtskattning, smärtvärdering och dosering. Däremot visade det sig att sjuksköterskorna hade mindre kunskaper inom vissa delar av smärtbehandling. Det fanns dock inget signifikant samband mellan kunskap och antalet timmar i smärtutbildning, arbetslivserfarenhet eller graden av utbildning. Den funna signifikansen grundade sig i antalet timmar av smärtutbildning och subjektiv kompetens (a a).

Studien av Glajchen et al (2001) hade fyra stycken frågeställningar. Den första var att värdera sjuksköterskornas smärtskunskaper. Det användes ett frågeformulär och i genomsnitt så svarade deltagarna rätt på 56 procent av frågorna. Resultatet visade att de hade mer kunskaper i smärtskattning än i behandling. I den andre skulle sjuksköterskorna beskriva sin subjektiva kompetens relaterad till smärtskattning och värdering av smärta. Där fann forskarna att sjuksköterskorna hade mest kunskaper i patient- och anhörigkommunikation, "diskussion of advance directives", smärtskattning och värdering. Sjuksköterskorna kände att kunskaperna var sämre inom narkotikaklassade läkemedel och olika former av läkemedelspumpar. Tredje frågeställningen undersökte sambandet mellan

sjuksköterskans karaktär, kunskap och smärtkompetens. Forskarna fann inte att sambandet mellan karaktär, kunskap och subjektiv kompetens var signifikant, däremot hade smärtkompetensen och subjektiv kompetens ett signifikant samband.

Slutsatsen som Glajchen et al (2001) drog var att sjuksköterskorna inom hemsjukvården saknade en del kunskaper i smärta vilket ledde till att de inte kunde behandla smärtan effektivt. Deras förslag var att det borde erbjudas individuella kurser i smärta som kan utformas utifrån behoven som finns i grupperna.

Tidigare forskning kring intravenös smärtbehandling

Coman och Kelly (1999) utforskade effekterna av ett intravenöst analgetikaprotokoll utformat för sjuksköterskor för att se hur opioider för akut smärta används på en akutvårdsavdelning. Analgetikaprotokollet utformades år 1996 för att öka kvaliteten på analgetikan som administreras till patienter. Den ordinerade läkaren skriver i enlighet av protokollet in opioidordinationen i medicinlistan. För lämplighets skull används även en stämpel så att läkaren specificerar sig om vilket läkemedel det skall vara, vilken initial dos, tilläggsdoser och den maximala dosen. Det var 401 patientfall inom en periodsram som passade in i kriterierna, varav 86 procent hade fått intravenös analgetika och 12 procent fått intramuskulära injektioner. Den gruppen som hade fått intravenösa opioider var petidin använt i 72 procent av gångerna och morfin 27 procent.

Comans och Kellys (1999) studie visade att när det användes ett protokoll och samtidigt övervakning var incidensen på andningsdepression noll. Incidensen på blodtrycksfall var 2.9 procent. Fyndet att petidin var det mest använda läkemedlet grundade sig i hur den behandlade läkaren valde mellan petidin och morfin angående vilken bestämmanderätt och kännedom han hade snarare än betydelsen av kliniska och farmakologiska grunder. Orsaken till att det valdes sjuksköterskor till studien berodde på att de hade ofta mer kontinuerlig strukturerad kontakt med patienterna. Samt att patienterna kände sig mer säkrare att beskriva sin smärta för sjuksköterskorna. För att öka säkerheten vid användandet av protokollet fanns det smärtskalor för patienten. En sederingskala användes också och blodtryckskontroll gjordes före varje läkemedelsdos. Sjuksköterskorna hade även fått en instruktion innan de började använda analgetikaprotokollet.

Holmér Pettersson, et al (2000) gjorde en studie där de undersökte 48 patienter som hade genomgått en bypass operation. Patienterna blev slumpvis uppdelade i två grupper antingen NCA eller PCA, (*nurse controlled administration* och *patient controlled administration*). Patienterna var inlagda på intensivvårdsavdelningen från operationsdagen och till och med morgonen det första postoperativa dygnet. Från och med morgonen det första postoperativa dygnet fick den ena gruppen infusioner styrda av sjuksköterskan. Medan den andra gruppen fick en intravenös pump inlagd. Innan patienterna lämnade sjukhuset fick både patienterna och sjuksköterskorna ett frågeformulär där de betygsatte smärtbehandlingen.

Resultaten visade att under det första dygnet efter operationen då patienterna befann sig på intensivvårdsavdelningen fanns det inga skillnader mellan grupperna beträffande smärtpåverkan enligt VAS-skalan. På eftermiddagen det första postoperativa dygnet var VAS-skattningen högre i NCA-gruppen än i PCA-

gruppen. Morgonen dag två efter operation skiljde sig VAS-skattningen för NCA-gruppen som hade VAS-skattning 4-2.5 och PCA-gruppen som hade VAS-skattning 2.1 -1. Mellan dag ett och dag tre skiljde det sig dock rätt mycket i mängden av läkemedel som de båda grupperna erhöll. PCA-gruppen erhöll cirka en fjärdedels mängd mer än NCA-gruppen, men tolv patienter i NCA-gruppen fick även ett läkemedel som ingen annan fick. Forskarna drog slutsatsen att PCA-patienterna hade samma låga VAS-värde alla dagarna efter operationen som de hade när de låg på intensivvårdsavdelningen det första dygnet efter operation. I NCA- gruppen upptäcktes det att deras VAS-skattning var högre men att det var i samband med hostningar eller andra utlösande faktorer som påverkade. Därför kunde de inte påstå att det representerade ett riktigt resultat. Den goda smärtlindringen med PCA-metoden kunde associeras med den höga dosen av opioider som gruppen fick, snarare än användandet av själva metoden. De fann inte heller några allvarliga biverkningar som ett resultat av dessa behandlingar (Holmer Pettersson et al, 2000).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie var att belysa hur sjuksköterskor upplever sina kunskaper om och erfarenheter av intravenös smärtbehandling.

Följande övergripande frågor kommer att besvaras:

- Hur upplever sjuksköterskor att administrera intravenös smärtbehandling?
- Vilka erfarenheter och kunskaper har de kring intravenös smärtbehandling?
- Finns det några skillnader i upplevelsen av att använda intravenös smärtbehandling mellan mindre och mer erfarna sjuksköterskor och mellan dag- och nattpersonal?

Avgränsningar

Studien utförs på legitimerade sjuksköterskor verksamma vid kirurgiska vårdavdelningar på ett sjukhus i södra Sverige.

Definitioner

När ordet kunskap används i enkäten avses de grundläggande kunskaper som sjuksköterskorna har fått genom sin grundutbildning och med erfarenhet som de har erhållit efter att ha varit kliniskt verksamma. Genom enkäterna framkommer det om sjuksköterskorna har någon vidareutbildning, har gått någon kurs i intravenös smärtbehandling samt hur många års yrkeserfarenhet de har.

METOD

För att få svar på frågeställningen utfördes studien som en enkätundersökning med såväl öppna som slutna frågor, (bilaga 1). Sedan drogs det slutsatser utifrån presenterat resultat.

Genom att använda sig av öppna frågor i en enkät kan det ge större och rikare information om ämnet, om deltagaren kan och vill uttrycka sina tankar skriftligt. Slutna frågor är svårare att utforma men lättare att administrera och analysera (Polit & Beck, 2006). Valet att använda både öppna och slutna frågor i enkäterna grundar sig i både att få en bredd men även en bra struktur på analysen.

Det är även viktigt att vara medveten vid en enkätundersökning där det används öppna frågor att det är oftast bara en liten del av informanterna som svarar på de öppna frågorna. På grund av detta har de öppna frågorna inte så stor säkerhet som övriga variabler. Svaren blir mer som "mjukdata" som kan ge lite mer utvecklad information (Ejlertsson, 2005).

Urval

Eftersom föreliggande studie bygger på ett beställningsprojekt från respektive avdelningar blev urvalet deras kliniskt verksamma sjuksköterskor. Sjuksköterskor arbetande inom kirurgisk verksamhet, både dag och nattpersonal på ett sjukhus i södra Sverige har blivit tillfrågade om intresse att medverka i studien. Kriterierna för att medverka var legitimerad sjuksköterska, arbetande inom kirurgi vid detta sjukhus. Samtliga kliniskt verksamma sjuksköterskor på de utvalda avdelningarna tillfrågades vilket resulterade i 74 sjuksköterskor.

Genomförande

Kontakt togs med respektive avdelningschef på varje avdelning för att bestämma datum för informationsmöte. Dessa genomfördes cirka tre veckor innan enkäterna delades ut. Enkäterna fanns tillgängliga på respektive avdelning samma dag, med hjälp av avdelningscheferna blev sjuksköterskorna påmind om enkäterna. Enkäterna hämtades i två omgångar första gången efter fyra dagar. Andra omgången hämtades 11 dagar efter utlämningsdagen. Enkäterna byggde på öppna frågor där informanterna fick svara med sina egna ord men även slutna frågor användes. Till varje enkät följde även ett skriftligt informationsblad (se bilaga 2). Efter att deltagarna hade svarat lades enkäterna i enskilda kuvert för att garantera konfidentialiteten.

Analys

Eftersom datainsamlingen bygger på både öppna och slutna enkätfrågor användes både kvantitativ och kvalitativ ansats i analysarbetet. I den kvalitativa analysfasen användes innehållsanalys. Innehållsanalys är både en kvantitativ och en kvalitativ metod med manifest inriktning som innebär en analys av vad texten säger om det som är synligt och tydligt (Graneheim & Lundman, 2004).

I analysen grupperades liknande svar ihop och bildade olika grupper. Fynden presenteras i resultatsammanställningen. Först beskrivs det hur resultatet blev i varje specifik öppen fråga för att sedan presenteras som en helhet med inspiration av manifest innehållsanalys. I resultatet behandlas enkätfrågorna ett till nio samt tolv tillsammans då de anses vara bakgrundsfaktorer. Dessa har inte behandlats på samma sätt som resterande frågor som har analyserats med innehållsanalys. De har istället bara räknats upp som bakgrundsfakta och skrivits ned precis så som respondenterna har svarat, samt lagts in i tabeller. Frågorna 10, 11, 13 till och med fråga 17 är större, öppna frågor och beskrivs var för sig. I resultatsammanställning används "hon" som en benämning på sjuksköterskan och inte i ett genussyfte.

Etiska övervägande

För att kunna genomföra studien erhöles tillstånd av avdelningschef respektive vårdchef vid de aktuella avdelningarna. Även tillstånd från det lokala etikprövningsrådet vid Hälsa och samhälle, Malmö högskola har sökts och erhållits. Varje sjuksköterska har blivit informerad om studien skriftligt. Även muntlig information har erbjudits till dem som har haft möjlighet att delta i den. För de sjuksköterskor som valde att delta i studien erbjöds konfidentialitet. De kunde även när som helst avbryta sitt deltagande i studien utan att ange någon anledning. Alla enkäter kommer att förstöras efter godkänt betyg på examensarbetet.

RESULTAT

Resultatet bygger på en enkätstudie baserad på 35 sjuksköterskors svar. Urvalsgruppen bestod av 31 kvinnor och fyra män, medelåldern var 37,5 år med en spridning från 24 år till 63 år. Den genomsnittliga sjuksköterskan hade arbetat i cirka 10 år inom sitt yrke (Tabell 1).

Tabell 1 Bakgrundsfaktorer.

Urval N= 35	
Medelålder	37,5
Kön M/K	4/31
Yrkeserfarenhet	
> 1 år	3
1-10 år	23
11-20 år	1
21-30 år	3
31-40 år	5
Dag	25
Natt	7
Kombination dag/natt	3
Vidareutbildning Ja/Nej	14/21
Kurs i intravenös smärtbehandling Ja/Nej	12/23
Grundutbildning Ja/Nej	7/28
Tidigare vårderfarenhet Ja/Nej	23/12

Majoriteten av sjuksköterskorna hade ingen vidareutbildning. Av de sjuksköterskor som hade vidareutbildning hade de flesta antingen gått en handledareutbildning eller medicin och kirurgiutbildning. På frågan om ev genomgången kurs i intravenös smärtbehandling svarade majoriteten att de inte hade gått en sådan kurs (Tabell 1). Det som nämndes var att det fanns en introduktionskurs i smärtutbildning som hölls av personal från smärtenheten. En stor del av respondenterna som svarat att de gått någon utbildning i intravenös smärtbehandling hade gått denna utbildning. De flesta sjuksköterskorna hade arbetat inom vården innan de blev sjuksköterskor, majoriteten av dem hade arbetat som vårdbiträde/undersköterska. Det som bör nämnas för att inte missförstå siffrorna i resultatet är att samma sjuksköterska kan ha bidragit till mer än en åsikt i samma fråga, i resultatsammanställningen.

Enkätfråga 10; Upplever du att du har tillräckligt med kunskaper i administrering av intravenös smärtbehandling?

Av de sjuksköterskor som svarat att de upplevde att de hade tillräckliga kunskaper i att administrera intravenös smärtbehandling svarade åtta sjuksköterskor att de hade fått sin kunskap genom erfarenhet. Medan nio sjuksköterskor svarade att de hade fått kunskapen genom antingen en bra grundutbildning eller efter någon annan utbildning. Majoriteten av respondenterna svarade något eller båda av ovan nämnda svar. Även andra sätt såsom stöd från arbetskamrater eller smärtteam, smärtpärm på avdelningen eller nyfikenhet hade lett till att de kände att de hade tillräckliga kunskaper. Av sjuksköterskorna som svarade ja eller både ja och nej på frågan var det tio stycken som hade gått en kurs i intravenös smärtbehandling. Av de sjuksköterskor som svarade nej på frågan (åtta stycken) angav majoriteten, fem sjuksköterskor att man aldrig kan få tillräckliga kunskaper i att administrera intravenöst. Det som påpekades var att det behövdes en uppdatering av kunskaper emellanåt. Samt att det behövs en regelbunden uppdatering när det kom nya preparat. Sjuksköterskorna nämnde även att information som spreds via arbetskamrater inte kändes som tillräcklig. Två av sjuksköterskorna ansåg att de hade för lite erfarenhet av att ge intravenös smärtbehandling, för att känna att de hade tillräckliga kunskaper (Tabell 2).

Tabell 2 Tillräckliga kunskaper eller inte?

Enkätfråga	Ja:	Nej:	Både ja/nej
Tillräckliga kunskaper i intravenös administrering totalt antal	25	8	2
Tillräckliga kunskaper baserat på år av erfarenhet			
>1 År	-	2	2
1- 10 År	19	4	-
11-20 År	-	-	-
21-30 År	1	1	-
31-40 År	4	1	1

Skillnader i år av erfarenhet

Av sjuksköterskorna som hade arbetat mellan ett till tio år svarade 19 av 23 att de hade tillräckliga kunskaper i administrering av intravenös smärtbehandling. Av dessa hade nio sjuksköterskor fått sin kunskap genom utbildning och grundutbildning. Av samma 19 sjuksköterskor svarade sex stycken att de hade fått kunskaper genom erfarenhet. I samma grupp hade fem sjuksköterskor skaffat sig kunskaper genom att själv söka dem. Här ingick de som hade läst själva, var nyfikna och engagerade eller hade tagit hjälp av smärtpärm. Stöd och information från avdelningen respektive smärtteam hade två av respondenterna i denna grupp angett som svar (Tabell 2).

Övriga synpunkter som respondenterna hade var att de inte var rädda för att ge intravenöst, kände sig säkra men kan alltid lära sig mer, generella ordinationer gav erfarenhet samt att de hade kunskap om läkemedels biverkningar och kontraindikationer. Till denna grupp hör tre av de 19 sjuksköterskorna som hade svarat att de har tillräckliga kunskaper.

I gruppen som hade mellan 21 till 30 års erfarenhet av sjuksköterskeyrket som bestod av två personer hade en av dem uttryckt att hon hade tillräckliga kunskaper baserade på erfarenhet. Gruppen med 31 till 40 års erfarenhet bestod av fyra

personer och en av dem svarade att hon hade tillräckliga kunskaper baserade på erfarenhet. En annan sjuksköterska svarade att dessa kunskaper var baserade på stöd från arbetskamrater. Den tredje sjuksköterskan svarade att hon läst själv samt en sjuksköterska sade sig ha kunskap om spädning och tid för administrering (Tabell 2).

Sjuksköterskorna som svarade att de inte hade tillräckliga kunskaper i att administrera intravenöst och hade arbetat mindre än ett år var två personer. Av dem tyckte en att hon hade givit det för lite och den andre tyckte att man aldrig kunde få tillräckligt med kunskaper i intravenös administration. Gruppen som hade arbetat mellan 1 till 10 år och inte tyckte att de hade tillräckliga kunskaper i att administrera intravenöst bestod av fyra personer. Där tyckte tre sjuksköterskor att de aldrig kunde få tillräckligt med kunskaper om intravenös smärtbehandling. Det fanns även lite delade åsikter, en sjuksköterska uttryckte att hon ville få uppdaterad kunskap, en annan att hon ville ha kunskap i verkningsmekanism samt en tredje tyckte att hon givit intravenös smärtlindring för lite (Tabell 2).

Enkätfråga 11: Upplever du att din kunskap i intravenös smärtbehandling är tillräcklig?

Sjuksköterskorna som svarade på denna fråga var 34 av 35 stycken (det fanns ett internt bortfall). Genom utbildning tyckte sju av sjuksköterskorna att de fått sina kunskaper, medan åtta sjuksköterskor kände att det var mer erfarenhetsrelaterat. Beskrivningen av några åsikter som framkom är till exempel att sjuksköterskan inte kände några problem med intravenös smärtbehandling, hade kunskaper för det mesta samt tillräckliga kunskaper för att känna sig trygg. Denna grupp utgjorde fyra sjuksköterskor. Kunskaper i administrering och verkan samt kunskaper om vissa läkemedel sade sig fem av sjuksköterskorna ha. Gruppen som kände att de ville gå en utbildning, uppdatera sin kunskap eller att det alltid går att lära sig mer och skaffa sig mer erfarenhet om ämnet utgjorde 15 sjuksköterskor. Två personer i gruppen kände att de ville ha mer kunskaper om verkningsmekanismer samt information gällande nya preparat.

Sex av sjuksköterskorna som svarade att de inte upplevde att de hade tillräckliga kunskaper, skrev att detta berodde på att det inte användes som rutin, hade givit det för lite eller arbetade med administrativa uppgifter. Men även att de hade för lite kunskaper när det gäller barn samt en känsla av brist på kunskap vid långtidsbehandling. En av sjuksköterskorna ansåg att grundutbildningen borde ha innehållit mer av detta ämne. En sjuksköterska säger att information från arbetskamrater inte räckte som tillräcklig information för att man skulle känna sig trygg.

Enkätfråga 13: Tror du att din kunskap om intravenös smärtbehandling främst är baserad på teori eller praktisk erfarenhet som du har?

Av respondenterna ansåg fem stycken att de hade kunskap främst förvärvad genom teori, 16 sjuksköterskor tyckte att kunskapen främst var praktiskt förvärvad och 13 stycken ansåg att det var en kombination mellan teori och praktik. Det fanns även ett internt bortfall på denna fråga.

Det påståendet som var förekommande i alla tre grupperna var att teori ger grundkunskaper men att praktisk tillämpning ger erfarenhet.

Enkätfråga 14: Vilka kunskaper vill sjuksköterskorna utveckla inom intravenös smärtbehandling?

Det var 29 av 35 sjuksköterskor som svarade att de ville utöka sina kunskaper i intravenös smärtbehandling. I gruppen som benämns utveckling efterfrågade sjuksköterskorna en mer allmän och fördjupad kunskap. Sjuksköterskor ville även ha en utbildning med ny vetenskap och nyheter, få en medicinsk utbildning och att uppdatera sina kunskaper om läkemedel. Den andra gruppen (läkemedelspåverkan) bestod också av åtta personer och innefattade kunskaper om farmakodynamik, farmakokinetik, hur man späder, biverkningar som kan uppkomma och vad som påverkar upptaget. Tio av sjuksköterskorna kunde tänka sig att utveckla farmakologikunskaper som bestod av kunskap om olika läkemedel och kunskap om vilka läkemedel som fungerar bäst i olika tillstånd (Tabell 3).

Tabell 3 Vilka kunskaper vill sjuksköterskorna utveckla?

	Antal svar per påstående
Utveckling	8
Läkemedels påverkan	8
Farmakologi	10
Administrering	5
Fysiologi	2
Specifik Utbildning	4

Fem sjuksköterskor under gruppen administrering efterlyste utökade kunskaper i bland annat hur administrering sker rätt till tillvanda patienter och missbrukare. Även hur generös det går att vara med intravenöst smärtstillande, kunskap om långvariga smärttillstånd och att få mer kännedom för säkerhet var påstående som fanns i denna grupp. Två av sjuksköterskorna ville ha mer kunskaper när det kom till fysiologiska händelser i kroppen och psykisk påverkan av smärta. Att gå en specifik utbildning såsom PCA alternativt EDK-utbildning (Epidural- kateter) var det fyra sjuksköterskor som ville (Tabell 4).

Enkätfråga 16: Vilken verkan har intravenös smärtbehandling jämfört med annan smärtbehandling?

Respondenterna som svarade på denna fråga var 34 stycken, (det fanns ett internt bortfall). Nästan alla respondenter, det vill säga 30 sjuksköterskor antydde att behandlingen hade snabbare effekt när den gavs intravenöst. Tio stycken av sjuksköterskorna tyckte att behandlingen var mer effektiv intravenöst, men fyra sjuksköterskor tyckte att den inte höll så länge som önskat. Det var 15 sjuksköterskor som tyckte något av följande påståenden, komplikationerna sågs snabbare, behandlingen var lättare att utvärdera, bättre övervakning samt att sjuksköterskorna hade mer kontroll över behandlingen och patienten blir varken över- eller undermedicinerad.

Åtta stycken av sjuksköterskorna uttryckte att patienten hellre ville ha intravenöst, mycket bra för barn och stickrädda, patienten känner sig lugnare och tryggare, känns säkrare, bra vid akut stor/stark smärta samt bra på att bryta smärtgenombrott. Fem av sjuksköterskorna angav nackdelar med intravenös smärtbehandling. Dessa nackdelar var:

- Det gav komplikationer oftare.
- Biverkningar och tillvänjning skedde snabbare.
- Det var svårare att sätta ut.
- Det fanns risk för överdosering/biverkningar.
- Hänsyn måste tas till doserna på grund av att möjligheten till övervakning är mindre på vårdavdelningarna.

En jämförelse mellan dag- och nattpersonalens svar på enkäten

Det var 25 sjuksköterskor som arbetade dag och sju sjuksköterskor som arbetade natt samt tre stycken som arbetade både dag och natt. En jämförelse utfördes för att se om det fanns någon skillnad i hur sjuksköterskorna svarat på en del av enkätfrågorna beroende på om de jobbade natt eller dag (Tabell 4).

Tabell 4 Jämförelse av dag- och nattpersonal.

	Dagpersonal	Nattpersonal	Både natt/dag
Gått vidareutbildning	9	5	-
Har gått kurs i i.v. smärtbeh.	7	2	3
Upplever tillr. kunskaper i adm.	18	5	2
Vad är din kunskap baserad på*			
Teori	7	-	-
Praktisk	12	5	-
Både och	6	2	2
Vill ha utökade kunskaper	21	5	3
			*Finns ett bortfall

Av de sjuksköterskor som arbetade på dagen tyckte 22 stycken att deras grundutbildning inte innehöll tillräckligt med utbildning om intravenös smärtbehandling. Bland nattpersonalen var det tre sjuksköterskor som inte tyckte detta, och de som arbetade både dag och natt tyckte två stycken att utbildningen inte var tillräcklig när det gällde intravenös smärtbehandling.

En fråga på enkäten var hur stor del av det som sjuksköterskorna administrerar som är intravenös smärtbehandling. Ett genomsnitt på vad sjuksköterskorna administrerade intravenöst var cirka 14 procent (Tabell 5).

Tabell 5 Hur mycket smärtstillande administreras intravenöst. N=34.

Hur mycket ges intravenöst	Dagpersonal	Nattpersonal	Både natt/dag
< 1 %	1	-	1
1-10 %	14	6	-
11-20 %	7	-	1
21-30 %	1	-	-
41-50 %	-	1	-
61-70 %	-	-	1
71-80 %	1	-	-
	Finns ett bortfall		

Analys av helheten genom uppdelning i subkategorier och huvudkategorier

Här nedan beskrivs en del svar som respondenterna har angett utifrån ett helhetsperspektiv. De mest utmärkande och framträdande svaren har bildat meningsbärande enheter som sedan bildat sex subkategorier. Av dessa har det bildats två huvudkategorier.

Tabell 7 Kategoriseringar.

Meningsbärande enheter	Subkategorier	Huvudkategorier
<ul style="list-style-type: none"> • Generella ordinationer ger erfarenhet • Gett det för lite • Teori ger grunden, praktik ger erfarenhet 	Erfarenhet	Inhämtad kunskap
<ul style="list-style-type: none"> • God grundutbildning • Smärtutbildning • Internutbildning • Uppdatera kunskapen • Man är aldrig fullärd • Vill gå en utbildning 	Utbildning	
<ul style="list-style-type: none"> • Läst själv • Nyfiken och engagerad • Smärtpärm • Läst FASS 	Självsoekt kunskap	
<ul style="list-style-type: none"> • Kontraindikationer • Biverkningar • Nya preparat • Administration • Verkan • Spädning och blandningsscheman 	Farmakologi	Behov av kunskap
<ul style="list-style-type: none"> • Lättare att utvärdera • Sjuksköterskorna har mer kontroll • Bättre övervakning • Snabbare effekt • Mer effektiv • Håller inte så länge som man önskat 	Intravenös smärtbehandling	
<ul style="list-style-type: none"> • EDK • PCA 	Medicinsk teknik	

Inhämtad kunskap

Erfarenhet beskrevs som något som de hade men också som något som de saknade. En del av respondenterna svarade att de fått sin grundkunskap genom teori men att praktiken givit dem erfarenhet. Ett exempel på vad en respondent har uttryckt var.

"/.../”Grunden är lagt i teorin men det behövs praktik för att kunna bli säkert o erfaren”/.../ (Respondent nr 30).

Det var också genom praktisk tillämpning som sjuksköterskan utvecklats i sin roll. En del av dem som tyckte att de hade bristande erfarenhet ansåg att de hade

administrerat intravenös smärtbehandling för lite. Även de rutiner som att det finns till exempel generella ordinationer på avdelningarna tycktes bidra till en ökad erfarenhet.

Enligt respondenterna fanns det olika typer av utbildningar som hade bidragit till deras kunskaper. En del hade gått internutbildningar som hållits genom avdelningarna, andra hade fått något som de upplevde som en god grundutbildning

!..! ”Jag kände mig trygg i den grundutbildning jag fick där man fokuserade mycket på fördelarna med intravenös behandling” !..! (Respondent nr 10)

Även smärtutbildningar som hållits av smärtenheten förekom som svar hos en del av respondenterna. Även om många tyckte att de hade en god grund att stå på och hade ökat på sin kunskap med andra utbildningar, så fanns det ett behov av att uppdatera sina kunskaper hos sjuksköterskorna.

”Det kan man aldrig få tillräcklig kunskap om” (Respondent nr 9)

Ett antal sjuksköterskor ansåg att de aldrig blev fullärda samt att det skulle vara bra att få gå kompletterande utbildningar. Det fanns också olika hjälpmedel på avdelningarna såsom smärtpärm och FASS som de kunde läsa i själv för att få ökad förståelse eller slå upp något som de var osäkra på. Även blandningsscheman fanns att tillgå i läkemedelsrummen för att öka säkerheten för patienterna och tryggheten för personalen. En del av dem som ansåg sig vara nyfikna och engagerade sökte även kunskap på egen hand och utbildade sig själva kontinuerligt vid behov.

Behov av kunskap

Något som framkom var att det behövdes ökade kunskaper i till exempel läkemedels verkan, kontraindikationer, när det kommer nya preparat etcetera. De sjuksköterskor som kände sig osäkra på den farmakologiska biten angav ofta att det behövdes uppdatering när det kom nya preparat, samt allmänt mer kunskaper om biverkningar och hur läkemedlen verkade.

!..! ”kommer även nya preparat då och då !..! bra med ordentlig information då !..! det räcker inte att endast få inform. av kollegor” !..! (Respondent nr 21)

De som ansåg att de hade kunskaper tyckte att det räckte med det som de kunde, för en del sjuksköterskor räckte det att de hade kunskap om spädning och administrering. Som för sjuksköterskan som uttryckte,

”Jag är medveten om biverkningar och kontraindikationer av de lkm som jag använder” !..! (respondent nr 14)

De åsikter som framkom av respondenterna angående sättet att administrera intravenös smärtbehandling var att det gick att övervaka behandlingen bättre.

!..! ”man har mer kontroll över det” (Respondent nr 30)

Sjuksköterskorna kunde ha bättre kontroll och att det var lättare att utvärdera. Det som de flesta sjuksköterskorna nämnde var att behandlingen hade en mycket snabbare effekt och att behandlingen var mer effektiv.

”Bra då effekten kommer direkt och administratören har full kontroll” /.../
(Respondent 17)

Nackdelen var dock att effekten av intravenöst administrerad smärtbehandling inte höll så länge som önskat precis som en sjuksköterska här beskriver

”Verkar snabbare och bättre men håller inte så länge som man skulle önska”/.../
(Respondent nr 24)

/.../”Skulle gärna gå en utbildning i ämnet/.../ (Respondent nr 14)

Flera sjuksköterskor precis som den ovannämnda menade att de skulle vilja ha utbildning i EDK och PCA med motiveringen att det hade blivit mer vanligt att administrera smärtlindring på dessa sätt. Även citatet nedan visar på att utbildningar eftersöks av sjuksköterskorna.

/.../”men ytterligare utbildning som tex iv. PCA behövs” /.../ (Respondent nr 15)

Bifynd

Vid analysen av resultatet upptäcktes det även att majoriteten av sjuksköterskorna tyckte att grundutbildningen innehöll för lite fokus på intravenös smärtbehandling. Några intressanta påstående avseende läkarnas ordinationer återfanns i svaren. Ett antal sjuksköterskor antydde att läkarna var rädda för att ordinera intravenös smärtlindring, en sjuksköterska påstod även att läkarna borde lära sig att ordinera mer intravenöst både när det gäller preparat och styrka relaterat till vikt och ålder.

En del av sjuksköterskorna hade under frågan övriga synpunkter i enkäten en del väsentliga bifynd som kan vara av värde att ta upp.

”Ofta läkarna som är rädda för att ordinera i.v adm. Systrarna har god erfarenhet av det på denna avd. men det är nog beroende av var man jobbar.”
(Respondent nr 6)

”Att läkarna lärde sig att ordinera i.v. till pat. Både preparat och styrka och det i relation till storlek och ålder” /.../ (Respondent nr 21)

”För få doktorer ordinerar smärtlindring i.v.” (Respondent nr 29)

”I första hand administrerar vi per.os el. s.c. I.v beh. borde förekomma oftare. Med s.c. inj av opioider upplever jag en efterchock hos vissa pat. Om en pat. ”snedtänder” går då effekten ur alldeles för långsamt.” (Respondent nr 27)

”Alltid bra att kolla andningsfrekvens vid givande så det känns bra att ha lite tid då det ska givas så patient inte får en andningspåverkan.” (Respondent nr 34)

”Just nu har vi ej haft så mkt smärtlindring intravenöst men vi ska precis börja med PCA-pumpar /.../ förhoppningsvis öjkar det smärtlindringen intravenöst då detta av patienterna verkar uppskattas mest.” (Respondent nr 17)

DISKUSSION

Nedan diskuteras metoden och resultatet utifrån använda former och vad som framkommit av resultatet.

Metoddiskussion

I metoddiskussionen kommer det att diskuteras om vald metod. Bland annat för- och nackdelar med denna metod samt varför just denna metod valdes. Förslag på andra metoder och resonemang kring hur resultatet hade kunnat bli annorlunda kommer också att tas upp.

Urval

Det delades ut 74 stycken enkäter på deltagande avdelningar i studien. Tanken var från början att det skulle delas ut 50 stycken enkäter eftersom målet var att få samtliga kliniskt verksamma sjuksköterskor på dessa avdelningar att delta i studien. Eftersom fel information om antalet anställda hade framkommit så fick det läggas till enkäter på avdelningarna. Då insamlingen av enkäterna skulle ske kom det till kännedom att en del av personalen, särskilt nattpersonalen har många dagars ledighet mellan sina arbetspass och det beslutades att det skulle ske en omgång av insamling igen. Detta medförde att respondenterna fick fyra extra dagar att besvara enkäten. Därmed ökade möjligheten till att få ett större urval.

Begränsningen till just de kirurgavdelningar som valdes berodde på att det var ett beställningsarbete från dessa avdelningar. Resultat skulle eventuellt ha blivit annorlunda om det hade lämnats ut enkäter till sjuksköterskor arbetande på andra vårdavdelningar än endast kirurgiska vårdavdelningar. På en postoperativ vårdavdelning kanske resultatet hade visat ett större användande av intravenös smärtbehandling. Men det hade säkert funnits andra anledningar till detta också, till exempel på grund av mer personal och bättre övervakning. Eftersom studien är utförd på likartade vårdavdelningar kan resultatet inte generaliseras till andra vårdavdelningar.

En av frågeställningarna för studien var att undersöka om erfarenhet gjorde någon skillnad i hur sjuksköterskorna svarade om kunskaper i intravenös smärtbehandling. En nackdel var att det inte blev någon stor spridning på hur många år sjuksköterskorna hade arbetat, majoriteten hade arbetat mellan 1- 10 år. Detta resulterade i att det var svårt att jämföra olika grupper på ett korrekt och trovärdigt sätt. Detta hade kunnat undvikas med en större indelning till exempel genom att dela in åren av erfarenhet i 0-2 år, 2-4 år, 4-6 år men detta gjordes inte på grund av att det uppmärksammades för sent. Det gjordes även en jämförelse mellan dag- och nattpersonal men den är inte riktigt trovärdig på grund av ett för litet urval av sjuksköterskor i nattpersonalsgruppen.

Datainsamlingen

Genom att använda till exempel intervju istället för enkäter så hade urvalet blivit mindre men resultatet hade gått djupare, vilket hade kunnat ge en annorlunda bild av sjuksköterskornas kunskaper om och erfarenheter av intravenös smärtbehandling. Målet var att få ett så stort material som möjligt för att resultatet skulle bli mer övergripande samt för att få en större trovärdighet. Tyvärr blev inte det insamlade materialet så stort som önskat då det endast var 35 enkäter som blev besvarade av 74 utdelade enkäter. Enligt Hansagi och Allebeck (1994) är det av betydelse att bortfallet blir så litet som möjligt. Det går inte alltid att ange någon exakt procentsats om vad som är en accepterad nivå av bortfall, men efter att en bortfallsanalys är gjord kan kanske ett bortfall på cirka 30 procent vara rimligt när det görs en enkätstudie. Trost (2001) säger att på en enkätundersökning får man räkna med att svarsfrekvensen kommer att ligga mellan 50 och 75 procent. Eftersom bortfallet på denna studie blev cirka 53 procent kan det inte göras en generalisering av resultatet. Föreliggande studie visar endast vad just de 35 sjuksköterskorna ansåg.

Det faktum att svarsfrekvensen blev så låg kan ha berott på att sjuksköterskorna fick enkäterna i sina brevfack på arbetsplatsen. Detta visste de dock om då det hölls informationsmöten om studien på avdelningarna för alla sjuksköterskor som hade möjlighet att delta. Nackdelen med att lämna enkäterna i sjuksköterskornas brevfack kan vara att alla kanske inte tittar i facken så ofta. Eftersom det lagts ned mycket tid på att informera urvalsgruppen genom information om studien på avdelningarna, samt det faktum att studien var ett beställningsprojekt har det spekulerats en del i varför svarsfrekvensen blev så låg. Kanske är det så att sjuksköterskorna inte har tyckt att det var lönt att svara på enkäten på grund av den låga användningen av intravenös smärtbehandling. Kanske finns det en annan anledning? Det kan även vara så att de sjuksköterskor som har besvarat enkäten var speciellt intresserade av intravenös smärtbehandling. Det kan ha bidragit till att resultatet kan ha påverkats genom att sjuksköterskorna kan ha mer kunskaper om ämnet eftersom de är intresserade av det. Genom att lägga till en fråga i enkäten som behandlar respondenternas intresse för ämnet hade man kunnat få svar på frågan, men det får istället vara ett förslag till dem som studerar ämnet i framtiden. En annan nackdel som stötts på är att det har förekommit andra studier under samma period som denna pågick på samma avdelningar. Detta kan ha bidragit till att personalen inte har orkat fylla i ännu en enkät. Även att enkäten innehöll öppna frågor kan ha känts som ett hinder för sjuksköterskorna att vilja fylla i enkäterna, kanske på grund av att det är mer tidskrävande med öppna frågor.

Det faktum att avdelningsföreståndarna på varje avdelning har varit till hjälp med att påminna sjuksköterskorna att fylla i enkäterna har förhoppningsvis haft en positiv effekt. Allteftersom analysarbetet har fortskridit har författarna upptäckt att vissa frågor kan ha tolkats på lite olika sätt av respondenterna. Enkätfrågorna skulle kunna göras tydligare för att inga missförstånd skulle kunna uppstå. Ett exempel är fråga tio och elva som behandlar kunskaper om intravenös administrering respektive generella kunskaper om intravenös smärtbehandling. Dessa kan tyckas vara ganska lika enligt respondenterna men för analysen har det spelat en stor roll att få de specifika svaren på de båda frågorna. Dessa olika tolkningar kan eventuellt ha påverkat resultatet. Under analysarbetet har det framkommit att även frågan om sjuksköterskorna har gått en kurs i intravenös smärtbehandling kan ha tolkats olika av respondenterna. En del av respondenterna

har haft olika tolkningar på vilka som är kurser i smärtbehandling respektive vilka kurser som är intravenös smärtbehandling. Detta har uppmärksammats genom att en del av respondenterna har kryssat i att de inte har gått någon kurs i intravenös smärtbehandling, men ändå angett att de har gått samma kurs som några av dem som har kryssat i att de har gått en kurs i intravenös smärtbehandling. En positiv aspekt på enkäterna var att majoriteten av respondenterna besvarade de öppna frågorna som gav välformulerad och relevant information för resultatet. Nu gjordes det endast en analys av datainsamlingen på alla avdelningarna, hade datamaterialet varit större skulle det kunna göras en jämförelse mellan de olika avdelningarna för att kunna se skillnader och likheter.

Dataanalys

Analysen av enkäterna började med att författarna läste igenom enkäterna för att få en uppfattning av helheten. Sedan gjordes en analys av hur sjuksköterskorna hade svarat på de olika frågorna. På varje enskild öppen fråga gjordes en första analys där det söktes efter likartade svar som skulle kunna grupperas ihop till en första kategorisering. Efter att detta gjorts på varje öppen fråga gjordes en andra kategorisering där vissa svar hamnade i en kategori med andra liknande svar. Detta är inte helt riktigt enligt metoden innehållsanalys då det först skall ses en helhet för att sedan bilda subkategorier och huvudkategorier. För att inte missa väsentlig fakta i varje specifik fråga valdes det att först analysera fråga för fråga för att sedan titta på helheten och utifrån helheten bilda subkategorier och huvudkategorier.

Efter att analysen på enkätfrågorna utförts var för sig gjordes en kort jämförelse mellan personal som arbetade dag och personal som arbetade natt. För att sedan se en helhet på hela enkätsammanställningen bildades det sex subkategorier ur meningsbärande enheter. De sex subkategorierna som bildade två huvudkategorier presenteras lite tydligare var för sig. Det har förts ett resonemang kring om det skulle göras en extern kontroll av de olika kategoriseringarna dels för att få en kontroll av att tolkningen överensstämmer. Även för att öka trovärdigheten på studien. På grund av tidsbrist gjordes aldrig detta. Istället har det lagts in citat från respondenterna för att få en mer verklig bild av vad de hade uttryckt men också för att öka trovärdigheten på studien. Då studien mestadels bygger på öppna frågor fanns det en risk att svaren skulle kunna tolkas utifrån författarnas egna värderingar och synpunkter och därmed färga resultatet. I ett försök att undvika detta gjordes upprepande kontroller av svaren på enkäterna. För att öka trovärdigheten ytterligare skulle författarna kunnat ha utfört analysarbetet var för sig, istället gjorde författarna tillsammans upprepade kontroller av datamaterialet.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att 25 stycken av de 35 sjuksköterskorna som deltog i studien upplevde att de hade tillräckliga kunskaper i att administrera intravenös smärtbehandling. Detta känns som positiva siffror. Det kan kanske bero på att sjuksköterskorna till exempel hade ett stort intresse, hade gått kurser i intravenös smärtbehandling eller hade mycket erfarenhet. Resultatet i denna studie tyder på att ha utbildning och/eller att ha erfarenhet är av stor betydelse för att känna sig trygg med sina arbetsuppgifter när det kommer till att arbeta med patienter med smärta. Men det visade sig också att de flesta sjuksköterskorna, 23 stycken inte hade gått en kurs i intravenös smärtbehandling. Många som antydde att de inte upplevde att de hade tillräckliga kunskaper om intravenös smärtbehandling uttryckte att det inte går att bli fullärd. Det kan vara möjligt att dessa

sjuksköterskor kanske egentligen hade lika mycket kunskaper som de som svarat att de tycker att de har kunskaper, men de menade på att det alltid finns något nytt att lära sig.

Då det förekommer stora skillnader i antalet sjuksköterskor som tillhör respektive grupper för antalet år av erfarenhet uppmärksammas läsaren på att resultaten av svaren inte alltid kan uppfattas som väsentligen jämförbara. Det övervägande svaret i alla grupperna som svarade att de hade tillräckliga kunskaper var även här utbildning och erfarenhet som var de mest frekventa svaren. Det var även många fler som hade arbetat mellan ett till tio år som kände att de hade tillräckliga kunskaper än sjuksköterskorna som inte kände att de hade tillräckliga kunskaper inom samma erfarenhetsgrupp.

Resultatet visade även att 28 sjuksköterskor ansåg att grundutbildningen inte innefattar tillräckligt med utbildning av intravenös smärtbehandling. Detta framgår även i studierna av Chiu et al (2003) och Goodrich et al (2006) där studenterna kände att de hade minimal utbildning i smärta. Samt att tester visade att studenterna hade uppnått en viss kunskap, men att det fortfarande fanns brister. McCaffery och Ferrell (1997) beskrev i sin studie hur sjuksköterskeutbildningen skulle kunna förbättras när det gäller smärtbehandling. Till exempel måste utbildningen förbereda studenterna att ofta är det de som har ansvaret och är hörnstenen bland annat vid smärtskattning.

I resultatet uttrycktes det att det fanns rädsla men även respekt från både läkare som skall ordinera intravenös smärtbehandling och sjuksköterskor som handhar behandlingen enligt enkätundersökningen. I likhet med SBU: s rapport från 2006 visar den att en rädsla för beroende gör att förskrivningen av opioider inte är så stor, när det gäller patienter med långvarig smärta som inte är cancerrelaterad. Även McCaffery och Ferrell (1997) visade resultat vad gällande sambandet mellan opioider och beroende, men ur ett positivt perspektiv. I denna studie visade siffror att mellan år 1988 och år 1995 skedde en ökning från 43 procent till 62.7 procent av rätta svar på ett test som forskarna utförde. Antalet sjuksköterskor som kände en rädsla för att patienter skulle bli beroende minskade också. Det som kan säga emot jämförelsen med SBU (2006), McCaffery et al (1997) och denna studie är att deras uppgifter grundar sig på opioider som inte är specifikt intravenös tillförsel.

Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att deras kunskap om intravenös smärtbehandling grundade sig i praktisk erfarenhet eller en kombination av både teori och praktisk tillämpning. Detta visar även tidigare skrivna påståenden, att det behövs utbildning och erfarenhet för att känna sig trygg med sin uppgift när en sjuksköterska skall administrera intravenös smärtstillande

Trots att 25 av sjuksköterskorna svarade att de upplevde att de hade tillräckliga kunskaper i att administrera intravenös smärtbehandling var det 29 sjuksköterskor som skulle vilja utveckla sina kunskaper. Det var framförallt kunskaper om olika läkemedel och vilka läkemedel som fungerar bäst i olika tillstånd och att sjuksköterskorna ville bland annat få fördjupad och uppdaterad kunskap. Sjuksköterskorna ville även ha mer kunskap om till exempel spädning, biverkningar och vad som påverkar upptaget av ett läkemedel. Även om sjuksköterskorna kände att de hade tillräckliga kunskaper i att administrera intravenös smärtbehandling ville de främst ha utökade kunskaper.

På enkätfrågan, vilken verkan intravenös smärtbehandling har jämfört med annan smärtbehandling fanns ett internt bortfall. De mest framträdande siffrorna tydde på att intravenös smärtbehandling hade snabbare effekt, vilket även överensstämmer med Hawthorn och Redmond (1999). Även påståenden som till exempel att intravenös smärtbehandling är lättare att övervaka och utvärdera var tydligt synliga. Negativa aspekter på intravenös smärtbehandling var att det inte höll så länge som sjuksköterskorna hade önskat. Intravenös smärtbehandling gav enligt respondenterna komplikationer oftare, biverkningar och tillväjning skedde snabbare, det fanns risk för överdosering och var svårare att sätta ut. Kanske kan det vara möjligt att de negativa aspekterna är större än de positiva och därför används inte intravenös smärtbehandling i så stor utsträckning. Det finns allvarliga biverkningar såsom andningsdepression som är förknippade med intravenös smärtbehandling. Oavsett om det finns många fördelar med den intravenösa smärtbehandlingen såsom respondenterna också uttryckt så kan det kanske vara så att det finns en stor rädsla bland personalen på vårdavdelningarna att administrera intravenöst. Detta kan till exempel undersökas med en studie som behandlar varför intravenös smärtbehandling inte förekommer i så stor utsträckning och anledningen till detta.

Föreliggande studies resultat när det gäller hur mycket intravenös smärtbehandling sjuksköterskorna administrerar visade att det inte var övervägande mycket. Den största gruppen, 20 sjuksköterskor administrerar mellan 1-10 procent, men det fanns skillnader. Några sade att det rör sig om 40 procent och andra menade att det var 80 procent. Det fanns ett bortfall på denna fråga. Här hade det varit intressant att se hur de olika procenten är fördelade över respektive avdelningar. Kan det vara så att valet av sätt att administrera på skiljer sig väldigt mycket beroende på vilken sjuksköterska som administrerar? Beror det då på olika erfarenhet eller känner sig sjuksköterskorna säkra på olika saker? Detta kan man spekulera mycket i men faktum är att det finns det inget svar på här utan det skulle vara en bra frågeställning för framtida studier.

När sökandet efter tidigare forskning började, upptäcktes det att det fanns ytterst lite forskning om just kunskaper och erfarenheter om specifikt intravenös smärtbehandling. De flesta studier som har hittats har utgått från generell smärtbehandling. Även litteraturen skriver väldigt lite om specifikt intravenös smärtbehandling. Det som skrivs är en sammanvävning av till exempel intravenöst, PCA och intramuskulärt. Detta har försvårat faktasökningen enormt. Under studiens gång har det spekulerats i varför det inte finns så mycket skrivet specifikt om intravenös smärtbehandling. Det kan kanske vara på grund av att det finns så många andra alternativ som känns säkrare för sjuksköterskorna att administrera. Kanske just PCA som har en inbyggd spärr för att det inte skall vara möjligt att överdosera läkemedel. Som nämnts tidigare i bakgrunden är PCA ett bra alternativ när en patient behöver kontinuerlig smärtstillande (Almås m fl, 2004). Även resultatet i denna studie visade på att en del av sjuksköterskorna önskade få utbildning i bland annat PCA. En bra aspekt av PCA är att patienten själv säkert kan ge sig själv mer smärtstillande när det behövs. Fortfarande behöver en intravenös PCA övervakas noggrant men vem vet vad som händer i framtiden.

En jämförelse mellan dag- och nattpersonal visade skillnader när det gällde att ha en vidareutbildning. Majoriteten av nattpersonal hade en vidareutbildning medan

de som både arbetade dag och natt eller endast dag hade majoriteten ingen vidareutbildning. Det var inte så många som hade gått en kurs i intravenös smärtbehandling av dagpersonalen och inte heller av nattpersonalen hade majoriteten gått en kurs. Endast i gruppen som arbetade både dag och natt hade alla tre gått en kurs. Majoriteten i alla tre grupperna upplevde att de hade tillräckliga kunskaper i att administrera intravenös smärtbehandling. I alla tre grupperna ansåg de att deras kunskap främst är baserad på praktisk erfarenhet eller en kombination av teori och praktisk erfarenhet. Men det fanns mer spridning hos dagpersonalen där teori kom som andra val beroende på vad deras kunskap är baserad på. Sammanfattningsvis beskriver resultatet på de frågor som jämförts att det inte fanns några större skillnader mellan de olika arbetsgrupperna, förutom frågan om vidareutbildning och vad sjuksköterskornas kunskap byggde på. Eftersom gruppen som arbetade dag var så pass mycket större än de andra två kan det vara svårt att visa att detta resultat skulle vara en korrekt bedömning.

Eftersom datainsamlingen var så begränsad är det inte möjligt att generalisera resultatet direkt i den kliniska verksamheten, ute på alla vårdavdelningar. Det är dock överförbart till de avdelningar som deltog i studien. Det som kan beskrivas är att på just dessa avdelningar där studien är gjord, kände de flesta sjuksköterskorna att de hade tillräckliga kunskaper när det gällde att administrera intravenös smärtbehandling. Men majoriteten ville även ha mer kunskaper. Resultatet visar även att de flesta sjuksköterskorna inte hade gått en kurs i intravenös smärtbehandling. Därför skulle avdelningarna kunna ha mer utbildning i intravenös smärtbehandling.

Rekommendationer

Funderingar som har uppkommit under tiden som resultatet färdigställdes är att det skulle vara intressant att undersöka hur den intravenösa smärtbehandlingen används på olika vårdavdelningar och inte bara på kirurgiska vårdavdelningar. För att sedan jämföra de olika svaren från de olika avdelningarna. Då hade kunskaperna alternativt bristerna i kunskaper kunnat spåras och eventuellt skulle det kunna anpassas utbildningar etcetera till varje enskild avdelning. Vilket skulle kunna skapa godare förutsättningar för framtida patienter med smärta. Som nämnts tidigare skulle det vara av värde för framtida sjuksköterskor att se över deras grundutbildning och eventuellt utöka avsnittet som behandlar smärta och speciellt intravenös smärtbehandling.

Något som upptäcktes under studiens gång var att sjuksköterskorna talar mycket om farmakologi när de nämner olika kunskaper som de har, men även när de nämner bristerna. Kan det vara så att grundutbildningen borde fokusera mer på farmakologi? Enligt vissa respondenter behövs det mycket kunskap i hur läkemedlen verkar och hur de samverkar med kroppen. Även biverkningar och fysiologi har påtalats som bristande kunskapsområden. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) är sjuksköterskan aldrig fullärd utan ska utbilda sig själv under hela sin yrkeskarriär. Men det skulle inte skada med större fokus på farmakologi och fysiologi i sjuksköterskans grundutbildning.

Bifynd i studien visade att en del av sjuksköterskorna misstänkte att det fanns en rädsla även hos läkarna när det gäller intravenös smärtbehandling. Även om det bara uttrycks av få respondenter kan det vara av värde att ta upp, om det kan vara så att läkarna borde utbildas mer i farmakologi och biverkningar. Kan det vara så att det är läkarna som är rädda för biverkningarna av intravenös tillförsel? I

Coman och Kellys studie från år 1999 kom det fram att huruvida den behandlade läkaren valde mellan morfin och petidin berodde snarare bland annat på vilken kännedom och bestämmanderätt han hade än betydelsen av kliniska och farmakologiska grunder. Hur det än ligger till bör smärtbehandling förekomma mer under sjuksköterskans utbildning, men även som kontinuerlig utbildning på avdelningarna. För personalens trygghet och för patienternas välmående

SLUTSATS

Föreliggande studie hade som syfte att belysa hur sjuksköterskor upplever sina kunskaper om och erfarenheter av intravenös smärtbehandling. Eftersom det stötts på problem med insamling av befintlig fakta om ämnet redan i början av studien förutfattades det meningar om det intravenösa administrationssättets användningsfrekvens på avdelningarna. Detta bekräftades av studien som visade att det inte används i särskilt stor utsträckning. Närmare sagt så uppskattar sjuksköterskorna som deltagit i studien att den smärtbehandling som administreras, ges i cirka 14 procent intravenöst.

De sjuksköterskor som har deltagit i studien har antytt att deras kunskaper i intravenös smärtbehandling främst är baserade på praktisk tillämpning, vilket kan innebära den erfarenhet som de har skaffat efter att ha varit kliniskt verksamma. Det har även framkommit genom påståenden från respondenterna att teorin är det som utgör grunden medan det är den praktiska biten som ger erfarenhet och gör att sjuksköterskorna känner sig mer säkra i sin roll.

Eftersom smärta är en så stor del av sjuksköterskans arbete krävs det kunskap och erfarenhet för att kunna tillmötesgå patienterna med smärta på ett behagligt sätt. Sjuksköterskorna har kunskaper men de vill ha en ständig uppdatering. Dels för att bli påmind men också för att ta del av nya preparat och metoder. Världen utvecklas och det måste professionerna också göra i samma takt.

REFERENSER

Almås, H m fl (2004) Smärta. I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB, s 65-114.

Apoteket AB AO Konsult (2003) *Läkemedelsboken 2003/2004*. Stockholm: Apoteket AB.

Bjerneroth Lindström, G (2005), Smärta, vad beror det på?
><http://www.sjukvardsradgivningen.se/allakapitel.asp?CategoryID=18238&AllChap=True>< 2007-04-02.

Chiu, L H et al (2003) A study to evaluate the pain knowledge of two sub-populations of final year nursing students: Australia and Philippines. *Journal of advanced nursing*, 41 (1), 99-108.

Coman, M & Kelly, A-M (1999) Safety of a nurse-managed titrated analgesia protocol for the management of severe pain in the emergency department. *Emergency Medicine*, 11, 128-132.

Ejlertsson, G (2005) *Enkäten i praktiken, en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Eklund, J m fl (1991) *Intensivvård*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Glajchen, M & Bookbinder, M (2001) Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: a national survey. *Journal of pain and symptom management*, 21(4), 307-316.

Goodrich, C (2006) Students' and faculty members' knowledge and attitudes regarding pain management: a descriptive survey. *Journal of nursing education*, mar: 45 (3), 140-142.

Graneheim, U.H & Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Hansagi, H & Allebeck, P (1994) *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård, handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

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

Holmér Pettersson, P et al (2000) Patient-controlled versus nurse-controlled pain treatment after coronary artery bypass surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*, 44, 43-47.

Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763.

McCaffery, M & Ferrell, B (1997) Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made? *Journal of pain and symptom management*, 14 (3), 175-188.

McMillan, S et al (2005) Training pain resource nurses: changes in their knowledge and attitudes. *Oncology nursing forum*, 32 (4), 835-842.

Polit, D F & Beck, C T (2006) *Essentials of nursing research, methods, appraisal and utilization*. (sixth edition) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Praktisk medicin, (2005) Smärta, akut nociceptiv
><http://www.praktiskmedicin.com/sjukdom.asp?sjukdid=665>< 2007-03-30

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

SBU (2006) rapport 177:1 *Metoder för behandling av långvarig smärta en systematisk litteraturöversikt volym 1*. Stockholm: SBU.

Simonsen, T & Aarbakke, J (2001) *Illustrerad farmakologi 1*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor, (Artikelnr 2005-105-1).

Trost, J (2001) *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Westerling, D (2004) Smärta och smärtbehandlingar. I: Andersson, R, Jeppson, B, Lindholm, C, Rydholm, A och Ulander, K (red) *Kirurgiska sjukdomar, patofysiologi behandling specifik omvårdnad*. Denmark: Narayana Press, s 54-62.

BILAGOR

Bilaga 1: Enkät

Bilaga 2: Informationsblad

Sjuksköterskors kunskaper och erfarenheter av intravenös smärtbehandling.

1.) Jag är Kvinna Man

2.) Vilket år är du född? 19__

3.) Hur många år har du arbetat som legitimerad sjuksköterska? ____år

4.) Arbetade du inom vården innan du läste till sjuksköterska?

Ja Nej

Om ja, som vad?

Hur länge?

5.) Jag arbetar Dagtid Nattid

6.) Har du någon vidareutbildning?

Ja Nej

7.) Om ja på föregående fråga, vad har du för vidareutbildning?

8.) Har du gått några kurser i intravenös smärtbehandling?

Ja Nej

9.) Om ja på föregående fråga, vilken sorts utbildning har du gått?

10.) Upplever du att du har tillräckligt med kunskaper i administrering av intravenös smärtbehandling?

Ja Nej

Därför att:

11.) Upplever du att din kunskap i intravenös smärtbehandling är tillräcklig? Motivera ditt svar!

12.) Tycker du att din grundutbildning innehöll tillräckligt med utbildning i intravenös smärtbehandling?

Ja Nej

13.) Tror du att din kunskap om intravenös smärtbehandling främst är baserad på teori eller praktisk erfarenhet som du har? Utveckla gärna ämnet!

14.) Skulle du vilja ha ökade kunskaper i intravenös smärtbehandling?

Ja Nej

Vilka kunskaper skulle du vilja utveckla?

15.) Kan du ange ett cirka värde i procent på hur stor del av den smärtbehandlingen du administrerar som är intravenös smärtbehandling?

Jag tror att det rör sig om cirka ____%

16.) Hur tycker du att den intravenösa smärtlindringen verkar till skillnad från annan smärtbehandling?

17.) Har du några övriga synpunkter som du tycker skulle vara av värde för oss att känna till?

Tack för din medverkan!

Projektets titel: Sjuksköterskans kunskaper om och erfarenheter av intravenös smärtbehandling.

Studieansvariga: Louise Ericsson, Hss05063@stud.mah.se
Lucy Sawicki, Hss04177@stud.mah.se

Studerar vid Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle 206 05 Malmö, Tfn. 040-6657000

Utbildning: Sjuksköterskeutbildning **Nivå:** C- Uppsats

Är du intresserad av att delta i en studie om intravenös smärtbehandling?

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors kunskap om och erfarenhet av intravenös smärtbehandling. Resultatet kommer att presenteras i ett examensarbete som läggs ut på hemsidan MUEP efter godkänt betyg, arbetet kommer även att lämnas ut till medverkande avdelningar.

Om du väljer att delta kommer du att få besvara en enkät bestående av 17 frågor av såväl sluten som öppen karaktär. Efter att du har besvarat enkäten lägger du den i ett kuvert som försluts för att garantera din konfidentialitet. Enkäterna lämnas ut under vecka 13 och vår förhoppning är att du besvarat den inom en vecka. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta deltagandet utan att ange någon förklaring.

För att få ett så adekvat resultat som möjligt är det viktigt att så många som möjligt besvarar enkäten. Det är vår förhoppning att samtliga sjuksköterskor på avdelningen deltar i studien.

Studien utförs i samverkan med chefen för respektive avdelning. Studiens forskningshuvudman är Malmö Högskola, fakultet Hälsa och Samhälle och studenterna som genomför studien heter Louise Ericsson och Lucy Sawicki.

Önskar ni mer information finns det en projektplan för studien på er avdelning där ni kan ta del av mer specifik information.

Har ni några frågor angående enkäten kan ni nå oss via e-mail, adresserna finns högst upp på denna sidan.

Härmed tillfrågas du om deltagande i studien?