



**MALMÖ HÖGSKOLA**

Hälsa och samhälle

# SMÄRTA, EN SUBJEKTIV UPPLEVELSE

SKILLNADER I SJUKSKÖTERSORS  
BEDÖMNING AV PATIENTERS SMÄRTA OCH  
PATIENTERNAS UPPLEVELSE AV SMÄRTA

TINA JOHANSSON  
TOMAS SVENSSON

# SMÄRTA, EN SUBJEKTIV UPPLEVELSE

## SKILLNADER I SJUKSKÖTERSORS BEDÖMNING AV PATIENTERS SMÄRTA OCH PATIENTERNAS UPPLEVELSE AV SMÄRTA

TINA JOHANSSON  
TOMAS SVENSSON

Johansson, T & Svensson, T. Smärta, en subjektiv upplevelse från ett objektiva perspektiv. Skillnader i sjuksköterskors bedömning och patienternas upplevelse av smärta. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2008.

Många studier visar att det finns en skillnad mellan sjuksköterskans bedömning och patientens upplevelse av smärta och smärtbehandling. Syftet med litteraturstudien är att jämföra dessa uppfattningar. Eftersom god smärtlindring är en förutsättning för patientens psykiska såväl som fysiska välmående är det av stor vikt att sjuksköterskans bedömningar är så korrekta som möjligt. Förutom olika smärtskattningsmetoder, ex. VAS skalan är det nödvändigt att sjuksköterskor medvetandegörs om sina egna attityder, då dessa kan påverka kvalitén på omvårdnaden. Genom att undersöka sjuksköterskors attityder och värderingar kring begreppet smärta samt deras kliniska bedömning av patienternas smärta och jämföra denna med patienters upplevelse av smärtbehandlingen de erhållit vid sjukhusvistelse. Litteraturstudien bygger på nio kvantitativa artiklar. Resultatet visade att det var vanligt förekommande att sjuksköterskorna underskattade patienternas smärta, särskilt när den var hög. Endast i två studier gjordes relativt korrekta bedömningar.

*Nyckelord:* analgesi, attityder, patient, sjuksköterska, skillnader, smärta, smärtbedömning

# PAIN, A SUBJECTIVE EXPERIENCE

## DIFFERENCE IN NURSES ASSESSMENTS OF PATIENTS PAIN AND THE PATIENTS EXPERIENCES OF PAIN

TINA JOHANSSON  
TOMAS SVENSSON

Johansson, T & Svensson T. Huvudtitel. Pain, a subjective experience from a objective view. Difference in nurses assessments of patients pain and the patients experiences of pain. Degree Project, 15 credit points. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2008.

Many studies indicate that there is a difference between the nurses measurement of pain intensity and the patients experience it. This aim of this literature review was to examine these differences. Since good pain relief is an essential component for the patients physical as well as psychological well being it is of great importance that the attending nurse makes a fairly accurate judgment regarding the level of pain. Apart from different pain measurement tools, like the VAS scale it is important that the nurses are made aware of their own attitudes towards their patients since these can influence the quality of the care given. By examining nurse's attitudes and values regarding the pain phenomena and in addition to comparing their clinical judgment of the patient's pain to how the patients say they experienced the pain treatment they received during hospitalization. The literature review is based on nine quantitative studies. The result shows that it was common in the clinical settings that the nurses underestimated their patients pain, especially when it was high. Only in two studies were the estimations judged as fairly accurate.

*Keywords:* analgesia, attitudes, difference, nurse, pain, pain measurement, patient

# INNEHÅLLFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	4
<b>BAKGRUND</b>	4
Definition smärta	4
Fysiologiska effekter av smärta	4
Smärtlindring	6
Smärtskalor	6
Visuell analog skala	6
Numerisk skala	6
Verbal skala	6
Sjuksköterskors ansvar	7
Etik	7
Tillit	7
<b>SYFTE</b>	8
<b>METOD</b>	8
Litteratursökning	8
Kvalitetsgranskning	9
<b>RESULTAT</b>	9
Korrekta bedömningar	9
Underskattningar	10
Inkorrekta bedömningar	11
<b>METOD DISKUSSION</b>	12
Precisering, exkludering och inklusionskriterier	12
<b>RESULTAT DISKUSSION</b>	13
<b>SLUTSATS</b>	14
<b>REFERENSER</b>	16
<b>BILAGOR</b>	
Bilaga 1	18
Bilaga 2	19
Bilaga 3	20
Bilaga 4	25

## INLEDNING

Syftet med litteraturstudien var att undersöka skillnaderna i sjuksköterskors bedömning och patienternas upplevelse av smärtbehandling. Författarna valde ämnet från en förslagslista som presenterades av Malmö högskola. Trots att smärtbehandling utgör en mycket stor del av sjuksköterskans vardag verkar det finnas förvånansvärt mycket okunskap kring ämnet. Om den yrkesverksamma vårdpersonalen besitter otillräckliga kunskaper leder detta i sin tur till inadekvat behandling som resulterar i ett onödigt lidande för patienterna. Effekterna av inadekvat smärtbehandling är väldokumenterade och leder till att sjukvårdens utgifter ökar bl.a. pga förlängd rehabiliteringsperioden. (Almå, 2004) Ett av hälso och sjukvårdens övergripande mål är bl.a. att följa kostnadseffektivitetsprincipen som säger att resurser ska göra nytta. Att inte värna om dessa är oetiskt och varje krona som satsas på onödiga behandlingar gör mer nytta på annat håll. (Hallin, 2003)

## BAKGRUND

Även om det är läkarna som utfärdar ordination på analgetika sker detta oftast utifrån det underlag denna fått ifrån den patientansvariga sjuksköterskan då hon/han är den som arbetar närmast patienterna i det dagliga arbetet. Eftersom det ingår i hennes arbetsuppgifter att planera inför behandlingar och undersökningar som kanske kräver extra analgetika är det viktigt att hon är insatt i patientens fysiologiska och psykosociala tillstånd. Detta för att kunna göra en korrekt bedömning att vidarebefordra till den behandlande läkaren så att denna kan ordinera rätt dos analgetika.

### Definition av smärta

”Smärta beskrivs som en subjektiv, obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse som uppträder i samband med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller som beskrivs som om den orsakats av vävnadsskada.” (Simonsen et al, 2004)

### Fysiologiska effekter av smärta

Det finns olika typer av smärta och de behandlas på olika sätt. Plötslig smärta uppfattas som en varnings signal och kan ge upphov till rädsla och kroppsliga reaktioner som ökad puls, höjt blodtryck, kallsvett och vidgade pupiller. Vid sådan smärta kan användning av vanebildande läkemedel vara berättigad om behandlingstiden är kort eller om patienten är i en terminal fas. Långvarig smärta uppfattas inte som en varnings signal och har sällan starka kroppsliga reaktioner, men kan leda till depression, inaktivitet och isolering. Långvariga smärtimpulser kan orsaka skador i nervbanorna och ge upphov till ökad smärtkänslighet. Det antas att en sådan skada kan förklara varför långvarig smärta kan fortsätta efter det att smärtstimuleringen har upphört. Det är inte bara intensiteten som styr vilken smärtlindring som skall ges utan även smärtans upphov. (Simonsen et al, 2004)

Fenomenet smärta är ett mycket komplext fenomen och hur en individ upplever just sin smärta är en individuell upplevelse som är svårt att förklara om man inte är den personen. (Almås, 2004) Eftersom smärtupplevelsen är så personlig och en och samma smärtstimulus kan medföra helt olika intensitet hos olika individer är det bara den drabbade själv som till fullo kan uppleva just det hon eller han känner. Många gånger leder detta till att den drabbade känner sig ensam i sin upplevelse. Om patienten upplever att hon eller han inte blir trodd kan detta vara avgörande för hur denna upplever sin situation. (Idvall, 2001) Det kan även ha en psykologiska kvarvarande effekt om minnet av upplevelsen är negativ. Det kan leda till rädsla för att söka hjälp vid senare tillfällen. En nödvändighet för att kommunikationen mellan patient och vårdpersonal ska fungera börjar med att patienten känner förtroende och vågar berätta hur ont han eller hon faktiskt har. Därefter måste sjuksköterskan eller läkaren ta deras berättelser på allvar. Även om smärtans ursprung är uppenbar, som exempelvis efter en operation är det ändå mycket svårt för sjukvårdspersonalen att mäta hur ont patienten verkligen har. Detta gör det extra viktigt att fortsätta förhöra sig om patienten fortlöpande tillstånd för att garantera att hon eller han har uppnått den smärtlindring som är önskvärd, sett ur bådas perspektiv.

Eftersom det är förväntat att ha ont efter en operation kan detta ibland tyvärr leda till att en del patienter felaktigen tror att smärta är något man måste eller till och med bör uthärda. Denna attityd belönas tyvärr inte alltför sällan av sjukvårdspersonalen genom att de ger patienten beröm för att de ”står ut”. (Almås, 2004) Även rädsla för läkemedelsberoende, både från patienterna men också från sjukvårdspersonalen sida, leder inte alltför sällan till underbehandling. De patienter som ofta ber om analgetika eller visar alltför stort intresse för när nästa injektion ska ges, kan mötas med misstro, skepsis och misstankar om beroende. En sådan försiktighet bottenar oftast i en otillräcklig kunskap om läkemedlens verkningar och biverkningar. Det största hindret för att komma till rätta med problemet är tyvärr ibland den okunskap om vilka risker som också finns med otillräcklig smärtlindring. Akut obehandlad smärta har flera negativa effekter som påverkar kroppen under den period då läkning och vila borde vara det främsta målet. Några av dessa nämns i Almås (2004):

- Nedsatt lungfunktion. Speciellt vid thoraxkirurgi och abdominal kirurgi.  
Detta leder till nedsatt residuallkapacitet och nedsatt PEF under utandningen.
- Förhöjd stressrespons. Ökad utsöndring av stresshormoner såsom katekolaminer och glukokortikoider, vilket i sin tur leder i sin tur till att metabola förändringar med förhöjda blodsockernivåer och förhöjda nivåer av fria fettsyror.
- Förändringar i hjärt och kärlsystemet ex. takykardi och hypertoni, vilket kan orsaka hjärtarytmier som i sin tur ger en ökad arbetsbelastning för hjärtat och därmed en ökad risk för hjärtinfarkt.
- Fördröjd postoperativ mobilisering.
- Ökad risk för djup ventrombos
- Effekter på mag-tarmkanalen. Ökad risk för illamående och kräkningar och nedsatt tarmaktivitet.
- Psykiska effekter.  
(a a)

## Smärtlindring

Smärtstillande läkemedel delas in i centralt och perifert verkande analgetika. Opioider är *centralt verkande* dvs. de verkar genom att hindra smärtimpulserna att nå smärtcentrat i hjärnan. Opioider har biverkningar som illamående, dåsighet, förstoppning och andningsdepression kan inträffa vid höga doser.

*Perifert verkande* läkemedel hämmar i första hand den inflammatoriska processen. Detta gör att mindre immunförsvarsceller strömmar till det skadade området och svullnaden minskar. Detta leder i sin tur till att det skadade området är mindre känsligt för beröring vilket minskar smärtupplevelsen. Det finns flera olika typer av perifer analgetika. Även andra läkemedel som ex. antidepressiva och anxiolytika kan användas för att förstärka den smärtstillande effekten av analgetika. Detta sker genom att frisättningen av endorfiner ökar. (Simonsen, et al, 2004)

## Mätskalor

Den visuella analoga skalan, VAS, är den vanligast förekommande mätskalan. Den används genom att patienten visar på en 10 cm lång skala var deras smärtnivå är. Om patienten har svårt att se kan en numerisk skala, NS, användas. Patienten tillfrågas var deras smärta ligger på en skala mellan 0-10, där 0 är ingen smärta och 10 är värsta tänkbara smärta. Ett annat alternativ är den verbala skalan, VS, där patienten får välja mellan 7 olika alternativ för att gradera sin smärta.

### VAS- visuell analog skala

Ingen Smärta	Värsta tänkbara smärta
--------------	------------------------

### NRS – numerisk skala

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen Värsta smärta tänkbara smärta										

### VS - Verbal skala

Ingen smärta	Lätt smärta	Måttlig smärta	Medelsvår smärta	Svår smärta	Outhärdlig smärta
--------------	-------------	----------------	------------------	-------------	-------------------

## Sjuksköterskors ansvar

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) framgår det tydligt att vårdpersonal enligt lag är skyldig att ge vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Eftersom smärta är ett multidimensionellt fenomen är det viktigt för sjuksköterskor att kunna skilja på vad som är deras förförståelse och vad som är reell kunskap. Genom att identifiera om det faktiskt finns ett gap mellan teori och praktik kan sjuksköterskors attityder till hur effektiv smärtbehandling borde se ut börja förändras. (Noe, 2002)

Förvisso ska alltid försiktighet iakttas vid administrering av läkemedel som kan orsaka fysiologiska biverkningar i form av beroende och andningsdepression, men försiktigheten bör grunda sig på sakkunskap och inte okunskap. I en amerikansk studie gjord på Baylor universitetet i USA gjordes 1996 en stor undersökning av smärtbehandlingens effektivitet, patienternas uppfattning av behandlingen och komplikationer relaterade till den. (Noe, 2002) Efter sammanställningen bestämdes det att både personal och patienter skulle genomgå en intensivutbildning om fenomenet smärta och modern smärtbehandling. Patienterna fick sin utbildning genom att de preoperativt fick se en informationsvideo om hur smärtbedömning och behandling gick till. Syftet var att öka deras kunskap, och därmed underlätta för dem att medverka aktivt i sin behandling. Sjuksköterskorna genomgick endagars seminarium där de utbildades i opiaternas farmakologi, attityder kring läkemedelsberoende och rädslor kring andningsdepression, hur de skulle göra korrekta bedömningar och anteckningar om rapporterad smärta samt vikten av att akut smärta behandlas omgående. När undersökningen startade 1996 uppgav så många som 14 % av patienterna att de kände att de "störde" sjuksköterskan när de bad om smärtlindring. År 2001 var den siffran nere i 3 %. Antalet patienter som rapporterade en smärta på över 7 på VAS skalan minskade signifikant. När jämförelser gjordes mellan Baylor sjukhuset och övriga i landet fanns en signifikant skillnad. (a.a)

## Etik

Något som ofta försvinner i diskussionen om "korrekta bedömningar av smärta" är de etiska aspekterna som implicit finns inbakat i problemet med underbehandling. I ledaren till *Journal of Advanced Nursing* skriver L.A Copp (1993) om de etiska aspekterna och om den makt som sjuksköterskan besitter då det är hon som gör bedömningen av huruvida den smärtan patienten känner faktiskt är "på riktigt". När en människa blir en patient reduceras hon ofta från att vara en autonom och fri varelse till att bli underordnad någon annans vilja. För att få sina grundläggande behov, även de mest intima, tillgodosedda måste de först bli "godkända" av någon annan. Vikten av att bli trodd i en sådan situation kan inte nog poängteras, då upplevelsen av att *inte* bli det kan vara svårare att hantera än smärtan i sig själv.

Hur svårt det kan vara kan illustreras av fall där patienter som lidit av oförklarliga smärtor reagerat med lättnad när de äntligen fått en förklaring i form av en diagnos. Även om denna varit allvarlig blir de äntligen trodda. Genom att förklara



att smärta är inte något som är önskvärt att patienten ska "tolerera" ges lite av dennas autonomi och därmed värdighet tillbaka. Samtidigt lättas också sjuksköterskans arbetsbörda då det är orimligt att hon ska kunna veta exakt hur ont varje patient har.(a a)

## **Tillit**

Förutom fördelarna med att ha en god kommunikation mellan sjuksköterska och patient ökar även frisättningen av kroppens egna smärthämmande substanser när patienten har positiva förväntningar på sin smärtbehandling. Dessa binder sig till opioidreceptorerna och hämmar smärtöverföringen. Bildningen av dessa tycks öka när samarbetet präglas av tillit och det finns forskning som stödjer att detta skulle kunna vara en av mekanismerna bakom placeboeffekten. (Almås, 2004)

## **SYFTE**

Syftet med litteraturstudien var att undersöka skillnaderna mellan sjuksköterskors bedömning och patienternas upplevelse av smärta.

## **METOD**

I detta avsnitt presenteras hur litteratursökningen, kvalitetsgranskningen och avgränsningarna för litteratursammanställningen är gjorda. Metod delen är utformad med stöd av Polit och Beck, (2006) Essentials of nursing research.

### **Litteratursökning**

Sökningen gjordes i PubMed och CINAHL då dessa databaser har ett stort utbud av omvårdnadsforskning. I sökningen exkluderades studier där de medverkande patienterna hade svår smärta av okänt ursprung, svårbehandlade smärttillstånd, var multisyjuka, i livets slutskede eller var barn. Även studier skrivna på andra språk än svenska och engelska valdes bort.

Sökningen inleddes med att lämpliga ämnesord valdes ut utifrån de intresseområden som överensstämde med ämnesvalet för litteraturstudien. Dessa områden var smärta och smärtbedömning gjorda av sjuksköterskor och patienter. Främst studier med inriktning på postoperativ smärta var av intresse. Orsaken till detta var att författarna ville att smärtan patienterna emellan skulle vara relativt jämförbar. Studier av sjuksköterskors bedömningar av svårbehandlad smärta ansågs kunna riskera bias i resultatet. Trots att ett varierat urval av ämnesord användes uppstod ändå stora svårigheter i att hitta lämpliga studier. Resultatet av sökningen blev antingen väldigt stort eller inte tillräckligt specifikt. Efter ett flertal sökningar hittades dock en artikel som passade in på studiesammanställningens syfte. Genom att komplettera med vissa ämnesord (bilaga 1 & 2) som angavs i den kunde sökningsresultatet specificeras. Med hjälp av dessa termer gjordes en sökning som ledde till att en hanterbar storlek av 213 artiklar från PubMed och 138 från CINAHL hittades (bilaga 1 & 2).

Sorteringen skedde initiiellt genom att titlarna lästes och de studier som verkade vara av relevans för litteraturstudiens syfte valdes ut för vidare granskning. Förutom lämplig titel och språk var kravet att de skulle finnas tillgängliga i fulltextformat via Malmö högskola. Totalt gick 47 studier vidare för granskning av dess abstracts. Därefter valdes 9 stycken artiklar ut. Det skedde på grundval av huruvida de innehöll ett fullgott abstract, ifall de föreföll att hålla god vetenskaplig kvalitet, och ifall deras syfte motsvarade det som litteraturstudiens avsåg att undersöka.

## **Kvalitetsgranskning**

Dessa nio studier kvalitetsgranskades sedan med hjälp av en modifierad version av Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall för kvantitativa studier (bilaga 4). Denna ändrades genom att bedömningspunkten som rörde lungcancerpatienter togs bort. Artiklarna granskades först enskilt av författarna, därefter gemensamt för att enas om dess kvalitets grad. Saker som bedömdes var abstrakt, metod, syfte och tillvägagångssätt för studien. Även repeterbarhet och tydlig resultatbeskrivning ansågs vara viktig för bedömningen av den vetenskapliga kvalitén. Referenslitteraturen som ingick lästes igenom. Då ett flertal av titlarna redan figurerat i sökningen gjordes bedömningen att sökresultatet varit mättat. Ingen ytterligare studie bedömdes som relevant att tillföra i litteratursammanställningen.

## **RESULTAT**

Av de nio studier som ingick i litteratursammanställningen var det i Salmon P och Manyande A (1996) och Kloppfenstein C.E et al (2000) som resultatet visade att sjuksköterskorna gjorde relativt korrekta bedömningar av patienternas smärta. I Idvall E et al (2002), Idvall E och Gunningberg L (2006) och Puntillo K et al (2003) visade alla resultaten att sjuksköterskorna underskattade patienternas smärta. I Idvall E et al (2004), Choinière M et al (1989), Harrison A (1993) och Bondestam E et al (1987) visade resultaten att sjuksköterskan gjorde inkorrekta bedömningar av såväl hög som låg smärta. Särskilt hög smärta underskattades, och frekventa felbedömningar gjordes angående tidpunkten för när patienten hade upplevt sin svåraste smärta under de senaste 24 timmarna.

### **Korrekta bedömningar**

Salmon P och Manyande A (1996) UK gjorde en kvantitativ studie vars syfte var att undersöka om undermedicinering kan vara ett resultat av att 1. Patienten upplever svårigheter med att förmedla sin smärta till sjuksköterskan pga rädsla för att detta skulle kunna orsaka missnöje. 2. Om administreringen av analgetika var relaterad till sjuksköterskans bedömning av patientens förmåga att hantera smärtan snarare än smärtans intensitet. 3. Om sjuksköterskan ofta underskattar patienternas förmåga att hantera sina smärtor och 4. Om detta sker, hur ser då sjuksköterskan på in patient? I studien ingick 56 patienter som genomgick mindre bukoperationer. Resultatet visade att sjuksköterskorna bedömde intensiteten av sina patienters smärta korrekt, men underskattade hur väl patienterna kände att de kunde hantera den samt deras behov av analgetika. De patienter som var oroliga, och som hade mest smärta eller hanterade den dåligt, utvärderades av

sjuksköterskorna som opopulära eller krävande Resultatet styrkte hypotesen att det inte är patientens smärta, utan hur väl sjuksköterskan tycker patienten hanterar den, som ligger till grund för administreringen av analgetika.

Kloppfenstein C.E et al (2000) Switzerland gjorde en kvantitativ studie med syftet att få mera insikt i hur sjuksköterskor utvärderar patienternas postoperativa smärta och smärtbehandling. I studien ingick 40 patienter som skulle genomgå omfattande buk kirurgiska ingrepp och 8 sjuksköterskor. Patienternas smärta och behandlingens effektivitet bedömdes genom att en av forskarna i studien intervjuade patienten den första och andra postoperativa dagen, samt dagen före utskrivning. När jämförelse gjordes mellan sjuksköterskornas och patientens bedömning av smärta under den första postoperativa tiden var skillnaden låg. Däremot underskattade sjuksköterskan patientens smärta dagen före utskrivning.

### **Underskattningar**

Gunningberg L och Idvall (2006) Sweden gjorde en kvantitativ studie vars syfte var att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av kvalitén på omvårdanden, samt den postoperativa smärtbehandlingen. I studien ingick 121 patienter och 47 sjuksköterskor från en allmänkirurgisk avdelning. Resultatet visade att de patienter som rapporterade mer smärta än förväntat var också de som var minst nöjda med kvalitén på omvårdnaden. Vid bedömningen av intensiteten av den svåraste upplevda smärtan under de senaste 24 h bedömdes denna som högre av patienterna än sjuksköterskorna.

Puntillo K et al (2003) USA gjorde en kvantitativ studie med syftet att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av smärtbehandlingen. I studien ingick 156 patienter 37 sjuksköterskor från en akutavdelning. Först ombads patienter att bedöma sin smärta. Därpå gjorde sjuksköterskan en uppskattning med samma skala av hur hög smärta hon trodde patienten hade. Efter det att patienten flyttats vidare till en annan avdelning upprepades processen med samma patient men med en annan sjuksköterska. Resultatet visade att det fanns signifikanta skillnader mellan sjuksköterskorna och patienternas smärtskattning och att sjuksköterskorna underbedömde patienternas smärta. De sjuksköterskor som hade en masterutbildning, eller hade genomgått ett endagars seminarium, var signifikant bättre på att bedöma smärta.

Idvall E et al (2002) Sweden gjorde en kvantitativ studie vars syfte var att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av kvalitén på omvårdnaden, samt den postoperativa smärtbehandlingen. I studien ingick 196 par bestående av sjuksköterska och patient från en kirurgisk avdelning. I studien användes ett formulär med frågor som berörde kommunikation, agerande, tillit och miljö, hur hög den värsta smärtan patienterna upplevt under senaste 24 timmarna varit, samt deras generella tillfredsställelse. Patienterna i studien rapporterade högre nivåer av högsta smärta än sjuksköterskorna bedömde att de hade haft. De patienter som hade upplevt svåra smärtor gav också lägre poäng på frågor som berörde kommunikation, tillit och miljö, men sade att de, trots detta, var nöjda med den givna smärtbehandlingen.

## Inkorrekta bedömningar

Idvall E et al (2004) Sweden gjorde en kvantitativ studie där syftet var att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av kvalitén på omvårdnaden, samt den postoperativa smärtbehandlingen på två sjukhus. Sjukhus A hade 209 inneliggande patienter och 63 sjuksköterskor, sjukhus B hade 77 inneliggande patienter och 34 sjuksköterskor. Resultatet av studien visade att patienterna var mer nöjda med miljön, och rent generellt mer tillfredsställda än sjuksköterskorna trodde att de hade varit. Vid bedömningen av intensiteten av den svåraste upplevda smärtan under de senaste 24 timmarna bedömdes denna som högre av patienterna än sjuksköterskorna. Ett svagt men signifikant samband kunde ses mellan patienternas och sjuksköterskornas bedömningar, dock endast på sjukhus A. På båda sjukhusen tenderade sjuksköterskorna att signifikant underskatta såväl hög som låg smärta.

Harrison A (1993) Kuwait gjorde en kvantitativ studie vars syfte var att bedöma hur intensiv patientens mest smärtsamma upplevelse varit under deras sjukhusvistelse. Därefter jämfördes deras smärtskattning med den omvårdnadsansvariga sjuksköterskans bedömning av hur hög smärta patienten haft. I studien ingick 199 patienter från en allmänmedicinsk avdelning. Om patienten hade upplevt okontrollerbar smärta ombads de att beskriva detta, samt bedöma effekten av den smärtlindring som givits på deras egen förfrågan. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan för varje patient ombads att göra en jämförande bedömning av patientens smärta. Därefter fick de kategorisera patienten för att ge en bild av om de ansåg att denna överskattade eller underskattade sin smärta. I studien fann man att patienterna konsekvent bedömde sin smärta högre än vad sjuksköterskorna gjorde. Även vid bedömningarna av värsta smärta och minsta smärta underskattade sjuksköterskorna patientens smärtnivå.

Choinière M et al (1989) Canada gjorde en kvantitativ studie med syftet att jämföra smärtskattningarna mellan sjuksköterskor och patienter på en avdelning för brännskadade. I studien ingick 42 inneliggande patienter och 42 sjuksköterskor. Patienterna och den omvårdnads ansvariga sjuksköterska ombads att, oberoende av varandra, göra en uppskattning av smärtintensiteten för patienten under en omvårdnadsåtgärd eller i vila. Om analgesi gavs innan åtgärden bad man också både patienten och sjuksköterskan att bedöma hur god effekt den hade. Under omvårdnadsåtgärder gjorde sjuksköterskan korrekta bedömningar av patientens smärta i 30 % av fallen, underskattningar i 43 % av fallen och överskattningar i 27 % av fallen. Av bedömningar som gjordes under vila gjordes också frekventa under och överskattningar. När jämförelser gjordes mellan sjuksköterskans och patientens bedömning av smärtbehandlings effekt upptäcktes en tendens hos sjuksköterskan att överskatta behandlingens effekt.

Bondestam E et al (1987) Sweden gjorde en kvantitativ studie vars syfte var att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av smärta. I studien ingick 47 patienter med akuta bröstsmärtor inlagda på kardiologisk avdelning. Sammanlagt 127 mätningar gjordes och vid dessa fann man att sjuksköterskan underskattade patientens smärta vid 23 % tillfällena och över

skattade den i 20 % av fallen. Överskattning var särskilt förekommande vid de tillfällena då puls och blodtryck ökade. Patienterna verkade acceptera en smärtnivå som låg mellan 1-3 på VAS-skalan. Det var först när patienterna beskrev en smärta på 5-6 på VAS-skalan som behandling gavs i 50 % av fallen. Även när patienten uppgav smärtor som nådde 7-8 på VAS-skalan förblev denna obehandlad i 20 % av fallen.

## **METOD DISKUSSION**

Området smärta är stort och utbudet av artiklar och studier var omfattande. Endast databaserna CINAHL och PubMed användes vilket kan ha gjort att studier av värde kan ha missats. De artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext valdes bort, vilket kan ha påverkat resultatet. Sättet sökning skedde på kan kritiseras då den skedde via två, enligt författarna, föråldrade söksystem. Termerna som användes var tvungen att vara mycket specifika för att inte få ohanterbart många träffar. På grund av detta kan artiklar av värde ha missats. Vid genomgång av referenslitteraturen till studierna som användes, återfanns flera av de artiklar som redan fanns i studien. Inga ytterligare påträffades vilket indikerar att sökresultatet var mättat. Ett flertal av artiklarna skrevs av samma författare vilket skulle kunna leda till, om författaren inte är objektiv, att dennas syn på frågeställningen/arna blir framträdande även i litteratursammanställnings resultat. För att säkra sig om den vetenskapliga kvalitén, kvalitetsgranskades alla studier som ingick med hjälp av Eiman och Carlssons bedömningsmall för kvantitativa studier. (Bilaga 4) Författarna var under granskningen medvetna om att bedömningsprotokollet hade brister. Om en studie exempelvis helt sakna sin metod del, skulle detta ge 3 poängs avdrag. Skulle alla andra delar finnas, skulle den kunna bedömas som en högkvalitativ studie av grad I, trots denna grundläggande brist. Även författarnas begränsade erfarenhet och kunskap, i att bedöma vetenskapliga studier borde kunna påverka bedömningen av den vetenskapliga kvalitén.

### **Precisering, exkludering och inklusionskriterier.**

Då resultatet av sökning blev omfattande exkluderades initiiellt artiklar utifrån titel. Detta skulle kunna leda till att material av värde för sammanställningen inte uppmärksammades. Artiklar där titeln var otydlig och inte gav en uppfattning om studiens syfte granskades genom att dess abstract lästes igenom. Studier som inte fanns tillgängliga i fulltext valdes bort. På grund av det fanns en stor mängd material tillgängligt bestämdes det att detta skulle granskas i första hand. Studier där orsaken till smärtan inte var tydligt identifieringsbar, och därmed svårbedömd, exkluderades då detta ansågs kunna orsaka bias i resultatet. I Harrisons studie (1993) ingick även barn. I resultatet presenterades barnen och de vuxna separat. Eftersom det i diskussionen nämndes att barnen varit motvilliga till att berätta för sjuksköterskan om sina smärtor valdes de bort. De kände sig rädda för att detta skulle kunna leda till smärtsamma ingrepp ex. injektioner eller undersökningar. I Kloppfenstein (2000) ingick även läkarens bedömning av patientens smärta. Även detta resultat exkluderades då det inte var den yrkesgrupp som var föremål för sammanställningen. Eftersom resultatet presenterades separat och kunde det exkluderas från undersökningen utan att sjuksköterskornas resultat påverkades.

Inga exklusionskriterier gjordes ifråga om ålder på artiklarna, då det var skillnader i uppfattningarna som var av intresse. Att ha artiklar av varierande ålder ansågs istället vara bra för studien. Det var främst den vetenskapliga kvalitén, samt relevansen för syftet som styrde urvalsprocessen. Trots att möjligheten att behandla smärta har förbättrats under dessa år förekommer fortfarande underbehandling. Detta stärker uppfattningen om att det föreligger svårigheter för sjuksköterskor att göra bedömningar. De studier som kom från andra världsdelar accepterades i de fall där de kulturella skillnaderna fanns med i diskussionen. I vissa länder kan finnas starka motsättningar mellan olika folkgrupper som skulle kunna påverka samarbetet mellan sjuksköterska och patient och orsaka bias i resultatet.

## RESULTAT DISKUSSION

I de studierna som användes till litteratursammanställningen, undersöktes också andra faktorer, som kan tänkas påverka patienternas smärtupplevelse. Patienterna gjorde bedömningar av saker som miljö och trivsel. Detta känns relevant eftersom miljön runt patienten påverkar hur denna mår (Almås, 2004)

I Salmon P och Manyande A (1996) undersöktes vilken attityd sjuksköterskornas hade mot de patienter som inte reagerade som förväntat på behandlingen. Frågan känns relevant, eftersom tillit och att bli trodd, anses vara viktigt för patientens välbefinnande. (Idvall, 2001) I mer än en studie framkom det att de patienter som gav låga poäng på frågor som rörde trivsel och miljö också var de som hade svårast att hantera sina smärtor och ansåg sig vara sämst smärtlindrande. Detta är inte förvånande då just att uppleva sig ha kontroll över sin smärta och att effekten av analgesin följer ett förväntat mönster tycks vara av särskilt stor vikt för patienternas välbefinnande. (Idvall, 2002) (Idvall, 2006)

Om patienten i sin tur märker, att hans eller hennes klagomål inte tas på allvar skulle detta kunna skapa en negativ förtroendespiral. Konkurrensen om sjuksköterskans tid är hård. För en redan sjuk patient kan stressen av att behöva tävla om dennas uppmärksamhet göra smärtupplevelsen ännu mer påtaglig. (Almås, 2004) I en studie gjord av Idvall (2002) uppgav sjuksköterskorna att de själva tyckte att kvalitén på vården var låg, Detta skulle kunna indikera på en medvetenhet om att kvalitén på den postoperativa omvårdnaden skulle kunna förbättras. Ytterligare stöd för detta finner man i senare studier där det framkom att patienterna varit mer nöjda med smärtlindringen än sjuksköterskorna trots att de varit. (Idvall, 2004), (Idvall, 2002)

I alla studier fann man skillnader mellan patientens och sjuksköterskans bedömningar. Både över och underskattningar förekom, men framförallt underskattningar dominerade. Vad detta berodde på framkom inte. I (Salmon, 1996) ansågs smärtbedömningarna vara relativt korrekta men man fann att det trots detta gjordes felbedömningar i hur väl patienterna kände att de kunde hantera sin smärta. Inte heller här kunde en entydig orsak urskiljas. I flera av studierna diskuteras det huruvida sjuksköterskorna som dagligen möter allvarligt sjuka patienter kanske blivit härdade. En naturlig reaktion är att stänga av sina känslor för att stå ut. Detta kan i sin tur leda till att de omedvetet trivialiserar smärta, som uppstått i samband med mindre allvarliga tillstånd, och i viss mån glömmer att

varje smärtupplevelse är unik. (Bondestam, et al, 1987), (Choinière et al, 1989), (Harrison, 1993)

Trots att de var nöjda uppgav ändå många av patienterna paradoxalt nog att de hade haft väldigt ont, vilket skulle kunna förklaras med antingen låga förväntningar, eller att de var rädda för att beklaga sig och bli sedda som ”dåliga” patienter (Kloppfenstein, 2000). Om patienterna dessutom inte förväntar sig att vara smärtfria, ökar också risken för felbedömningar på grund av dålig kommunikation. När deltagarna i en studie tillfrågades om varför de inte bett om ytterligare analgetika så uppgav de att de hade uppfattningen att de var tvungna att ”stå ut” med en viss smärta samt att de inte ansåg att det var lämpligt att patienten själv bad sjuksköterskan om ytterligare smärtlindring. (Harrison, 1993) Om denna åsikt kom från patienterna själva eller omedvetet förmedlades till dem via sjuksköterskorna framkom inte. Att sjuksköterskorna inte heller ansåg att det var lämpligt bekräftades i en studie av Salmon (1996). I denna framkom det att de patienter som inte hanterade sina smärtor så väl som sjuksköterskorna tyckte de borde, utan klagade eller bad om mer analgetika, också utvärderades negativt. De sågs som ”krävande” och ”opopulära”. (Salmon, 1996) En inställning som inte går väl ihop med konceptet ”vetenskap och beprövad erfarenhet” (Socialstyrelsen, 2005) då de negativa kroppsliga effekterna av obehandlad smärta är väldokumenterade. (Almås, 2004)

## SLUTSATS

I denna litteratursammanställning framkom det att det fanns skillnader mellan sjuksköterskor och patienters bedömning av smärta och av smärtbehandlingens effekt. Flertalet studier visade på att underbedömningar var vanligast men också att sjuksköterskornas bedömning av när patienterna hade sina smärttoppar oftast var felaktiga.

Att göra en korrekt bedömning av en annan människas verklighet är en utmaning då det är många faktorer som spelar in. Allt ifrån sjukhusets rutiner, vilka smärtskattningsmetoder som används till sjuksköterskorna och patienternas egna attityder och personliga erfarenheter av smärta och smärtbehandling påverkar resultatet. I dagens sjukvård verkar det finnas ett akut behov att göra strukturella förbättringar av den omvårdnad som ges då det i flera studier gång på gång framkommer att patienter lider i onödan, något som står i strid med syftet för behandlingen som är att minska patientens lidande men också för att underlätta för den postoperativa rehabiliteringen.

I studien som genomfördes på Baylor universitetet utformades och implementerades det vad som visat sig vara effektiva strategier för att genomföra förbättringar. Genom att de använde sina resurser i form av den medicinska expertis som fanns tillgänglig till att utforma ett program för att utbilda sin egen personal men också för att ge sina patienter empowerment lyckades de uppnå bestående positiva förändringar. Många övriga studier påvisar endast brister med den befintliga omvårdnad som ges idag och konstaterar att vidare forskning behövs. Att fortsätta forska på ett ämne där andra redan för många år sedan konstaterat att det finns brister kan säkert ha ett värde men får en samtidigt att undra vilket kliniskt värde omvårdnadsforskningen egentligen tillskrivs när

förändringar, till följd av resultatet, verkar implementeras mer på frivillig basis än utifrån evidens.



## REFERENSER

Almås, H (2004) *Klinisk omvårdnad*. Liber, Stockholm.

Bondestam E et al (1987) Pain assessment by patients and nurses in the early phase of acute myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 12, 677-682.

Carlsson, S & Eiman, M (2003) Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola" Rapport nr 2.

Choinière, M et al (1989) Comparisons between patients' and nurses' assessment of pain and medication efficacy in burn injuries. *Pain*, (1990) 143-152 Elsevier.

Copp, L.A. (1993) An ethical responsibility for pain management. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1-3.

Idvall, E och Gunningberg, L (2006) The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of nursing management*, 2007, 15, 756-766.

Hallin, Bo och Siverbo, Sven (2003) *Styrning och organisering inom häls och sjukvård*. Studentlitteratur, Lund.

Harrison, A (1993) Comparing nurses' and patients' pain Evaluations: A study of hospitalized patients in Kuwait. *Soc. Sci. Med.* .Vol. 5, pp. 683-692.

Idvall, E (2001) Development of strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. Linköping *University Medical Dissertation* No 671.

Idvall, E, et al (2002) Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:327-334.

Idvall, E, et al (2004) Differences between nurse and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practise*, 11, 5, 444-451.

Klopfenstein, C, E, et al (2000) Pain intensity and pain relief after surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000; 44: 58-62.

Noe, C et al (2002) Outcomes of a pain management educational initiative at Baylor University Medical Center. *BUMC PROCEEDINGS* 2002;15:3-5.

Polit, Denise och Beck, Cheryl (2006) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization* (6<sup>th</sup> edition). Philadelphia: Lippincott.

Puntillo, K, et al (2003) Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain management nursing*, Vol 4, No 4 (December), 2003: pp 171-175.

Salmon, P och Manyande, A (1996) Good patients cope with their pain: postoperative analgesia and nurses' perceptions of their patients' pain. *Pain*, 68 (1996) 63-68.

Simonsen, T et al (2004) *Illustrerad farmakologi 2*. Natur och kultur, Stockholm.

Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska  
[www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm)

*Bilaga 1. Sökning CINHAL*

#	Sökning CINAHL	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
#1	(("Analgesia-" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Analgesics-" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Nursing-Assessment" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Pain-" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Pain-Measurement" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Attitude-of-Health-Personnel" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Postoperative-Pain" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Nurse-Patient-Relations" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE)	59303					
#2	( (pain) in AB )or( (analgesia) in AB )	31818					
#3	(( (patient) in TI )or( (patients) in TI ))and( (nurses) in TI )) or ((( patient) in TI )or( (patients) in TI ))and( (nurse) in TI ))	6580					
#4	#1 AND #2 AND #3	138	138	19	7	3	3

*Bilaga 2. Sökning PubMed*

#	Sökning PubMed	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
#1	"Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Pain, Postoperative"[Mesh] OR "Pain Measurement"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR "Pain/nursing"[Mesh] OR "Pain, Postoperative/nursing"[Mesh] OR "Nursing Assessment"[Mesh] OR "Analgesia/utilization"[Mesh] OR "Pain, Postoperative/diagnosis"[Mesh]	164392					
#2	"pain"[TIAB] OR "analgesia"[TIAB]	265819					
#4	("nurse"[TI] AND ("patient"[TI] OR "patients"[TI])) OR ("nurses"[TI] AND ("patient"[TI] OR "patients"[TI]))	5332					
#5	#1 AND #2 AND #3	213	213	28	19	6	6

	Databaser	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
#1	CINAHL	138	138	19	7	3	3
#2	PubMed	213	213	28	19	6	6
#3	#1 AND #2	351	351	47	28	9	9

Bilaga 3. Artikelredovisning

Författare/År/Land	Syfte	Metod	Resultat	Kommentarer kval, granskning
<p><i>Gunningberg, L, &amp; Idvall, E (2006)</i> Sweden</p>	<p>Att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av kvalitén på omvårdanden samt den postoperativa smärtbehandlingen.</p>	<p>I studien ingick 121 patienter och 47 sjuksköterskor.</p> <p>I studien användes ett SCQIPP formulär bestående av 14 frågor som berörde kommunikation, agerande, tillit och miljö, samt ytterligare 5 frågor om den värsta smärtan patienterna upplevt under senaste 24 timmarna och även deras generella tillfredsställelse.</p>	<p>Patienterna bedömde kvalitén på smärtbehandlingen som hög, endast på en tredjedel av punkterna. De patienter som rapporterade mer smärta än förväntat var också de som var minst nöjda med kvalitén på omvårdnaden.</p> <p>På den allmänkirurgiska avdelningen skattades den värsta smärtan de senaste 24 timmarna högre av patienterna än av sjuksköterskorna (<math>p &lt; 0.002</math>).</p>	<p><b>Grad I</b></p> <p>Etiska aspekter angivna. Utförlig metodbeskrivning, repeterbarhet möjlig.</p>
<p><i>Idvall E et al (2004)</i> Sweden</p>	<p>Att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av kvalitén på omvårdnaden samt den postoperativa smärtbehandlingen på två sjukhus.</p>	<p>Sjukhus A hade 209 inneliggande patienter och 63 sjuksköterskor, sjukhus B hade 77 inneliggande patienter och 34 sjuksköterskor.</p> <p>I studien användes ett SCQIPP formulär bestående av 14 frågor som berörde kommunikation, agerande, tillit och miljö, samt ytterligare 2 frågor om den värsta smärtan patienterna upplevt under senaste 24 timmarna och även deras generella tillfredsställelse.</p>	<p>Studien visade att patienterna var mer nöjda med miljön och mer generellt tillfredsställda än sjuksköterskorna trodde att de hade varit. Sjuksköterskorna underskattade intensiteten av patienternas svåraste smärta under de senaste 24 h. Ett svagt men signifikant samband kunde ses mellan patienternas och sjuksköterskornas bedömningar, dock endast på sjukhus A (<math>p &lt; 0.02</math>).</p> <p>På båda sjukhusen tenderade sjuksköterskorna att signifikant underskatta såväl hög som låg smärta.</p>	<p><b>Grad I</b></p> <p>Etiska aspekter ej angivna. Utförlig metodbeskrivning, repeterbarhet möjlig. I studien nämns att deltagarna inte fyllde i alla frågor men hur detta påverkade resultatet diskuteras ej.</p>
<p><i>Puntillo K et al (2003)</i> USA</p>	<p>Att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av smärtbehandlingen.</p>	<p>I studien ingick 156 patienter 37 sjuksköterskor.</p> <p>I studien lät man patienter bedöma sin smärta med hjälp av en numerisk NRS skala som gick mellan 0 och 10. Därefter ombads sjuksköterskan bedöma patienten</p>	<p>Signifikanta skillnader fanns mellan sjuksköterskorna och patienternas smärtskattning (<math>p &lt; 0.001</math>). Studien visade på att sjuksköterskorna underbedömde patienternas smärta och 60% av patienterna (n:41) skrevs ut med en smärta som de själva beskrev som ”svårare än de var</p>	<p><b>Grad II</b></p> <p>Utförlig metodbeskrivning, repeterbarhet möjlig. Bortfall är ej angivet. Etiska aspekter ej</p>

		på samma skala. Processen upprepades med samma patient med en annan sjuksköterska efter det att patienten flyttats vidare till en annan avdelning.	villiga att acceptera”. De sjuksköterskor som hade en mastersutbildning och de som hade genomgått ett endagars seminarium var signifikant bättre ( $p<.05$ ) på att bedöma smärta.	angivna.
<i>Idvall E et al (2002) Sweden</i>	Att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av kvalitén på omvårdnaden samt den postoperativa smärtbehandlingen.	I studien ingick 196 par bestående av sjuksköterska och patient  I studien användes ett SCQIPP formulär bestående av 14 frågor som berörde kommunikation, agerande, tillit och miljö, samt ytterligare 5 frågor om den värsta smärtan patienterna upplevt under senaste 24 timmarna och även deras generella tillfredsställelse.	Patienterna i studien rapporterade högre nivåer av högsta smärta än sjuksköterskorna bedömde att de hade haft ( $p<0.000$ ). Dessa patienter som hade upplevt svåra smärtor gav också lägre poäng på frågor som berörde kommunikation, tillit och miljö men sade att de, trots detta, var nöjda med den givna smärtbehandlingen.  De viktigaste faktorerna för patienternas välmående bedömdes vara att effekten av analgesin följde ett förväntat mönster och känslan av att ha kontroll över sin smärta.  Sjuksköterskorna i studien angav också lägre poäng än patienterna på de kompletterande frågorna som gällde kvalitén på vården vilket skulle kunna indikera att sjuksköterskorna var medvetna om att smärtbehandlingen skulle kunna vara bättre.	<b>Grad I</b>  Etiska aspekter ej angivna. Utförlig metodbeskrivning, repeterbarhet möjlig.
<i>Kloppfenstein C.E et al (2000) Switzerland</i>	Att få mera insikt i hur sjuksköterskor utvärderar patienternas postoperativa smärta och smärtbehandling.	I studien ingick 40 patienter som skulle genomgå omfattande buk kirurgiska ingrepp och 8 sjuksköterskor.  Patienternas smärta och behandlingens effektivitet bedömdes genom att en av forskarna i studien intervjuade patienten den första och andra postoperativa dagen, samt dagen före utskrivning.	När jämförelse gjordes mellan sjuksköterskornas och patientens bedömning av smärta under den första postoperativa tiden var skillnaden låg. Däremot underskattade sjuksköterskan patientens smärta dagen före utskrivning ( $p<0.0133$ ).	<b>Grad I</b> Antalet deltagare I studien var lågt. Utförlig metodbeskrivning, repeterbarhet möjlig. Bortfall ej angivet.

		Mätmetoden som användes var VAS skalan och samma person som intervjuade patienten intervjuade också sjuksköterskan och läkaren som var omvårdnads ansvariga att bedöma var på VAS skalan patienten låg.		
<i>Salmon P et al (1996) UK</i>	<p>Att undersöka om undermedicinering kan vara ett resultat av att patienten upplever svårigheter med att förmedla sin smärta till sjuksköterskan pga rädsla för att detta skulle kunna orsaka missnöje.</p> <p>Huruvida administreringen av analgetika skulle kunna vara relaterat till sjuksköterskans bedömning av patientens oförmåga att hantera smärtan snarare än till smärtans intensitet.</p> <p>Om sjuksköterskan ofta underskattar patienternas förmåga att hantera sina smärtor.</p> <p>Och om detta sker, ser sjuksköterskan då sin patient som en "dålig" patient?</p>	<p><b>Antal:</b> Smärtbedömningar utfördes av 56 patienter som genomgick mindre bukoperationer.</p> <p>3 patienter exkluderades ur studien på grund av språk barriärer, 3 avböjde och fyra ångrade sig i efterhand.</p> <p>3 set av olika frågeformulär (STAI, the multidimensional health locus of control questionnaire, the health opinion survey och ett frågeformulär till där sjukhusets regler bedöms) vid tre olika tillfällen. Även ett formulär med frågor om deras personlighet gjordes. I tillägg till detta fyllde varje patient post och preoperativt i ett STAI formulär och 4 VAS-skalor. De fyllde också i en coping-skala.</p> <p>Sjuksköterskorna fyllde i identiska VAS-skalor som var avsedda att bedöma patientens smärtupplevelse. De gjorde också en separat bedömning som mätte hur negativt eller positivt de kände inför sina patienter.</p> <p>Varje patients intag av analgetika noterades. Antalet tillfällen då de fick analgetika summerades separat under de 2 postoperativa dagarna.</p>	<p>Sjuksköterskorna bedömde intensiteten av sina patienters smärta korrekt, men underskattade hur väl patienterna kände att de kunde hantera smärtan (<math>p &lt; 0.001</math>) och deras behov av analgetika (<math>p &lt; 0.001</math>).</p> <p>De patienter som var oroliga, och som hade mest smärta eller hanterade den dåligt, utvärderades av sjuksköterskorna som opopulära eller krävande (<math>p &lt; 0.001</math>).</p> <p>Resultatet styrkte hypotesen att det inte är patientens smärta, sjuksköterskans uppfattning av patientens smärta, utan hur väl patienten hanterar den som ligger till grund för administreringen av analgetika (<math>p &lt; 0.001</math>).</p>	<p><b>Grad I</b></p> <p>Det var en relativt liten studie. Ett flertal mätmetoder (se metod) användes för att säkra korrekt resultat av patientens upplevelse och smärta. Analys av bortfall saknas. Etiska aspekter ej angivna. Utförlig metodbeskrivning, repeterbarhet möjlig.</p>
<i>Harrison A</i>	Att identifiera patientens	I studien ingick 174 patienter från en	I studien fan man att patienterna konsekvent	<b>Grad I</b>

<p>(1993) <i>Kuwait</i></p>	<p>mest smärftfulla upplevelse de haft medan de var inneliggande patienter och sedan jämföra deras smärtskattning med den omvårdnadsansvariga sjuksköterskans bedömning av patientens smärta.</p>	<p>allmänmedicinsk avdelning. Medical n=85 Surgical n=89 Om patienten hade upplevt okontrollerbar smärta ombads de att beskriva detta samt bedöma effekten av den smärtlindring som gets på deras egen förfrågan.</p> <p>Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan för varje patient ombads att göra en jämförande bedömning av patientens smärta med hjälp av en VAS-skala.</p> <p>Därefter fick de kategorisera patienten för att ge en bild av om de ansåg att denna överskattade eller underskattade sin smärta.</p>	<p>angav högre VAS-poäng än sjuksköterskorna när de beskrev sin nuvarande smärta (Medical patients <math>p &lt; 0.005</math>) (Surgical patients <math>p &lt; 0,0001</math>).</p> <p>Även bedömningarna gällande värsta smärta (Medical patients <math>p &lt; 0.0001</math>) (Surgical patients <math>p &lt; 0,0001</math>) och minsta smärta (Medical patients <math>p &lt; 0.005</math>) (Surgical patients <math>p &lt; 0,005</math>) underskattade sjuksköterskorna patientens smärtnivå.</p>	<p>Stort antal deltagare. Utförlig metodbeskrivning, repeterbarhet möjlig.</p>
<p><i>Choinière M et al (1989) Canada</i></p>	<p>Att jämföra smärtskattningarna mellan sjuksköterskor och patienter på en avdelning för brännskadade.</p>	<p>I studien ingick 42 inneliggande patienter på en avdelning för brännskadade och 42 sjuksköterskor.</p> <p>Patienterna och den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan ombads att oberoende av varandra göra en uppskattning av smärtintensiteten för patienten under en omvårdnadsåtgärd eller i vila.</p> <p>Om analgesi gavs innan åtgärden bad man också både patienten och sjuksköterskan att bedöma hur god effekt den hade.</p> <p>Mätningarna gjordes genom användande av VAS eller verbal skala (VS).</p>	<p>Under omvårdnadsåtgärder n=82 gjorde sjuksköterskan korrekta bedömningar av patientens smärta i 30 % av fallen, underskattningar i 43 % av fallen och överskattningar i 27 % av fallen.</p> <p>Av bedömningar som gjordes under vila gjordes också frekventa under och överskattningar.</p> <p>När jämförelser gjordes mellan sjuksköterskans och patientens bedömning av smärtbehandlingens effekt upptäcktes en tendens för sjuksköterskan att överskatta behandlingens effekt.</p> <p>Vid sammanlagt 56 observationer överskattade sjuksköterskorna behandlingens effekt i 57 % av fallen och under skattade den i 27 % av fallen. Endast 16 % av bedömningarna var korrekta.</p>	<p><b>Grad I</b></p> <p>Antalet deltagare I studien var lågt. Utförlig metodbeskrivning, repeterbarhet möjlig. Resultat som presenteras saknar p-värde.</p>



<p><i>Bondestam E et al (1987) Sweden</i></p>	<p>Att beskriva och jämföra patienter och sjuksköterskors bedömningar av smärta.</p>	<p>I studien ingick 47 patienter med akuta bröstsmärtor inlagda på kardiologisk avdelning.</p> <p>Smärtan bedömdes med hjälp av en VAS-skala eller NRS-skala. En mätning av smärtans intensitet gjordes vid 127 tillfällen av både sjuksköterskan och patienten.</p>	<p>Vid dessa mätningar fann man att sjuksköterskan underskattade patientens smärta vid 23 % tillfällena och över skattade den i 20 % av fallen.</p> <p>Överskattning var särskilt förekommande vid de tillfällen då puls o blodtryck ökade.</p> <p>En hög korrelation observerades mellan smärtbedömningarna som gjordes av både patient och sjuksköterska.</p> <p>Många patienter som ingick i studien var inte fullständigt smärtfria under sina första 24 timmar.</p> <p>Patienterna verkade acceptera en smärtnivå som låg mellan 1-3 på VAS-skalan. Det var först när patienterna beskrev en smärta på 5-6 på VAS-skalan som behandling gavs i 50 % av fallen. Även när patienten uppgav smärtor som nådde 7-8 på VAS-skalan förblev denna obehandlad i 20 % av fallen.</p>	<p><b>Grad I</b></p> <p>Antalet deltagare I studien var lågt. Utförlig metodbeskrivning, repeterbarhet möjlig. Resultat som presenteras saknar p-värde. Bortfall ej angivet.</p>

*Bilaga 4. Granskningsprotokoll*

<b>Poängsättning</b>	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydlig	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angivet	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angivet	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	Tydlig
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	Medel	God
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Max Poäng 46	p	p	p	p
Total Poäng:	%	Grad:		
Grad I: 80% (37p)				
Grad II: 70% (32p)				
Grad III: 60% (27p)				
Titel:				
Författare:				
Kommentarer:				